Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar 2

Realidade, Questões, Soluções

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SÉRIE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

"Ciência, Arte e Ética
integradas para uma nova
dimensão nas ações de Enfermagem"

Volume 1 • Enfermagem Fundamental, Realidade, Questões, Soluções
Volume 2 • Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar
Volume 3 • Prática de Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais

---

O fazer enfermagem, hoje, compõe-se: 1) da ciência *— "conhecimento adquirido pelo método científico", 2) da* arte *— "capacidade de se ser sensibilizado afetivamente na ausência de qualquer comunicação objetiva (ou seja: não-verbal, não-escrita, não-perceptual de maneira geral).*
E esta sensibilização é a que se dá pela intuição (perceber intuitivo). A compreensão da intuição como arte em enfermagem consiste, pois, no perceber intuitivo dos sentimentos do paciente: angústia, depressão, medo etc., o que, evidentemente, favorece o fazer enfermagem, e 3) da ética
— "o cultivo e o respeito de comportamento que preserva o melhor das tradições e dos valores morais".
Desta maneira, ciência, arte e ética, a um só tempo, se integram, compondo o "fazer enfermagem".

Compilado e desenvolvido
a partir de texto
original da professora
Eloita Pereira Neves



Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Série ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM 2

Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar 2

Realidade, Questões, Soluções

Iraci dos Santos
Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza
Wiliam Cesar Alves Machado
Antonio José Cupello

Atheneu

São Paulo • Rio de Janeiro • Ribeirão Preto • Belo Horizonte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tels.: (11) 3331-9186 • 223-0143 • 222-4199
(R. 25, 27, 28 e 30)
Fax: (11) 223-5513
E-mail: edathe@terra.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 2539-1295
Fax: (21) 2538-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 636-8950 • 636-5422
Fax: (16) 636-3889

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104

PLANEJAMENTO GRÁFICO: Equipe Atheneu
ILUSTRAÇÃO DA CAPA: Nébia M.A. Figueiredo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções/Iraci dos Santos... [et al.]. — São Paulo: Editora Atheneu, 2004. — (Série Atualização em Enfermagem; v. 2)

Outros autores: Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza, William Cesar Alves Machado, Antonio José Cupello.
Vários colaboradores.

1. Cuidados hospitalares. 2. Enfermagem — Cuidados. 3. Enfermagem como Profissão. 4. Enfermeira e paciente. 5. Hospitais — Serviços de enfermagem. 6. Prática de Enfermagem. I. Santos, Iraci dos. II. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. III. Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza. IV. Souza, Sonia Regina de Oliveira e Silva de. V. Machado, William Cesar Alves. VI. Cupello, Antonio José. VII. Série.

CDD-610.733
03-6171 NLM-WY 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados de enfermagem: Hospitais: Ciências médicas 610.733
2. Enfermagem: Cuidados: Hospitais: Ciências médicas 610.733

SANTOS I., FIGUEIREDO N.M.A., PADILHA, M.I.C.S., SOUZA, S.R.O.S., MACHADO, W.C.A., CUPELLO, A.J.
Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar — Realidade, Questões, Soluções. Série Atualização em Enfermagem

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2004

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Editores

IRACI DOS SANTOS

(Coordenadora)
Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Titular em Pesquisa em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Coordenadora da Linha de Pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo Saúde/Doença". Área de Atuação/Produção: Teoria e Prática do Cuidar em Enfermagem, Administração da Assistência de Enfermagem, Pesquisa Sociopoética e Análise Institucional

NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Titular em Fundamentos de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO. Professora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, EEAP-UNIRIO. Área de Atuação/Produção: Teoria e Prática do Cuidado de Enfermagem, Administração de Enfermagem, Práticas Artísticas e Oficinas de Sensibilidade em Pesquisas Mediante Representação Social e Sociopoética

MARIA ITAYRA COELHO DE SOUZA PADILHA

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Subcoordenadora do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem, GEHCE. Área de Atuação/Produção: Saúde do Adulto, Doenças Crônicas e História da Enfermagem

SONIA REGINA DE OLIVEIRA E SILVA DE SOUZA

Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora-Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Chefe da UTI do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Assistencial, Terapia Intensiva

Wiliam Cesar Alves Machado

Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professor Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNI-RIO (Aposentado). Professor Adjunto da Universidade Presidente Antonio Carlos, UNIPAC, Juiz de Fora-MG. Área de Atuação/Produção: Teoria do Cuidado de Enfermagem, Reabilitação, Pesquisa Fenomenológica

Antonio José Cupello

Doutor em Anatomia e Morfologia pela Universidade de São Paulo, USP. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Área de Atuação: Enfermagem, Anatomia e Morfologia, Práticas Alternativas (Acupuntura, Auriculopuntura)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Colaboradores

Adriano Menis Ferreira

Mestrando do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Área de Atuação: Fundamentos de Enfermagem

Alvaro Bittencourt Vieira

Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Doutorando da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Especialista em Socorros de Urgência. Áreas de Atuação/Produção: Socorros de Urgência, Enfermagem Fundamental

Ana Lucia Carvalho Alves

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Professora-Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Área de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem

Ana Paula Scramin

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNI-RIO. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Fundamental, Cuidado de Enfermagem, Subjetividade e Estética

Ana Rita Alves Ferreira

Mestra em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ, Serviço de Cardiologia. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica

Antonio de Magalhães Marinho

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professor-Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Assessor da Direção do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, HUCFF-UFRJ. Membro Titular da Academia Brasileira de Administração Hospitalar. Área de Atuação/Produção: Administração de Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Marcos Antonio Tosoli Gomes

Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Enfermeiro da Área Médico-cirúrgica

Cecilia Maria Isidoro Pinto

Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora-Assistente da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica

Célia Pereira Caldas

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Vice-Diretora da Universidade Aberta para a Terceira Idade, UNATI, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Áreas de Atuação/Produção: Saúde Pública, Geriatria e Gerontologia

Ciléa Nascimento Silva Ramos

Mestra em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica

Claudia Mara Mello Tavares

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Titular em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Federal Fluminense, UFF. Professora da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, EEAAC-UFF. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental, Oficinas de Sensibilidade em Pesquisas Sociopoéticas, Saúde Pública

Cristiane M. Amorim Costa

Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora-Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Coordenadora do Setor de Educação Permanente-Enfermagem, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Área de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Coordenadora do Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde, NUCRON. Áreas de Atuação/Produção: Saúde do Adulto, Doenças Crônicas e Pesquisa em Enfermagem

Deyse Conceição Santoro

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro de Terapia Intensiva, Semiologia e Semiotécnica

Eliane Passos Pereira

Mestra em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica

Elizabeth Rose Costa Martins

Mestra em Enfermagem pela UNI-RIO. Professora-Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Áreas de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem, Semiologia, Semiotécnica

Enedina Soares

Livre-docente em Enfermagem de Emergência da Pontifícia Universidade Católica, PUC-RJ. Professora Adjunta da UNI-RIO (Aposentada). Áreas de Atuação/Produção: Serviços de Emergência, Saúde da Família

Eurinilce Xavier de Lima

Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ (Aposentada). Professora-Assistente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Gama Filho. Áreas de Atuação/ Produção: Enfermagem em Nefrologia Clínica e Cirúrgica, Transplante Renal

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Euzeli da Silva Brandão

Mestra em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ (Chefe de Enfermagem do Serviço de Dermatologia). Áreas de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem, Cuidados em Dermatologia, Pesquisa Sociopoética

Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, USP. Professora Titular em Enfermagem Médico-cirúrgica. Editora do Brazilian Nursing Journal (on-line). *Professora da EEAAC-UFF. Áreas de Atuação/ Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica, Gênero, Etnia, Informática*

Isabel Cristina Moraes Gomes

Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMS-UERJ. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana; Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar. Formação em Acupuntura. Enfermeira da FMS – Niterói — Serviço de Acupuntura da Policlínica Comunitária Santa Rosa. Enfermeira do Trabalho pela UERJ/ DESSAÚDE/ DISHUPE

Isaura Setenta Porto

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica

José Henrique Nascimento Bessa

Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica, Terapias Alternativas

Josete Luzia Leite

Livre-docente em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Professora Titular da UNI-RIO (Aposentada). Professora Visitante da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica, DST/AIDS

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Lilian Fellipe Duarte de Oliveira

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora-Assistente da Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica

Luana Ferreira de Almeida

Residente de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Área de Atuação/Produção: Centro de Terapia Intensiva

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco

Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMS-UERJ. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Coordenador de Campos Regionais, UERJ. Áreas de Atuação/Produção: Administração e Pesquisas em Dinâmica das Organizações e DST/AIDS

Maria Catarina Souza Motta

Do*utora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Editora Executiva da* Escola Anna Nery — Revista de Enfermagem. *Área de Atuação/Produção: Informática em Enfermagem*

Maria de Fátima de Araujo Silveira

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, USP. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba, UFPB. Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Campina Grande. Áreas de Atuação/Produção: Pedagogia da Saúde, História da Enfermagem, História do Cuidado, Oficinas de Sensibilidade em Pesquisas Sociopoéticas

Maria José Silva

Mestra em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem em Urologia, Enfermagem em Gerontologia

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Maria Miriam Lima Nóbrega

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Unifesp-EPM. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba, UFPB. Áreas de Atuação/Produção: Processo e Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Materno-infantil

Maria Virginia Godoy da Silva

Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Doutoranda pela Universidade de São Paulo, USP. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Área de Atuação/Produção: Enfermagem em Perioperatório

Maria Yvone Chaves Mauro

Livre-docente em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Professora Titular em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Coordenadora da Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Coordenadora da Linha de Pesquisa "O Trabalho de Enfermagem". Especialista em Enfermagem do Trabalho. Área de Atuação: Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho

Miriam Susskind Borenstein

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Coordenadora do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem, GEHCE. Áreas de Atuação/Produção: Saúde do Adulto, Doenças Crônicas e História da Enfermagem

Neide Aparecida Titonelli Alvin

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Áreas de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem, Terapias Alternativas

Raquel Stutz

Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Roberto Carlos Lyra da Silva

Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Professor-Assistente da EEAP-UNI-RIO. Áreas de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem, Pesquisa Sociopoética

Sérgio Correa Marques

Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Professor-Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, FENF-UERJ. Diretor do Serviço de Administração de Pessoal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, HUPE-UERJ. Áreas de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem, Administração de Enfermagem, Enfermagem do Trabalho

Silvia Teresa Carvalho Araújo

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN-UFRJ. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem Médico-cirúrgica, Pesquisa Sociopoética

Telma Geovanini

Mestra em Enfermagem pela UNI-RIO. Coordenadora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Presidente Antonio Carlos, UNIPAC, Juiz de Fora-MG. Pós-graduanda em Plantas Medicinais, Universidade Federal de Lavras, UFLA-MG. Área de Atuação/Produção: História de Enfermagem, Saúde Ambiental e Ecologia, Semiologia e Semiotécnica, Fitoterapia

Telma Ribeiro Garcia

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, EERP-USP. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba, UFPB. Áreas de Atuação/Produção: Processo e Diagnósticos de Enfermagem, História de Enfermagem, Enfermagem Materno-infantil

Teresa Tonini

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Professora-Assistente da UNI-RIO. Áreas de Atuação/Produção: Fundamentos de Enfermagem, Cuidado de Enfermagem

Vera Sobral

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense, UFF (Aposentada). Professora Adjunta da Universo-RJ. Áreas de Atuação/Produção: Enfermagem em Saúde Mental, História da Enfermagem, História do Cuidado

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Dedicatória

AOS CLIENTES

Hospitalizados ou não

Sadios ou enfermos

Familiares, amigos, colegas

Alunos ou professores

Editores, autores e leitores,

PORQUE..... tudo do pouco que eu sei sobre a obrigatoriedade do aprender nesta dimensão da vida no planeta Terra, para conviver no mundo, conviver comigo mesma e conviver com os outros, com eles aprendi.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Agradecimentos

Em outubro de 2003, recebi uma mensagem de e-mail *denominada A VERDADEIRA RAZÃO, cujo portador a denominou:*

PORQUE VOCÊS SÃO IMPORTANTES

Destaco o que o mensageiro diz:

As pessoas entram na nossa vida por:

uma RAZÃO

uma ESTAÇÃO

uma VIDA INTEIRA.

Dela faço aqui a seguinte reflexão. Quando convidei os autores e colaboradores deste Volume 2 *da* Série Atualização em Enfermagem, *para comigo enfrentar o desafio da desconstrução, reconstrução e construção de um saber que denominávamos — Enfermagem Médico-Cirúrgica —, esperava lutar com muitos atropelos, desistências, dissidências, conflitos, mas, sobretudo, com a oportunidade de provocar reflexões e críticas sobre o nosso saber/fazer, que contribuiria para nosso crescimento individual e profissional, visando a uma transformação da nossa prática assistencial de enfermagem no ambiente hospitalar. Isto porque, muitas vezes, me questionei e fui questionada por estar trabalhando com tantas pessoas, inclusive, sem hábito nesse tipo de trabalho.*

Refletindo sobre o que diz o mensageiro:

"Quando as pessoas estão na nossa vida por uma RAZÃO, é geralmente para suprir uma necessidade que você demonstrou. Elas vêm para auxiliar uma dificuldade, fornecer apoio e orientação, ajudar física, emocional e espiritualmente. Elas poderão parecer dádiva de DEUS, e são!!! Elas estão lá pela RAZÃO que você precisa que estejam lá."

Agora que este nosso livro está sendo publicado vejo que todos (pessoas da Editora Atheneu, autores e colaboradores) que contribuíram para esta publicação personificam o pensamento do mensageiro, pois entraram na ESTAÇÃO da minha vida relacionada a editar livros justamente por pela RAZÃO de que chegou a nossa vez — editores, autores, colaboradores — de somar, subtrair, dividir e, por fim, multiplicar, para assim crescermos e aprendermos. Tenho certeza de que todos entraram na minha vida para me ensinar algo que eu nunca tinha feito e espero que a recíproca seja verdadeira. Mas o mais importante é que todos me deram um grande prazer — o de vencer nosso desafio desta ESTAÇÃO.

A todos vocês, meu MUITO OBRIGADO de coração e não de obrigação.

Rio de Janeiro, novembro de 2003
Iraci dos Santos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Prefácio

Nesta experiência de participar como editora/organizadora/coordenadora de livros elaborados por várias cabeças e mãos, tenho me comportado sociopoeticamente, ou seja, respeitado a solidariedade, a criatividade, a sensibilidade, a intelectualidade e, principalmente, o estilo de escrever das pessoas que comigo colaboram neste doce-amargo mister. Pensando sociopoeticamente ao ler os trabalhos que me são encaminhados pelos autores e colaboradores, refleti que este livro é, sobretudo, uma construção coletiva dirigida a um coletivo heterogêneo de enfermeiros assistenciais, docentes, pesquisadores, gerentes e discentes e, portanto, sujeito a diversas formas de se entender conteúdos teóricos e práticos.

Como editora, tenho um compromisso com os leitores, que é o de favorecer a decodificação das concepções teóricas dos autores sobre os diversos assuntos aqui apresentados, algo assumido desde a proposta da estruturação redacional dos capítulos componentes da Série Atualização em Enfermagem. *Portanto, uma das minhas tarefas como editora é levar os leitores não só a entender o que existe por trás da estrutura de pensamento dos autores e colaboradores, mas, também, a pensar junto com eles. É a isto que me refiro ser um doce-amargo mister.*
É doce porque muito tenho aprendido com meus parceiros ao caçar seus pensamentos e motivação para escrever. Neste caso, esta Série tem me atualizado, em primeira mão e aos seus autores e colaboradores, quando questiono seus originais sobre os diversos assuntos que a compõem. É amargo por envidar disponibilidade e paciência para ler, estudar e entender e abordar "diplomaticamente" meus companheiros deste mister. Em muitos casos, ao fazer o que considero um "copidesque" especializado, registro minha intromissão em diversos textos, completando parte da sua estrutura, com relação aos objetivos e destacando questões e respostas nas seções que os compõem no sentido de alertar os leitores.

Faço isso pensando que o estilo redacional dos autores e colaboradores pode encantar os leitores de tal forma que determinados e importantes conteúdos, até considerando o imaginário da comunidade de enfermagem sobre seus temas/assuntos tradicionais, em comparação aos aqui desenvolvidos, podem levá-los a se refugiar neste próprio imaginário, em detrimento de nossa proposição de aplicar novas concepções de enfermagem na prática profissional.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para nós, companheiros na elaboração desta obra, esta publicação representa a superação de um desafio, maior do que a elaboração do volume referente à Enfermagem Fundamental, pois quando nos reunimos para estruturá-la, decidimos que não queríamos uma versão "tupiniquim" da Enfermagem Médico-cirúrgica de Brunner & Suddarth*, a qual, aliás, em sua versão atual, já se denomina* Enfermagem Prática*. Tornou-se para nós um ponto de honra assumir nosso pensamento brasileiro, não tão desenvolvido, mas assumido de produção de subjetividades, sensibilidade e expressão de solidariedade para com o ser humano, sujeito do nosso cuidar.*

Assumimos um cuidar específico da nossa profissão que persevera na luta para cumprir seu compromisso social com o cliente e a sociedade, embora pressionada em seu exercício pelo paradigma biológico/biomédico, hegemônico em nosso País. Este assumir é, também, doce-amargo porque corremos o risco de ouvir dizer que esta não é a enfermagem que praticamos. Então, onde a encontramos? Se prática e teoria são ambas e ao mesmo tempo antropofágicas, podemos dizer que escrevemos sobre nossas vivências das práticas de assistência nos três níveis de prevenção, de docência, administrativa e de pesquisa. Escrevemos, ainda, a partir do que aprendemos com as reivindicações de nossos clientes, dos seus saberes populares sobre o cuidar humano, em confronto com os nossos, um tanto acadêmicos.

Dizemos um tanto acadêmicos porque esta obra tenta, sobretudo, ser autoral e não compilada, original e surpreendente, inclusive ao propor uma ruptura, uma mudança no atual paradigma de enfermagem. Não a consideramos totalmente inédita porque sabemos da existência de outros teóricos e pensadores da área de enfermagem que comungam do nosso pensamento, os quais não embarcaram na viagem deste livro devido à falta de oportunidade. Assim, escrevemos sobre os sonhos de exercermos uma enfermagem humana, livre e autônoma, às vezes permeada de delírios quanto à luta pela cidadania plena das pessoas, nossos clientes hospitalizados ou não.

Nesta viagem compramos a passagem do pensamento contemporâneo de filósofos, antropólogos culturais, sociólogos, educadores, pesquisadores, enfermeiros, psicólogos, historiadores, analistas institucionais, enfim, representantes das diversas áreas do conhecimento humano, para dialogarmos sobre o devir de uma profissão cujo exercício concretizado no ato de cuidar se destina ao bem-estar e conforto do ser humano.

Desse modo, nossa principal preocupação neste livro é a tentativa de desvinculação da prática de enfermagem da prática médica. Assim, na descrição do nosso fazer não descrevemos os sistemas fisiológicos e a fisiopatologia, a orientar os cuidados de enfermagem; tentamos orientar nossa prática desde os diagnósticos, intervenções e avaliações de enfermagem; procuramos centrar nossa abordagem na filosofia e ideologia da profissão que privilegia o cuidado

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

holístico ao ser humano; revimos a possibilidade de não enfatizar a cura das doenças/mal-estar por meio da terapêutica medicamentosa, o que coloca o trabalho de enfermagem cada vez mais subordinado ao saber médico. Neste caso, concordamos com a afirmativa de nossa companheira Isabel Cruz, professora da UFF: "(...) a responsabilidade da cura é do cliente. Médicos e enfermeiras ajudam o cliente a se curar oferecendo a sua competência técnica como instrumento do processo de cura".

Por fim, privilegiamos na descrição do cuidar em enfermagem o conforto físico, mental e espiritual no lugar do excessivo apoio às terapêuticas medicamentosas. Descrevemos a prevenção de iatrogenias pelo cuidar em enfermagem, o ensino sobre o processo e tratamento, a promoção da saúde e educação para a saúde pela mudança do estilo de vida.

A idéia básica do livro é de que as ações de enfermagem envolvem promoção da saúde (bem-estar), proteção contra agentes causadores de mal-estar e recuperação dos danos causados pelas doenças (mal-estar) e reabilitação. Para desenvolver esta idéia, o livro foi estruturado segundo o modelo do Volume 1 — Enfermagem Fundamental —, *constando de: situações problemáticas a partir da realidade da prática assistencial; questões extraídas da situação evidenciada em níveis diversos de complexidade; opções de respostas ou propostas de soluções (certas ou erradas) para as questões apresentadas; gabarito explicativo (fundamentado) das respostas/propostas/soluções; referência bibliográfica ou bibliografia consultada para elaboração do texto.*

Evidentemente, uma construção coletiva apresenta diversas formas de exposição de pensamentos e criatividades. Desse modo, nem todos os capítulos apresentam esta estruturação. Alguns autores e colaboradores ainda não aderiram a este paradigma de escrita problematizadora e dialógica, bem como à descrição do cuidar de enfermagem desvinculado do modelo biomédico. E este foi, talvez, nosso maior desafio, mas valeu, principalmente, porque tentamos e aqui prefaciamos uma obra composta por seis partes e 33 capítulos de autoria de enfermeiras(os) dos quais se destacam seus principais enfoques e objetivos.

Na primeira parte, coordenada por Nébia M.A. Figueiredo, professora da UNI-RIO, teorista brasileira do cuidado de enfermagem, autora de livros referentes a um relevante e revolucionário pensar sobre a enfermagem, descrevem-se a filosofia, ideologia e tecnologia da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar. Nébia institui a idéia básica do livro nesta parte a partir do significado da terminologia enfermagem clínica*:*

"É a realizada para atender quem se encontra em situação de mal-estar/doença, ou ainda em fase diagnóstica. Sua intenção é manter as condições de vida instaladas; evitar complicações, detectar sinais e sintomas novos e agir para restaurar o bem-estar, o bem-viver do ser humano. É uma enfermagem centrada no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cliente e não no profissional e exclusivamente na patologia/doença que lhe causa mal-estar. A preocupação profissional é com o corpo integral, onde a doença é um evento na vida de todos. É uma clínica em busca de uma semiologia própria para a enfermagem, colocando em prática uma ciência do sentir e dos sentidos, das emoções e intuições, além da intelectualidade".

Neste sentido, ressalte-se a contribuição de Deyse Conceição Santoro, professora da EEAN-UFRJ, que elaborou o capítulo sobre semiologia e semiotécnica fundamentando-se no conhecimento vigente, ainda apoiado na prática médica, enquanto não se valida a desejada semiologia própria de enfermagem.

Sobre esta parte do livro, esclareço que a proposta quanto à orientação para os demais colaboradores que descrevem sobre cuidados de enfermagem deveria ser apresentada em tempo hábil, ou seja, antes que os demais colaboradores elaborassem seus capítulos, por Telma Ribeiro Garcia e Maria Miriam Lima Nóbrega, professoras da UFPB, no capítulo "Processo de enfermagem e os sistemas de classificação da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar". Esta era a nossa idéia original, a qual foi prejudicada devido à necessidade sentida pelas autoras de atualizarem os conhecimentos sobre o Processo de Enfermagem, incluindo os recentes estudos e discussões advindos de eventos científicos sobre os sistemas de classificação NANDA, NIC, NOC e CIPE ocorridos, inclusive, no Brasil, em setembro de 2002.

Desse modo, os leitores encontrarão, ao longo deste livro, algumas divergências no entendimento e no modo de aplicação dos Sistemas de Classificação em Enfermagem, que devem ser comparadas com as apresentadas e explicadas no capítulo referido, devido à impossibilidade de socializá-las previamente com os demais colaboradores. Alerto que vale para nós o exercício de atualização e que recebemos como um valioso brinde o esforço, a tenacidade e a perseverança de Telma e Miriam quanto ao compromisso de nos entregar uma obra à qual poucos estão tendo acesso, por não haverem participado dos eventos referidos e, mais além, por ser o fruto de muitos anos de acurados estudos e reflexões destas autoras. Para mim também valeu o esforço e compromisso dos demais autores deste livro, compondo seus capítulos no decorrer do ano de 2002, a fim de termos sua editoração em dezembro daquele ano. O que não ocorreu por problemas independentes de nosso desejo.

Sobre o capítulo referido, apresentamos seus objetivos: a) Apresentar concepções teóricas sobre: o cuidar *como condição e atitude humana; a enfermagem como* profissão *dedicada ao* cuidar*; o Processo de Enfermagem como um* processo *de* trabalho *profissional, envolvendo corpo, mente, intelecto e espírito, do cuidar e ser cuidado humano. b) Discutir sobre as dificuldades na implementação do Processo de Enfermagem devidas à racionalidade técnica procedente das definições e descrições deste. c) Caracterizar o Processo de Enfermagem como um* instrumento metodológico *auxiliar do trabalho de cuidar, destacando suas etapas*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e as habilidades cognitivas, afetivas e operacionais, necessárias à(ao) enfermeira(o) ao aplicá-lo. D) Caracterizar os sistemas de classificação da NANDA, da NIC, da NOC e da CIPE® como instrumentos tecnológicos *que fornecem uma linguagem padronizada a ser utilizada no Processo de Enfermagem e na documentação da prática profissional.*

Na segunda parte do livro, por mim coordenada, apresento as "Bases estruturais para o atendimento ao cliente", descrevendo, mediante a inspiração da análise institucional, no capítulo introdutório, o mecanismo para se implantar ou incentivar a instituição de um novo paradigma assistencial de enfermagem, de modelação existencialista ou estética, ou ambas.

Na terceira parte, coordenada por Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, professora da UFSC, os colaboradores descrevem a implementação das ações de enfermagem tendo em vista os níveis de prevenção da saúde e a educação para a saúde dos clientes no ambiente hospitalar. O enfoque predominante se faz sobre a enfermagem ambulatorial, e a dos serviços de emergência e assistência no perioperatório do cliente. A proposta é de atuação contribuinte para a pertinente mudança do estilo de vida das pessoas. Nos capítulos referentes às intervenções de enfermagem no perioperatório do cliente, destaca-se uma abordagem diferenciada das convencionais do ambiente cirúrgico, inspirada nos conhecimentos de professoras da UFRJ e UERJ, a exemplo de Silvia Teresa Carvalho Araujo e Maria Virginia Godoy da Silva.

Na quarta parte, Sonia Regina de Oliveira de Souza e Silva, professora da FENF-UERJ e enfermeira atuante no Setor de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ (HUPE-UERJ), coordena a apresentação dos textos sobre o modo de ser atual da enfermagem nos sistemas de cuidados intensivos e semiintensivos, principalmente nos hospitais universitários do Rio de Janeiro. A abordagem é prática e, sobretudo, dialógica, especialmente no capítulo em que Eurinilce Xavier de Lima, ex-enfermeira do HUPE-UERJ e professora da UGF, aborda o transplante renal. Sem entrar na questão de que muitos clientes hospitalizados nestes setores podem encontrar sua finitude existencial, o último capítulo desta parte, elaborado por Roberto Carlos Lyra da Silva e cols., jovem professor da UNI-RIO, aborda uma reflexão existencialista sobre a morte e o morrer no espaço hospitalar, inclusive com o aporte teórico-filosófico da sociopoética e contribuições de grandes pensadores, como Edgard Morin.

A quinta parte, coordenada por Wiliam Macedo, apresenta um caso experencial de autor/enfermeiro e cliente sobre as situações de trauma, lesões neurológicas e reabilitação com uma descrição extremamente existencialista, filosófica, transcendental e surpreendentemente prática que demonstra o impacto do cuidar em enfermagem, na recuperação do cliente, sobretudo quando os demais cuidados multidisciplinares, tais como a prática médica, reconhecem a sua limitação. Além desta situação problemática, os capítulos discorrem sobre o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

modo essencial do cuidado de enfermagem, inclusive a partir de resultados de pesquisa científica realizada no âmbito do Programa de Mestrado da FENF-UERJ, pelos mestrandos Euzeli da Silva Brandão e Adriano Menis Ferreira. Um enfoque original é o de Célia Pereira Caldas, professora da FENF-UERJ e vice-diretora da UNATI-UERJ que, a partir de situação problemática, demonstra como desenvolver enfermagem geriática e gerontológica no espaço hospitalar, desvinculada do modelo biomédico.

A sexta e última parte é fruto de um sonho sobre divulgar as novas iniciativas de enfermagem autônoma, prescritora e aplicadora de terapias não-convencionais para o cuidar do cliente. A Faculdade de Enfermagem da UERJ, meu ambiente de trabalho e, também, de outros autores colaboradores deste livro, dispõe de um espaço reservado ao que se intitulou "Oficina de Criação". Neste espaço privilegiado para o atendimento de alunos, professores e funcionários técnico-administrativos e membros da comunidade, há praticamente 20 anos, desenvolve-se a facilitação da livre expressão verbal, de sensibilidades e criatividade das pessoas, além de um atendimento individualizado com terapias alternativas, aqui denominadas não-convencionais, conforme sugeriu Henrique Nascimento, professor da FENF-UERJ, atuante na Oficina e autor do capítulo introdutório.

O coordenador desta parte é Antonio José Cupello, enfermeiro, doutor em anatomia e morfologia pela USP, que, apesar de sua titulação, pratica terapias não-convencionais em seu consultório particular. Então, não estamos vivendo de sonhos e delírios. Estamos, sim, tomando consciência do que fazemos quando fazemos enfermagem. Neste livro, buscamos problematizar nossos conhecimentos específicos no sentido não só de reflexão, mas visando à necessária socialização de nossos saberes suscitando novos questionamentos, oposições, contra-análises e contra-argumentações, pois assim é que acontecerá a desconstrução, reconstrução da ciência sensível, estética e ética de enfermagem.

Rio de Janeiro, novembro de 2003
Iraci dos Santos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sumário

Primeira Parte

Filosofia — Ideologia — Tecnologia da Assistência de Enfermagem no Ambiente Hospitalar
Nébia Maria Almeida de Figueiredo

1 Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar, ***3***
Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Iraci dos Santos

2 Ecologia do Ambiente Terapêutico do Cuidar: Interações da Enfermagem para e com Sujeitos/Pessoas, ***21***
Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Marcio Tadeu Ribeiro Francisco
Teresa Tonini

3 Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação dos Elementos da Prática Profissional: Instrumentos Metodológicos e Tecnológicos do Cuidar, ***37***
Telma Ribeiro Garcia
Maria Miriam Lima Nóbrega

4 Acolhimento como Instrumento Terapêutico, ***65***
Vera Sobral
Claudia Mara Mello Tavares
Maria de Fátima Silveira

5 Semiotécnica — Semiologia em Enfermagem e Exames Complementares Diagnósticos, ***71***
Deyse Conceição Santoro

Segunda Parte

Bases Estruturais para o Atendimento ao Cliente
Iraci dos Santos

6 A Enfermagem como Instituição Hospitalar, ***93***
Iraci dos Santos
Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

7 Comissões Administrativas no Cenário Hospitalar, ***105***
Antonio de Magalhães Marinho

8 Sistemas de Comunicação e Informação em Saúde, ***129***
Maria Catarina Souza Motta

9 Os Registros como Meio de Informação e Integração na Enfermagem e Equipe Multidisciplinar, ***135***
Enedina Soares

10 Cuidando do Pessoal de Enfermagem e da Qualidade do Cuidar, ***149***
Sergio Correa Marques
Marcos Antonio Tosoli Gomes
Maria Yvone Chaves Mauro

Terceira Parte

Prevenção/Promoção/Proteção/Recuperação e Educação para a Saúde dos Clientes no Ambiente Hospitalar
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

11 Enfermagem Ambulatorial — O Cliente em Situação Crônica de Saúde, ***159***
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Miriam Susskind Boreinstein

12 O Sistema de Triagem e o Atendimento de Emergência Intra-hospitalar, ***181***
Enedina Soares

13 Atendimento Inicial ao Cliente com Trauma Multissistêmico, ***187***
Alvaro Alberto Bittencourt Vieira

14 Procedimentos de Enfermagem na Terapêutica Medicamentosa e em Urologia, ***193***
Elisabeth Rose Costa Martins
Ana Lucia Carvalho Alves
Maria José Silva
Deyse Conceição Santoro

15 Intervenções de Enfermagem em Perioperatório, ***209***
Silvia Teresa Carvalho Araujo
Maria Virginia Godoy da Silva
Deyse Conceição Santoro
Isaura Setenta Porto

16 Intervenções de Enfermagem no Intra-operatório, ***227***
Silvia Teresa Carvalho Araujo
Deyse Conceição Santoro
Cecilia Maria Isidoro Pinto
Lilian Fellipe Duarte de Oliveira

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUARTA PARTE

Sistema de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos
Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza

17 Enfermagem no Sistema de Cuidados Intensivos, ***253***
Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza
Luana Ferreira de Almeida

18 Implementando o Processo de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, ***277***
Isabel Cristina Fonseca da Cruz

19 O Cliente no Ambiente Cirúrgico: Redimensionando o Ser na Prática de Enfermagem, ***289***
Antonio Marcos Tosoli Gomes
Sergio Corrêa Marques

20 Atenção de Enfermagem aos Clientes com Problemas Cardiológicos, ***299***
Cristiane Maria Amorim Santos
Eliane Passos Pereira
Ana Rita Alves Ferreira
Ciléa Nascimento Silva Ramos

21 Atenção de Enfermagem em Nefrologia Clínica e Cirúrgica e o Cuidar Dialógico de Enfermagem em Transplante Renal, ***311***
Eurinilce Xavier de Lima

22 Situações do Viver/Morrer — Contribuições para o Cuidar, ***341***
Roberto Carlos Lyra da Silva
Wiliam César Alves Machado
Iraci dos Santos

QUINTA PARTE

Núcleos de Atendimento Diferenciado e Reabilitação
Wiliam César Alves Machado

23 Contatos/Contágios: para o Cuidar de Clientes em Situação de Doenças Transmissíveis, ***365***
Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Marcio Tadeu Ribeiro Francisco
Tereza Tonini
Josete Luzia Leite

24 Para o Cuidar de Clientes com Feridas Infectadas, ***375***
Adriano Menis Ferreira
Iraci dos Santos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

25 Promovendo o Conforto e a Auto-estima de Clientes com Afecções Cutâneas — Paradigma Sociopoético, ***395***
Euzeli da Silva Brandão
Iraci dos Santos

26 Abordagem de Enfermagem Centrada no Cliente Idoso Internado, ***407***
Célia Pereira Caldas

27 Clientes em Re(h)Abilitação: As Lesões Neurológicas e as Situações de Cuidar em Enfermagem, ***421***
Wiliam César Alves Machado
Nébia Maria Almeida de Figueiredo

28 Cuidar em Longo Prazo e Reabilitação do Cliente, ***445***
Wiliam César Alves Machado
Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Ana Paula Scramin

Sexta Parte

Terapias Não-convencionais Aplicadas na Enfermagem, ***483***
Antonio José Cupello

29 A Enfermagem e a Terapia Não-convencional, ***485***
José Henrique Nascimento Bessa

30 Fatores Imbricados com o Uso de Plantas Medicinais no Cuidar de Enfermagem Hospitalar, ***495***
Neide Aparecida Titonelli Alvim
Isabel Cristina Moraes Gomes

31 A Reprogramação Músculo-articular: uma Terapia Natural Aplicada no Cuidar de Enfermagem Ambulatorial, ***505***
Isabel Cristina Moraes Gomes
Neide Aparecida Titonelli Alvim

32 Fitoterapia e Enfermagem, ***513***
Telma Geovanini

33 Auriculoterapia e Florais de Bach, ***523***
Antonio José Cupello

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PRIMEIRA PARTE

Filosofia — Ideologia – Tecnologia da Assistência de Enfermagem no Ambiente Hospitalar

Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 1

Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar

Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Iraci dos Santos

Para construir o volume 2 da Série Atualização em Enfermagem, firmamo-nos numa vivência do cuidar de clientes no ambiente hospitalar. Assim, e devido ao estilo editorial deste livro, retornamos ao passado das experiências profissionais buscando o "caminho de volta ao futuro", pois quando se trata de seres humanos o tempo é, sobretudo, relativo. Portanto, aqui temos considerações relativas, porque tratamos de experiências individuais. Cada autora traz a força de uma prática contestável, pela sua diversidade, mas a ser partilhada e tornar-se comum, inclusive, para alguns leitores.

Esta é uma viagem ao "túnel do tempo", registrada com vivências, repleta de passagens para os leitores viajarem conosco. Na bagagem temos reflexões sobre a realidade da prática de enfermagem, questões e busca de respostas para incentivar futuras vivências profissionais. Se afirmamos que o texto demarca o caminho individual das autoras é porque desconsideramos o inconsciente que atua em nossas motivações particulares da prática de cuidar. Assim, as situações problemáticas descritas podem ser interpretadas pelos leitores como uma narração da nossa vivência, contendo aspectos comuns e específicos desta prática no ambiente hospitalar, neste livro reunidas como *enfermagem clínica*[1].

[1] Enfermagem Clínica é a enfermagem realizada para qualquer tipo de clientela, porque traz em si os fundamentos e ações para atender alguém que está doente ou, ainda, em fase diagnóstica. Sua intenção é de manter as condições de vida instaladas; evitar complicações, detectar sinais e sintomas novos e agir para restaurar o bem-estar, o bem viver do ser humano, geralmente reconhecido como saúde. É uma enfermagem centrada no cliente e não mais, exclusivamente, na patologia/doença que lhe causa mal-estar. A preocupação profissional é com o corpo total, onde a doença/mal-estar é um evento na vida de todos. É uma clínica que busca uma semiologia própria para a enfermagem colocando em prática uma *ciência do sentir* e dos *sentidos, das emoções e intuições, além da intelectualidade.*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É desafiador pensar e assumir um clinicar em enfermagem, porque a prática, atividade ou terminologia referente à clínica é considerada, por muitos, como exclusiva e do domínio da área biomédica, em especial, da medicina. Paradoxalmente, os(as) enfermeiros(as), apesar de inseridos(as) por muito tempo nesta área, tradicionalmente, ainda não se reservam o direito de assumir um seu "específico clinicar" como o fazem os odontólogos, veterinários, fisioterapeutas. Entretanto, é preciso defender a clínica na enfermagem delineando um entendimento que, para as enfermeiras, tem significado e sentido e cujo conceito é concretizado e materializado numa prática cujos contornos podem ser vistos e definidos conforme Lins (1997, p. 4): "cartografias de força que pedem nossas maneiras de viver, numerosos recursos para criá-las e incontáveis mundos possíveis". Ao que podemos acrescentar: clinicar é o que fazemos a partir da nossa competência profissional aliada à autonomia para desenvolvê-la no cotidiano da prática ao lidar com os clientes que se internam, hospitalizam-se por necessitarem, primordialmente, de cuidados diuturnos, específicos e ininterruptos de enfermagem.

Defendemos este posicionamento pela certeza de que se eles não precisassem de cuidados com estas características, então, poderiam ser atendidos nos consultórios médicos, de nutricionistas, de psicólogos, de fisioterapeutas e outros, ou ainda, em seus próprios domicílios. Portanto, é o cuidado de enfermagem integral desde a promoção do ambiente terapêutico envolvendo a disponibilidade de recursos variados para a atuação da equipe multidisciplinar, no sentido da recuperação do cliente, até a decisão do profissional enfermeiro sobre sua independência das ações de enfermagem, por se encontrar em estado condizente com as suas possibilidades de retorno ao convívio familiar, funcional e social.

Desse modo, o clinicar em enfermagem se destaca como uma prática diferenciada daquela atrelada e dependente quase de modo exclusivo das decisões de outros profissionais da área da saúde e da administração hospitalar. Esta diferenciação se caracteriza sobretudo pelas ações e decisões fundamentadas no desenvolvimento do processo e diagnóstico de enfermagem, ou seja, o clinicar de que falamos depende essencialmente de diagnóstico, prescrições/intervenções e resultados/avaliação realizados pelo profissional enfermeiro.

Por amar esta profissão nos interessamos pela ENFERMAGEM CLÍNICA e tentamos, neste capítulo, esclarecer alguns desvios relativos a determinados entendimentos sobre ela e, talvez, conduzir a uma exposição/explicação mais intuitiva, sensível, racional e adequada ao estágio evolutivo do conhecimento de enfermagem, inclusive, resultante de recentes pesquisas científicas nesta área.

Nossos saberes podem ser iguais ou diferentes nesta questão, mas ao nos unirmos, acreditamos abrir um espaço/tempo/coletivo/transicional conforme o explicitado por Santos; Gauthier (1999) — o espaço onde num dado momento (tempo) um determinado coletivo se encontra sem opção própria (por isso transicional) para alcançar um objetivo, uma meta, um desejo, independente das implicações psicoafetivas, históricas — existencial e estrutural-profissional, das aspirações e paixões de cada um — para superar nossas próprias fraquezas ou limitações de conhecimentos sobre o que é enfermagem clínica.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A — Conceituar/Teorizar o desenvolvimento da enfermagem no ambiente hospitalar, justificando o assumir da terminologia ENFERMAGEM CLÍNICA para demarcar o campo específico e diferenciado das ações e atividades desta profissão no atendimento centrado no ser humano cliente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B — Conceituar os elementos componentes da Abordagem Clínica de Enfermagem Centrada no Cliente demonstrando sua aplicabilidade para o desenvolvimento das ações e atividades dos profissionais no contexto hospitalar.

C — Descrever as características definidoras do desenvolvimento da Enfermagem Clínica ao Cliente em situações hospitalares e de internamento.

D — Exemplificar os conceitos MISSÃO/CORPOS de ENFERMAGEM e do CLIENTE/MOVIMENTO/MUNDO DO TRABALHO em SAÚDE/ESPAÇO/TERRITÓRIO DO CUIDAR, no contexto do clinicar em enfermagem.

E — Apresentar os conceitos de CONHECIMENTO/SENSIBILIDADE/INTUIÇÃO/EMOÇÃO/ESCUTA MITO-POÉTICA/SOLIDARIEDADE/FAZER como instrumentos de trabalho a serem aplicados no desenvolvimento da Abordagem Clínica Centrada no Cliente.

F — Apresentar os fundamentos, princípios e propostas para implementação de um novo paradigma de cuidar em enfermagem.

G — Diferenciar o Ato Médico (Cura terapêutica medicamentosa e ou cirúrgica) do Ato de Enfermagem (O cuidado/conforto para alívio do mal-estar e promoção do bem-estar).

H — Apresentar o processo de trabalho da enfermagem clínica esquematizando a infra-estrutura para o cuidado.

DESENVOLVIMENTO — SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Por ser este um capítulo introdutório de um livro revelador de uma face do desenvolvimento da enfermagem, no contexto hospitalar, pouco percebida e valorizada, inclusive, pelos trabalhadores desta profissão; as situações aqui descritas têm a intenção de suscitar mais reflexões do que questões propriamente ditas. Assim, descerramos as cortinas do fazer enfermagem para descobrir o "escondido" atrás das intenções, angústias, paixões, ideologias e valores dos habitantes do mundo hospitalar. Para exemplificar o que entendemos por CORPO DE ENFERMAGEM, MISSÃO/RAZÃO DE SER, RAZÃO DE EXISTIR INSTITUCIONAL DA ENFERMAGEM, apresentamos uma CENA de PRÁTICA, ou seja, a SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 1.

Cena/Situação 1

AMANHECE.... mulheres e homens (estes em minoria) vestidos de branco, circulam no espaço onde os clientes que recebem os cuidados clínicos de enfermagem, medicina, psicologia e de outras áreas do conhecimento, encontram-se. Este espaço/tempo/coletivo/transicional é o Hospital — um dos mundos do trabalho da área da saúde. Os profissionais da enfermagem trabalham continuamente de dia, de noite e durante todos os meses do ano. Trabalham, rotineiramente de forma exaustiva, desenvolvendo um cuidado incondicional ao ser humano, a fim de atender suas necessidades e desejos humanos, numa prática que se pretende individualizada.

Se assim o faz, a equipe de enfermagem assume e exerce sua MISSÃO, razão de ser da profissão, razão de existir como instituição prestadora de bens e serviços (atividades) à sociedade. Mesmo que sejam geralmente lembradas por clientes e familiares, atividades tais como: administração de medicamentos, curativos, higiene corporal, preparo do corpo para exames e cirurgias, procedimentos técnicos de controle de sintomas e sinais de vida, mobilização no leito e fora dele, apoio para alimentação e eliminação fisiológica, preparo do corpo após a morte e outras tecnologias consideradas invasivas (sondagens e cateterismos) do espaço corporal.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A equipe de enfermagem ainda cuida da ambientação do cliente no espaço hospitalar, tornando-o terapêutico para propiciar a recuperação do indivíduo hospitalizado sem seqüelas, e assim o faz para garantir seu retorno ao convívio familiar, funcional e social.

Outras atividades envolvendo o tocar o corpo e conversar com o cliente escutando-o sensivelmente, atentamente, de forma solidária, aconchegante, cuidadora e confortável que caracteriza a escuta mito-poética explicitada por Barbier (1993), muitas vezes são esquecidas e desvalorizadas pelos próprios profissionais de enfermagem. Talvez porque elas ainda não são descritas e recomendadas nos Manuais Técnicos desta profissão, apesar de elas evidenciarem a preocupação e responsabilidade com a segurança, bem-estar e conforto do cliente. Entretanto esta é a nova enfermagem diferenciada da tecnologia fria e distante da humanidade do ser integral.

Na situação problemática descrita, mulheres e homens trabalhadores diuturnos encontram-se opcionalmente encarcerados numa fronteira — o hospital — que os separa do mundo social e do doméstico. Movimentam-se na roda da vida, da dor, das paixões e da morte para cuidar e ajudar na recuperação do mal-estar provocado por doenças, nos vários ambientes hospitalares: enfermarias, centros de tratamento intensivo, unidades especializadas, centro cirúrgico, centros de radiodiagnóstico, laboratórios, ambulatórios e setor de emergência.

Eles compõem o CORPO DE ENFERMAGEM o qual utiliza sua força física, mental, intelectual e espiritual para cuidar dos corpos dos clientes em seus leitos e/ou não, transportando-os para diversos locais do ambiente hospitalar; de camas para cadeiras de roda, de macas para camas e vice-versa. São corpos-trabalhadores que cuidam, também, de equipamentos, de aparelhos, roupas, drogas, soluções e documentos para disponibilizá-los adequadamente para o atendimento do cliente no espaço/tempo coletivo/transicional hospitalar. São corpos que se desgastam não somente pelo trabalho estressante em si mesmo, mas por manterem uma comunicação privilegiada, própria da área da saúde e relativa aos clientes internados, conhecida como segredo profissional.

Para cumprir sua MISSÃO eles trocam não apenas de plantão, mas de apelos e desafetos; de satisfação e insatisfação; de esperança e desesperanças; de amor e desamor e convivem profissionalmente com o sofrimento, angústias e a morte. Profissionalmente eles desenvolvem uma tecnologia específica de enfermagem para as quais criam, improvisam, desdobram-se para criar alternativas de sobrevivência para o cliente e para eles próprios no ambiente de trabalho e superar, muitas vezes, a falta de solidariedade, de respeito, de considerações de trabalho, de dinheiro e de esperança.

Nesta roda da vida/morte onde se encontram o real/virtual/simbólico estes trabalhadores "de branco", vão criando redes/teias intricadas de nós sobre o que sabem fazer para compreender, conhecer, incentivar e ajudar os seres humanos a utilizarem seus potenciais de reação às situações de vida/morte e assim, vão cuidando dos clientes — os sujeitos do cuidado clínico de enfermagem.

Na CENA/SITUAÇÃO 1, incidem as considerações absolutas quanto à escolha mútua de parcerias para definir e teorizar sobre nosso entendimento de enfermagem clínica. Para melhor compreensão apresentamos na Fig. 1.1 uma IMAGEM fundamental para que a MISSÃO da enfermagem aconteça.

Ao visualizá-la refletiremos sobre o fato de que toda missão tem um alvo e no nosso caso ele é o sujeito do CUIDADO. Para executar o cuidado temos os profissionais de enfermagem. Aqui lembramos o que defende Santos (1997), — o cuidado para ser executado depende do consentimento do cliente, o qual por isso mesmo deve ser designado como tal, haja vista não se colocar paciente.....mente à disposição dos cuidados de enfermagem. Ser/receber cuidado é uma opção do ser humano, sujeito e cidadão com direitos e deveres tais quais os possui, também, o profissional que

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

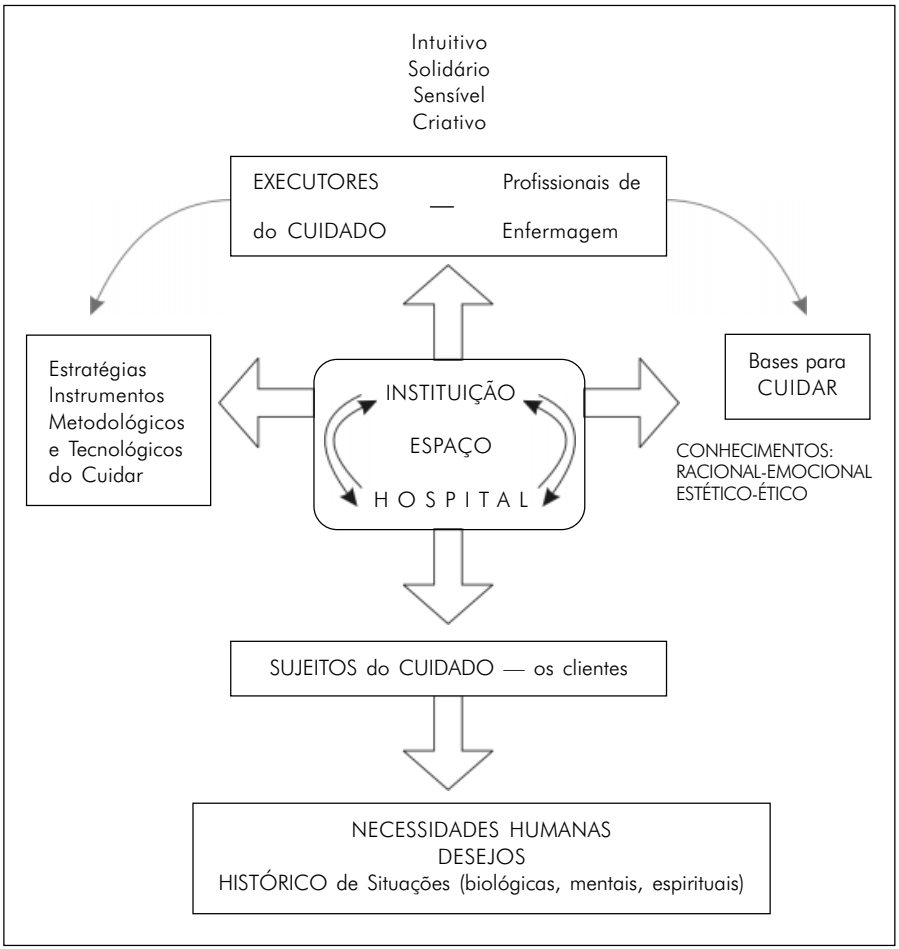


Fig. 1.1 — *Imagem do desenvolvimento da missão da enfermagem.*

escolhe prestar/dar cuidados de enfermagem. O cuidado, portanto, envolve uma ação interativa entre profissional e cliente, da qual reforçamos esta afirmação: sem interação inexiste o cuidado de enfermagem, por mais que isto seja idealizado e tecnificado pelo profissional. É como na comunicação: se algo se perdeu ou não foi entendido na mensagem, ela não aconteceu, pelo menos na íntegra.

Homens e mulheres profissionais de enfermagem, de branco, cuidam. Portanto, a MISSÃO de enfermeiras, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem é cuidar do ser humano, o cliente. Podem, também, ser clientes virtuais e potenciais ao mudarem de posição para receberem cuidados. Mesmo sem estarem doentes (acometidos de mal-estar), merecem e devem ser cuidados por si próprios e pelos outros. É um CUIDAR composto de coisas OBJETIVAS e SUBJETIVAS, de TÉCNICAS e TECNOLOGIAS, de SABER/CONHECIMENTO e da PRÁTICA/ARTE que se configura na aplicação do conhecimento obtido através dos objetos saberes (livros, documentários em vídeos, peças anatômicas, filmes e outros) e na realidade existencial.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÕES — PROPOSTAS DE SOLUÇÕES — GABARITO FUNDAMENTADO

Conceituamos/teorizamos os elementos da CENA/SITUAÇÃO 1 entendidos como noções ampliadas de: TEMPO — CORPO — MOVIMENTO-MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE — ESPAÇO/TERRITÓRIO DO CUIDAR.

Tempo

O que É o Tempo/Mundo da Enfermagem?

Amanhecer o tempo na enfermagem é fundamental. Não se trata de um tempo linear; é um tempo do movimento da vida, dos anseios, das paixões; da natureza do mundo, do ser humano, do trabalho. Lembra Prigogine (1988, p. 13), que o tempo está relacionado com um mundo que mudou onde tudo estava determinado como verdade.

- Então, o tempo/mundo da enfermagem de hoje, "não é mais um mundo silencioso e monótono, abandonado pelos antigos encantamentos, um mundo-relógio sobre o qual nos foi atribuída a jurisdição; mas o tempo de assumir a aventura humana."

Qual É o Tempo da Enfermagem?

Hoje, na enfermagem, o tempo de cuidar segue a mesma orientação de Prigogine (1988), pois nele existe uma reconciliação entre duas culturas. Portanto, o tempo da enfermagem é o da nossa aliança desde sempre estabelecida e durante tanto tempo menosprezada, entre a historia dos homens e das sociedades; o tempo dos saberes e da aventura exploradora da natureza. Para a autora, essa reconciliação entre culturas exige um saber científico como ausculta poética da natureza e o processo natural da natureza como um processo aberto de produção e de invenção, num mundo aberto, produtivo e inventivo.

Do que Precisamos para Viver o Tempo da Enfermagem?

- O tempo para trabalhar no mundo do hospital depende de evoluções internas dentro de um processo de cuidar em permanente equilíbrio/desequilíbrio porque envolve seres humanos complexos, com situações de doenças/mal-estar, saúde/bem-estar; todos com suas histórias de vida suas ideologias, princípios, valores, técnicas, práticas, culturas, paixões e vivências diferenciadas.
- Precisamos entender que o nosso tempo de cuidar é evolutivo porque nele se encontram seres humanos com outros entendimentos sobre a vida e a morte. Prigogine (1988), entende o tempo como aquilo que conduz o homem como um criador do tempo.

Falaríamos do tempo sobre os pontos de vista da física, biologia, filosofia e até da religião, onde o Eclesiastes diz que há um tempo para tudo. No entanto, a história do tempo para Prigogine (1988, p. 23), diz respeito à evolução biológica e da sociedade. Foi com o aparecimento da vida que nasceu o tempo. Se a enfermagem cuida de sujeitos complexos dentro de sistemas orgânicos e sociais que podem ser desmantelados e montados novamente, nela tudo pode depender do tempo.

O que É e como se Desenvolve um Cuidado Clínico?

- Despertemos para o fato de que a história natural do cuidar em enfermagem é a da construção, desconstrução e reconstrução, por ser também, a história

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

natural do tempo de trabalhar em prol do desenvolvimento físico, mental e espiritual dos seres humanos. É a este trabalho que denominamos um cuidado clínico, o qual acontece em todo o tempo (noite e dia) e durante todo o tempo de viver/morrer.

- Para desenvolver este cuidado clínico, ou seja, para o clinicar em enfermagem, é preciso que seus profissionais amanheçam, despertem para a realidade e virtualidade do viver em suas dimensões do ideal, do concreto, do sonhado e imaginado.
- É preciso descerrar as cortinas (regulamentos, normas, rotinas) dos ambientes da instituição hospitalar e ver com os olhos da cabeça e do coração, para então compreender suas bases ideológicas, organizacionais e libidinais que conformam e delineiam o romance institucional vivido por profissionais e clientes, neste espaço delimitado, a exemplo do que nos fala Lourau (1995), em sua obra *Análise Institucional*.
- Desejável, ainda, é ver além do nosso corpo fisiológico, pois " a mente vê o que precisa ver e a alma vê o que vê". A mente dos profissionais é treinada conforme os manuais técnicos e recomendações memorizadas, e assim, descarta o que lhe parece estranho e inusual. Ver com a alma é exercitar a intuição, é buscar o inusitado.
- Na enfermagem, este é o tempo de despertar para não desaparecer nas águas da aflição e ou da acomodação, nas quais se pode perder os ideais da formação profissional para a instituída alienação do intramuros hospitalar. É como na história de Esfinge: acorda, amanhece e decifra-me ou serás engolido, alienado, acomodado, robotizado na engrenagem institucional hospitalar.

Corpo

O que Entendemos como o Corpo do Cuidado de Enfermagem?

- O leitor encontrará outras definições de corpo em diversas áreas do conhecimento humano. Para nós ele é o lugar-sujeito do cuidado, onde nossa prática/arte acontece. Nós o entendemos como fonte de necessidades, de prazer, dos sentidos e do desejo. Ele é o objetivo/subjetivo, representado, sonhado, imaginado, desejado, idealizado.
- No modo objetivo da ciência biológica ele é um "amontoado de átomos e moléculas, uma rede de funções fisiológicas e biológicas". E, assim, o corpo é objetivado quando tratado, tocado e invadido durante os procedimentos técnicos e tecnológicos pelos profissionais de saúde.
- No modo da enfermagem ele é o CORPO VIVO, CORPO VIVIDO, não só como objeto das ciências naturais, mas por ser dependente do sensorial, do sensível; porque pensa, racionaliza, sonha, ama, sofre, imagina, cria, acredita e enfrenta o viver/morrer tal qual o conhecemos.
- O cuidado clínico de enfermagem para este corpo tem várias tonalidades, porque os corpos de quem é cuidado e de quem cuida são ricos de forças, tons e de aparência cujas experiências repousam sobre seu prazer, necessidades e desejos. É um corpo que pode ter ou não: dor, fome, sede, frio, calor, conforto, desconforto, agitação, preocupação, medo, temor à vida e à morte, saúde, doença, pulsão, emoção, paixão, apatia, tristeza, alegria, intuição, fé, sabedoria, saber.
- Esse CORPO — físico — mente — intelecto — espírito, do cuidado clínico é expressado através de sentimentos e sensações que segundo Silva (1996, p. 67) pode ser uma afirmação ingênua da espontaneidade cósmica, ou um modo de ser anterior ao da própria existência ou finalmente, para o autor, o corpo dos sentimentos negativos e/ou não que podem ser entendidos como uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

concentração singular de qualidades, onde o sujeito é compreendido como um fenômeno semiótico, como uma pessoa especialmente compacta e, ainda, como uma pessoa vivendo processos dialógicos em sua interioridade.
- No entendimento de Góes (2001, p. 131) o corpo é encarnação, representação, sujeito e objeto; suporte do eu; carne e imagem, que mantém, em parte, tudo que entendemos sobre ele, fato que ultrapassa o que aprendemos no passado.

Como Conceituar o Corpo de Enfermagem?

- Quanto ao CORPO DE ENFERMAGEM ressalte-se que ele é formado por corpos de MULHERES (maioria) e de HOMENS (minoria) quando visualizados pela ótica do gênero no que diz respeito aos sexos feminino e masculino. Sobre o gênero este pode, também, ser entendido através de educação, pois envolve poder, violência e hábitos que subsidiam as análises do discurso sobre homem e mulher. Os profissionais de enfermagem devem fazer um mesmo trabalho como MISSÃO: Cuidar do outro, independentemente do seu sexo e gênero.
- Este fato se relaciona à citação de Fonseca (2000, p. 20) sobre a articulação de categorias de gênero e de trabalho que coloca em causa a redefinição do conceito de força de trabalho e, também, o reconhecimento de que o capital dialoga com os gêneros masculino e feminino.
- Neste livro, entende-se a mão-de-obra, a força de trabalho, o CORPO de enfermagem clínica, como o cuidado caracterizado num clinicar com elementos particulares, destacando-se, então, uma categoria, uma área a ser pensada, pesquisada na enfermagem.
- No bojo deste CORPO existem profissionais com identidades sexuais, culturais, profissionais e sociais diferentes e/ou iguais que se misturam e se acomodam ou não ao contexto institucional da área da saúde, no âmbito hospitalar.
- São pessoas; corpos vestidos de branco caracterizando os executores do cuidado de enfermagem. Eles trazem para a prática um cruzamento de identidades masculina e feminina, de fraco e de forte, de quem manda e de quem obedece.
- O CORPO de enfermagem é aquele formado por gente, conforme afirma Horta (1976). Nele existem pessoas com diferentes modos de perceber, de pensar e de agir. São profissionais dentro de um sistema estruturado e estruturante que ordena o mundo social do viver fora e dentro do mundo do trabalho; de conviver no espaço-tempo-coletivo — transicional hospitalar.

As enfermeiras por serem maioria nos fazem lembrar a FACE FEMININA da PROFISSÃO, principalmente quando nos reportamos à citação de Boff (2001) quanto à Nossa Senhora representar o "Rosto Materno de Deus". Mesmo não sendo a religião o nosso objeto de discussão, lembremos a mística que envolve a prática do cuidar em enfermagem, cujo contexto possui fortes nuances de gênero. Uma prática onde as mulheres, para se estabelecerem num ambiente do domínio masculino, lutaram e competiram com os homens, até escondendo suas características de sensibilidade e sexualidade.

Neste início do terceiro milênio ainda levantamos esta questão: será que a mulher enfermeira que cuida deve ter uma face masculina? Acreditamos que não, pois, na luta envidada por Florence Nightingale para instituir a enfermagem moderna em suas bases profissionais, conforme descreve Leopardi (1999), venceu talvez a maior característica de humanidade das pessoas que compõem o CORPO desta profissão, quer sejam homens ou mulheres — a solidariedade aos seres humanos. E é esta marca/paradigma que delineia e delimita a autêntica atividade de enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Como se Processa o Movimento/Ação[2] da Enfermagem?

- Aqui falamos dos CORPOS das pessoas no seu cotidiano do cuidar em saúde. Refletimos sobre as evoluções de seus fazeres em quantidade e em qualidade e da dinâmica do trabalho em si, contido nos movimentos dos sujeitos da enfermagem. Em cada movimento existe uma razão própria, um ritmo e uma medida que aumenta e diminui no processo natural de viver/morrer dos seres humanos. No movimento está o tempo de trabalhar, de descansar de dia ou de noite. É assim como no cantar de Gilberto Gil: "o movimento está para o repouso assim como o sofrimento está para o gozo". Isto caracteriza o movimento do trabalho de enfermagem. Trabalhar e repousar para garantir a qualidade do trabalho que se concretiza na transformação do sofrimento do cliente em — gozo/satisfação. São corpos "átomos" que se deslocam criando (des)equilíbrios, choques descontínuos, colisões instantâneas que, também, acontecem no trabalho de enfermagem.

Esse processo de ir e vir para fazer as coisas é a fonte do movimento e da mudança no clinicar de enfermagem:

— Agir para abordar/acolher o cliente.
— Diagnosticar suas necessidades e desejos de cuidado/intervenção de enfermagem.
— Voltar para executar os cuidados.
— Comparar, avaliar o resultado das intervenções; mesmo que ela tenha sido o administrar de uma medicação prescrita por outro profissional, nesta ação existe o ato de presença da enfermagem impregnado de sensibilidade, intuição, solidariedade, que são energias positivas a interagirem com o sofrimento e incerteza do cliente quanto às suas possibilidades de recuperação.

Comparando com a síntese newtoniana, referente à observação entre "corpos, forças de atração e repulsão que regem a 'vida social' da matéria e determinam cada corpo a formar pares estáveis (em certos outros), provocar a dissolução de compostos por repulsão e a servir de mediadoras que permitem aproximação e o acasalamento de outros corpos".

Parece assustador fazer esta comparação, mas no universo cósmico somos vistos à distancia desta forma, corpos em movimento no sistema do mundo com todas as suas leis de física.

— E... se pensarmos que um corpo quente devido ao trabalho dilata-se, relaxa, baixa sua pressão, ficando assim mais mole, inapto para o trabalho?
— Por que não pensar no contrário — quando ele fica frio porque não se cansa muito, contrai-se e fica mais duro, mais atento?

São questões a serem pensadas. É claro que comparamos o campo do trabalho — o hospital — ao campo de física da mecânica quântica e da síntese de Newton.

---

[2] Neste MOVIMENTO/AÇÃO, deve-se lembrar que estes trabalhadores possuem corpos com velocidades físicas, mentais, intelectuais e evoluções espirituais diferentes; eles se perdem e se acham, ganham e perdem energia neste movimento. Para perceber e compreender este fenômeno, basta parar e observá-los durante seu trabalho. É um movimento incessante, principalmente nos períodos matinais e vespertinos, quando se aproxima o tempo da passagem de plantão de dia ou de noite.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Movimentos de trabalho que podem ser tanto de harmonia como de desordem e que no entender de Balandier (1997), "se realiza em múltiplas formas, vistas por muitos tanto como armadilhas ou como máscaras da desordem".

- Os movimentos dos corpos dos homens e mulheres da enfermagem podem se apresentar como aparências, ilusões, ruídos, miragens que fazem parte do trabalho daqueles que os observam. Às vezes a aparente desordem é uma verdade, pois são movimentos de um trabalho vivo, de reações — ações; de confusão e instabilidade porque o corpo do cuidado tem o mesmo movimento.
- Portanto, não há enfermagem clínica estática, parada, distante do corpo do cliente como pode acontecer na clínica onde se aplicam outros conhecimentos da área da saúde. Fazer enfermagem depende de movimento de fricção, de contato, de troca de energia entre o profissional e o cliente. Ela está no meio do acontecimento no âmbito hospitalar; muitas vezes ou até mesmo sempre, o profissional cria os movimentos de cuidar, de politizar, e de reagir junto com os clientes.

Como Entender os Corpos dos Clientes: Sujeitos do Cuidado Clínico?

Quem É o Sujeito do Cuidado de Enfermagem?

Para Florence Nightingale (1989), o doente é aquele que precisa de cuidados especiais de um outro ser humano para que a natureza exerça nele um processo de cura. Daí entendemos que nenhum profissional da área da saúde cura o corpo do ser humano. Entendemos sim, que os profissionais aplicam seus conhecimentos para o ajudarem a reagir a fim de receber a ação das forças da natureza no seu próprio corpo. E este ajudar para nós se materializa no cuidado o qual é específico para cada profissional de saúde. Para melhor explicitar o que entendemos como sujeito do cuidado clínico, o cliente/doente hospitalizado descrevemos a CENA/SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 2.

Em Molière encontramos um personagem que ao ser envenenado descarta o fazer do médico e procura um padre. Lembramos um lado satírico existente em nossa realidade. Um cliente imaginário, que traz uma realidade articulada à vivência do ambiente hospitalar. Molière faz do palco um espelho para representar o seu cliente e a enfermagem faz o mesmo com relação ao hospital. A peça de Molière trata de segredos, tratamentos (sangria, clister e vomitório) de morte; fala de confissão, de violência contra e entre as pessoas. Reflete sobre a terceira idade, as paixões e os males intestinais que, talvez, envenenem mais o espírito do que o corpo dos seres humanos.

O personagem de Molière é um típico sujeito do cuidado de enfermagem. Defini-lo é difícil, devido às interpretações de áreas do conhecimento tais como antropologia, sociologia, filosofia, psicologia, psiquiatria, apesar da interface destas com a enfermagem. Nesta tentativa, nos fundamentamos em Edgar Morin, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Leonardo Boff e Marilena Chauí.

Quem É o Sujeito do Cuidado de Enfermagem?

Para Morin (1996), a noção de sujeito é bastante controvertida e talvez por isso busca em Descartes esta reflexão: "se duvido, não posso duvidar do que duvido, portanto penso, ou seja, sou eu quem pensa. E é nesse nível que aparece o sujeito".

CONSIDERAMOS, PORTANTO, QUE O SUJEITO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PENSA, DUVIDA E É.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É, principalmente, um EU, SUJEITO, PESSOA e CIDADÃO conforme define Chauí (1995), as dimensões da consciência do ser humano. Tal qual o personagem de Molière, ele reflete sobre sua vida, seus desejos e paixões. Ele pensa e tem dúvidas sobre suas possibilidades de recuperação, antes de decidir onde buscar ajuda. Ele é livre, tem direitos e deveres para consigo próprio e para com os outros. Ele não é um objeto à mercê da equipe de saúde.

- MAS QUEM É ESTE CORPO CHAMADO DE SUJEITO QUE ORA É:
  ILUSÃO — APARÊNCIA — IDÉIA — REALIDADE — ALMA — ESPÍRITO — JUÍZO — LIBERDADE — VONTADE — DESEJO — HISTÓRIA — NECESSIDADE?

No cotidiano do cuidar somos todos sujeitos — profissionais de enfermagem e clientes desde estas noções. Lembremos, portanto, as trocas de subjetividade dos sujeitos quando o olhamos e dizemos que ele é bom, ruim, excelente pessoa, "canalha"..... e, segundo Morin (1996) quando o olhamos desse jeito, o sujeito se dissolve, desaparece sob o ponto de vista do determinismo. Para o autor isso "é uma disjunção em função de um paradigma profundamente enraizado em nossa cultura". Facilitando nossa compreensão sobre o que afirma ele, lembra a reflexão de Descartes, quanto à existência de dois mundos: Um mundo relevante ao conhecimento objetivo, científico — o mundo dos objetos; Um mundo referente à outra forma de conhecimento — intuitivo, reflexivo — o mundo dos sujeitos.

— UMA NOÇÃO DE SUJEITO PARA A ENFERMAGEM

Por um lado, a alma, o espírito, a sensibilidade, a filosofia, a literatura; por outro, as ciências, as técnicas, a matemática. Entendemos que o SUJEITO do qual cuidamos está conectado a estes dois mundos e, assim, assumimos a noção de sujeito de Morin (1996):

— Pensar o sujeito é reconhecer que ele é biológico num sentido que corresponde à lógica própria do SER VIVO e, com isso, "percebe sua autonomia, o que era impossível numa visão mecanicista e determinista".

Mundo/Processo do Trabalho de Saúde

Como se Vive o Trabalho em Saúde?

— Fazer enfermagem é viver e conviver com uma prática geralmente exaustiva, pois seu processo de trabalho envolve atividades que variam de complexidade, na dependência do diagnóstico de enfermagem do sujeito do cuidado. Por mais simples que possa parecer um procedimento técnico destinado à higiene corporal (banho no leito) ele pode ser complexo quando executado para um cliente portador de enfarte do miocárdio.

— Além das atividades destinadas diretamente aos clientes, a enfermagem, tradicionalmente, tem se responsabilizado pela administração do ambiente terapêutico para o cuidado de saúde desenvolvido, pela equipe multidisciplinar, para o cliente. A exemplo do que já apresentamos no Vol. 1 desta Série, estas atividades são da ordem de:
  - A — Gerência do pessoal de enfermagem lotado nos serviços e nas unidades operacionais;
  - B — Organização de infra-estrutura (Ambiente Terapêutico) — para que o cuidado possa ser realizado;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- C — Administração do processo de trabalho referente à assistência ao cliente;
- D — Desenvolvimento de cuidados diretos aos clientes nas diversas situações do âmbito hospitalar.

— Aqui destacamos que:

- As práticas de gestão nos serviços de enfermagem envolvem principalmente a educação continuada do pessoal para a ação do cuidar dos clientes, pois atenção especial deve ser dada aos grupos de pessoas (crianças, adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos) e às categorias profissionais (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem) que cuidam destas pessoas.
- Na equipe, no corpo de enfermagem, a ênfase no relacionamento interpessoal, além da competência para desenvolver os procedimentos técnicos é indispensável para garantir o processo interativo do cuidado de enfermagem.
- As práticas de enfermagem são estruturadas e estruturantes e nos dias atuais exigem do gerente uma preocupação com a qualidade dos serviços inerente ao processo de trabalho. No entanto, é preciso pensar que a palavra qualidade, pode se tornar uma armadilha, "um fazer de conta", por envolver as subjetividades das pessoas sobre seu significado para o sujeito que cuida e para o que é cuidado.
- Assim, o trabalho de enfermagem envolve relações sociais e nestas situações podem surgir muitas subjetividades e objetivações.

Espaço/Território do Cuidar

É Possível Pensar o Hospital como o Território do Trabalho na Área da Saúde e Enfermagem?

— Pensamos o MOVIMENTAR da enfermagem durante seu PROCESSO de cuidar, num território muito particular. Nele, ela fica delimitada em fronteiras próprias e específicas e é neste sentido que refletimos sobre o local de cuidar como um grande laboratório de saúde. Aqui recordamos o fazer da enfermagem como o saber científico defendido por Santos (1997), em sua tese "A Instituição da Cientificidade.....". Este espaço tem um valor social ainda não visualizado claramente, em seus diferentes aspectos. Além de sua aparência de um cenário mais da doença/mal-estar que de saúde/bem-estar, este território determina a conduta a ser adotada pela enfermagem.

— As diferentes abordagens de gerência e de cuidado nos espaços hospitalares são pontos de chegada, inícios de nossos entendimentos sobre o diverso e o diferente no clinicar de enfermagem.

— O cuidado é o evento principal e permanente nestes espaços e um advento infinitamente diverso, pois envolve a diversidade humana como uma constante. As diferentes formas nas relações e no modo de fazer enfermagem são atravessadas por diferenças materializadas dos modos de se entender o que é enfermagem, qual é a sua razão de existir, de trabalhar, de vestir-se, e de saber o que é a arte de cuidar e a arte de ser ética e estética. Portanto, é preciso pensar sobre a cultura, a comunicação e a linguagem dos exercentes da enfermagem.

— Os diferentes modos de exercer esta profissão implicam um gerenciamento das diferenças, podendo até revelar o ocultamento dos problemas que fa-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

zem a enfermagem nascer ou morrer. Enfim, ao pensar no hospital como espaço, nos perguntamos:

— A QUE TRILHA, GRUPO OU CASTA PERTENCEMOS?
— SOMOS UM QUANTITATVO SUFICIENTE PARA DEMARCAR UM TERRITÓRIO?
— A QUALIDADE DAS NOSSAS OPERAÇÕES/ATIVIDADES SÃO FUNDAMENTAIS, SUFICIENTES E EFICAZES PARA MANTER O HOSPITAL EM FUNCIONAMENTO?
— SOMOS UM GRUPO HETEROGÊNEO EM TERMOS DE GÊNERO, DE FORMAÇÃO?
— EXISTE NO GRUPO DE ENFERMAGEM UMA HOMOGENEIDADE DE PENSAR E FAZER ENFERMAGEM?
— QUE ESPAÇO DOMINAMOS E QUAIS REDES ENTRELAÇAMOS E CUIDAMOS PARA FIXÁ-LAS NO TERRITÓRIO HOSPITALAR?
— O QUE IMPEDE NOSSA FIXAÇÃO COMO CIÊNCIA E PRÁTICA A PARTIR DO CULTIVO DESTES ESPAÇOS COMO LABORATÓRIO DE PRODUÇÃO DE SABERES E TECNOLOGIAS?

Estas são perguntas que precisamos responder para, então, acrescentarmos novas indagações, pois no cenário/espaço/território do cuidar, como em todos os outros, há mais "civilização" que cultura — o que significa possuir aspectos materiais e universais genéricos das realizações humanas. A cultura está ligada ao modo como nos relacionamos com a singularidade do homem, ou seja, com o que nele é universal, concreto e subjetivo. Falando em cultura e subjetividade lembramos a referência de Lins (1997, p. 7) sobre um universo particular de objetos socialmente oferecidos ao investimento que, no espaço do possível, cada objeto pode se situar no campo religioso, político ou científico; fato que funciona em virtude de um princípio de divisão específico que os caracteriza como um conjunto estruturado de licitações e de solicitações e, também, de interditos.

No espaço existem possibilidades e impossibilidades que estão articuladas aos processos psíquicos dos sujeitos nos locais onde trabalham, exercem sua profissão. Nele, os profissionais se apresentam de modos diferentes dos outros que se encontram no mesmo mundo cotidiano do cuidar. Mesmo que a palavra desejo culturalmente desperte outras compreensões no pessoal de enfermagem, aqui nós a utilizamos com outras conotações; pois consideramos que ela mantém as pessoas em movimento, ligando-as às questões que lhes interessam, lhes satisfazem.

Maître (1975, p. 248-256) afirma ser o sistema de satisfação que regula, propõe e impõe o regime particular ao desejo, o qual é convertido em *illusio* e assim especifica neste exemplo: o desejo capta e legitima processos psíquicos que regem a existência cotidiana como recusas patológicas da realidade. Para o autor os personagens celestiais, são objetos imaginários, inscritos num simbolismo socialmente aceito, validado, valorizado; e os modelos provenientes, mais ou menos conscientemente de uma tradição mítica autônoma, permitem a projeção de faltas mais conhecidas pelo ambiente e asseguram uma "regulamentação religiosa da *illusio*" que para ele é "inteiramente análoga àquela que assegura aos personagens e aos modelos literários como matéria de amor".

Se a enfermagem é uma prática socialmente reconhecida, podemos dizer que o desejo enquanto dimensão especifica e sublima, em cada um dos aspectos de cuidar, sua expressão estética como arte. Assim, poderemos revesti-la de formas socialmente reconhecidas, (como diz o autor, as do *librido dominandi*).

Se o cuidado está no espaço de cuidar como arte, ele é uma grande tela de exposição, a qual se pode apenas atribuir um dado momento da prática. É uma tela a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

se modificar num outro espaço, mesmo que o objeto do cuidado seja idêntico, porque os artistas são outros e marcam o espaço e a tela pelas suas diferenças. Portanto, no espaço de cuidar circulam sistemas de idéias, de política, de valores e de práticas que se apresentam como um mapa geográfico em saúde. O desafio é afirmar que a enfermagem está num espaço que é seu de direito, o qual lhe dá autonomia e se integra "totalmente" a sua realidade.

Não podemos esquecer que o mundo do hospital é imenso e querer demarcar um espaço diferenciado dentro dele para a enfermagem é transcender (interditar), transgredir (instituir); quando ela é percebida apenas como força de trabalho da área da saúde num território onde, culturalmente e pela força hegemônica os seus donos são sempre outros — o médico e/ou o administrador hospitalar.

Milton Santos (1999) propõe como ponto de partida que ESPAÇO seja definido como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações. Propõe, também o reconhecimento de suas categorias analíticas internas que são:

— A paisagem, a consignação territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido e produtivo, as rugosidade e as formas-conteúdos.

Para o autor, estas categorias, supõem reconhecer alguns processos básicos, originariamente externos ao espaço tais como:

— A técnica — a ação — os objetos — a norma — os eventos — a universidade e a particularidade — a totalidade e a totalização — a temporalização e a temporalidade — a idealização e a objetivação — os símbolos e a ideologia.

Tomamos emprestada a idéia de Milton Santos (1999) e refletimos sobre as técnicas (de fazer enfermagem) que podem estar em procedimentos e/ou modelos de cuidar, como: "um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem (a enfermagem) realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço".

Para Guattari; Rolnik (1996) na obra Micropolítica: Cartografias do Desejo, o espaço é a primeira categoria do agenciamento territorial e encontra-se numa postura que se pode qualificar de estetização global. É neste espaço que os objetos instauram-se numa posição transversal, vibratória, que lhes confere uma alma, um devir ancestral, animal, vegetal e cósmico, os quais operam através de objetividades. É neste território que podemos ser estrangeiros, estranhos, e assim, também, podemos ser ameaçados. Os objetos internos dos espaços regulam e governam o mundo exterior. Para os autores inexiste espaço sem tempo, tais como "receptáculos neutros". Os espaços devem ser realizados, engendrados por produção de subjetividades que incluem cantos, danças, relatos sobre os antepassados e os deuses pois, segundo ele, todo trabalho sob formas materiais invoca a presença de entidades imateriais.

O Cliente — Sujeito do Cuidar de Enfermagem

Refletimos sobre a noção de autonomia de Morin referente à antiga noção de liberdade; uma autonomia que se auto-organiza, que é independente; um sistema que deve "trabalhar para construir e reconstruir sua autonomia e que portanto dilapida energia". Para nós esta é uma noção de Sujeito como organismo vivo, complexo, de regulação que lhe permite homeostase, valores constantes de temperatura, de pH, de todos os elementos que constituem seu meio interno.

É uma noção de sujeito articulado a indivíduo, não como espécie (uma bactéria) mas que ocupa todo o nosso campo conceitual; que desaparece, torna-se contingente, natural, mortal, efêmero. É a espécie que atravessa o tempo e que tem verdadeira realidade; indivíduo como um produto; é o produto de um processo de reprodução, que vem ao mundo dando-lhe linguagem e cultura que produzem a sociedade e esta,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

por sua vez, produz os indivíduos. É o sujeito como ser computante, que se ocupa de signos, de índices, de dados que chamamos de informação. É através destas informações que ele trata seu mundo interno assim como o exterior. É o sujeito do cogito cartesiano — com um cérebro muito desenvolvido, com uma linguagem e com uma cultura. O sujeito com o seu cômputo é o sujeito com sua própria identidade.

O sujeito com identidade tem finalidade e objetivos, onde cada um sabe o que é, o que quer, o que faz e que aparece como diferente, que está objetivado, enquanto "o eu que é o puro surgimento do sujeito". A identidade é que expõe a diferença entre o eu e o eu mesmo. Uma identidade marcada por variações e modificações corporais, celulares moleculares — transformações que passam pela criança, adolescente, adulto, idoso — tudo isso nos dá continuidade à identidade.

É bom pensar que este sujeito do cuidado não tem identidade estável e para Morin (1996) esta é uma ilusão, pois precisamos nos dar conta de que somos muito diferentes segundo os humores e paixões, segundo amamos e dizemos e segundo o fato de que temos uma dupla, uma tripla, uma múltipla personalidade.

Finalmente, o sujeito humano ligado à linguagem e à cultura, indivíduo-sujeito que pode tomar consciência de si através do instrumento de objetivação que é a linguagem. Sujeito cérebro que é um sujeito no ato mesmo da percepção, da representação, da decisão, do comportamento, da afetividade; que tem tanto presença dupla que se constitui de energia da objetivação subjetiva, propriamente humana, sujeito que é ao mesmo tempo *alter ego* e *ego alter*. Humano que se manifesta no sonho, no reflexo, no desejo. Quando o humano morre o duplo se separa do corpo para viver sua vida.

Para Morin (1996) esta experiência de duplo "é a forma arcaica da experiência do sujeito que se objetiva. Até que consigamos interiorizar esse duplo e chamá-lo de "alma," "mente," "espírito", esse sujeito está mergulhado na subjetividade humana que é sua, é nossa, que é o lugar habitado pelas noções de alma, espírito, animal. Este sujeito humano com relação ao amor, no sentimento de amar, diz Morin, "esta é a idéia de que o outro restitui a nós mesmos a plenitude de nossa própria alma, permanecendo totalmente diferente de nós mesmos e nós mesmos ainda sendo outros". Neste sentido ele afirma que aí existem dois tipos de subjetividade. Para o autor, o conceito de sujeito nesses níveis humanos só pode aparecer porque há um nível prévio, biológico, do conceito de sujeito. Esse humano é explicado pelo autor como na citação de Descartes: "Eu penso, logo existo" é uma assertiva que quer dizer "eu penso que eu penso", aí o eu se objetiva em si mesmo implícito "eu me penso", "eu me penso em mim mesmo pensando". Com isso, a operação de computação aparece através do pensamento como conhecimento do "eu penso". Isto é que nos diferencia da bactéria, e nos coloca diante da "tragédia da subjetividade, pois a bactéria não tem consciência (ao menos que saibamos)", diz Morin (1996). A consciência do sentido humano requer, ao mesmo tempo, um "cérebro sumamente desenvolvido numa linguagem, ou seja, uma cultura".

O entendimento de sujeito de Guattari (1987) também nos interessa e mostra uma noção de sujeito que amplia e enriquece os entendimentos de Morin. É um Sujeito originalmente integrado às atividades rituais e às representações religiosas. Um sujeito que está no meio das relações sociais, nos intercâmbios econômicos, nas relações afetivas. São sujeitos dentro do que o autor denomina de "agenciamentos territoriais de enunciação". O Sujeito de Guattari insere-se no coletivo e instaura-se em posição transversal, vibratória, que lhe confere uma alma, um devir ancestral, animal, vegetal, cósmico — de objetividades/subjetividades que operam por conta própria e encaram-se em focos animistas. Um sujeito com objetividades/subjetividades que se superpõem e invadem-se para construir entidades coletivas que são metade coisa, metade alma, metade homem, metade animal, máquina e fluxo, material e signo. Guattari se refere ao sujeito como "maquínico", com "um sentido que implica um duplo processo autopoiético, criativo e ético-ontológico (a existência de uma matéria de orgulho), alheio ao mecanismo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O sujeito de Guattari é o ser como puro continente vazio e prévio a todas as modalidades de existências possíveis. Este ser é desde o começo autoconsistência, auto-afirmação, existência para si desdobrando relações particulares de alteridade. Este sujeito é corpo concedido como interseção de componentes autopoiéticos parciais, com configurações múltiplas e mutáveis que, simultaneamente trabalham juntas e independentes: corpo próprio especular, o corpo fantástico, o soma biológico e orgânico, a si mesmo imunológico, da identidade da *persona* no interior dos ecossistemas familiares e ambientais, os rastros coletivos, os Ritornelli Míticos, religiosos e ideológicos.

Para Boff (1999), o sujeito é o ser-no-mundo-com-outros, sempre se relacionando, construindo seu *habitat*, ocupando-se com as pessoas, dedicando-se a aquilo que lhe representa importância e valor e dispondo-se a sofrer e a alegrar-se com quem ele se sente unido e ama. É um ser do cuidado.

Para nós, os sujeitos imaginados, intuídos, sentidos, pensados, refletidos, racionalizados e descritos por estes três autores representam integralmente o nosso cliente de enfermagem, principalmente, porque todos são a expressão dos seres humanos conforme a imaginamos, procuramos entendê-la e assim a aceitamos.

CONCLUSÃO

A partir dessas noções de CORPO, SUJEITO, MOVIMENTO/TEMPO, TRABALHO em SAÚDE e ESPAÇO/TERRITÓRIO de CUIDAR, acreditamos ter fundamentado a ENFERMAGEM CLÍNICA e explicitado nosso entendimento sobre a MISSÃO da enfermagem a qual envolve: Um SABER; Um FAZER; Um ALVO; Um TERRITÓRIO; Uma ESTRATÉGIA e TECNOLOGIAS. Portanto, a Missão da enfermagem é ATINGIR UM ALVO — o SUJEITO do CUIDAR — O CLIENTE.

Esta fundamentação nos permitiu concluir que: O CUIDAR se revela em atividades interligadas e destinadas à:

— promoção e educação para a saúde/ bem-estar, bem viver e sentir-se confortável; manutenção e/ou recuperação da saúde nas dimensões do ser (física, mental, emocional, intelectual, espiritual, social cultural e laboral); prevenção e recuperação de doenças/mal-estar e/ou reabilitação dos danos/ seqüelas causados pela doença/mal-estar.

Este cuidar exige:

— um TEMPO não linear,
— MOVIMENTOS CORPORAIS de quem cuida (CORPO DE ENFERMAGEM) e de quem é cuidado (CLIENTE);
— um ESPAÇO/TERRITÓRIO — Ambiente terapêutico onde se encontra o alvo do cuidar;
— ESTRATÉGIAS para aplicar os instrumentos de ação da enfermagem que envolvem técnicas/tecnologias e modelos de cuidar em dimensões concretas e absolutas.

Entretanto, esta missão deve ser apreendida desde a formação educacional pois ela envolve, sobretudo, "missionários"/profissionais conscientes e engajados para o cumprimento da missão do cuidar, razão do existir enfermagem.

Pensar numa ENFERMAGEM CLÍNICA caracteriza-se como um DEVIR, NASCIMENTO de outra ordem, de outra identidade, de outra conceituação e ou instituição. A instituição de uma enfermagem há muito idealizada e ainda não conformada no contexto hospitalar. Isto porque, ainda hoje, ensinamos (o que aprendemos) como enfermagem médico-cirúrgica: enfermagem(ns) de clínica médica geral, cardiológica, oncológica, oftalmológica, ginecológica e outras, como áreas do conhecimento do nosso saber e fazer e/ou do nosso fazer para complementar as ações médicas?

Entretanto, é assim que estes saberes/disciplinas são programados e inseridos nos currículos da nossa área de conhecimento. Assim, surge uma questão que nos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

incomoda: o que é, o que mudou e o que permanece como saber e prática de enfermagem hospitalar? Além de aplicar o saber médico, o que fazemos quando cuidamos do cliente? Poderíamos responder: nada e tudo ao mesmo tempo como uma resposta que nos induz a pensar em dois disfarces a nos levar por sinuosos desvios de conceitos, porque os enraizamentos de saber sobre ENFERMAGEM CLÍNICA começam agora.

Um dos desvios está em revermos uma prática voltada, há anos, para o ATO MÉDICO, como: cumprir ordens e prescrições médicas, ler, organizar e registrar em prontuários médicos, encaminhar os documentos que assinalam e comprovam a permanência hospitalar do cliente, segundo os registros de vários profissionais da área da saúde, para o arquivo médico e, por fim, estudar disciplinas médicas onde o sujeito do cuidado — o cliente — não se inscreve para o ATO de ENFERMAGEM que é o cuidado.

Um outro desvio é o de pensarmos que o sujeito do nosso cuidado é sempre o da doença/o doente (cardiopata, diabético, renal, psicótico, cirúrgico, clínico, urológico); um ser compartimentado, dividido em órgãos e sistemas anatomofisiológicos; e não o sujeito/ser humano total, integral e integrado. Então, acorda, enfermeira(o)! O que está em (des)acordo com o nosso discurso desejado como humanista?

Explicamos nosso entendimento ao dizer que as doenças permanecem as mesmas, com os mesmos sintomas, como no caso da diabetes — que será diabetes em qualquer parte do mundo. A diferença é que os sujeitos com diabetes são diferentes em suas estruturas orgânica, pessoal, cultural, espacial e dimensões humanas. Podem até usar medicamentos e tecnologias diferentes para combater o excesso de açúcar no sangue excretado na urina, mas a produção de insulina não muda entre eles. O que muda é o modo próprio deles viverem e conviverem com o diabetes e este é o assunto de interesse da enfermagem. Como descreve Teixeira (2000), quais são os desejos do cliente em relação a este viver que estão além das necessidades fisiológicas as quais os enfermeiros identificam e sabem atender tão bem?

Um terceiro desafio é ver nessa profissão uma "face feminina", o que expõe nossos "nervos" e "tendões de Aquiles" quando a comparamos a uma prática doméstica. Pensamos neste enfraquecimento da enfermagem porque nunca discutimos abertamente a questão de gênero, quando falamos simplesmente de homem e de mulher. Nunca nos posicionamos de frente quanto à natureza feminina na prática de cuidar. Refletir sobre isto é lançar uma chama no que entendemos dela e assim queimar uma intimidade resguardada; uma história contida; enfim, uma especial expressão corporal encarcerada nas normas que definem o que é fraco, emocional, desarrazoado — (as mulheres) a ser controlado pelo que é forte, sem "pieguismos", racional — (os homens).

É imprescindível rever este "sujeito mulher" que traz em suas práticas e ações a sensibilidade, intuição, compaixão, amor e solidariedade as quais se expressam diferentemente no sujeito homem pois são ambos que fazem, aplicam seus saberes, sentimentos e emoções na enfermagem clínica.

É fundamental contornar estes desvios, para nele nos colocarmos, sem sucumbir diante da pretensa "fragilidade" desta profissão sempre questionada por estar em construção, ser mais feminina do que masculina e ser mais fazer do que pensar. Refletindo sobre estas fragilidades podemos invertê-las em fortes características da enfermagem. Se ela se destina ao cuidar do ser humano, seus profissionais têm que acompanhá-lo no seu aprendizado sobre o mundo, sobre os outros e sobre si mesmo pois esta é uma obrigatoriedade do nascer/viver, conforme afirma Charlot (1997). Este aprendizado é necessário ao desenvolvimento e crescimento das pessoas, sujeitos e cidadãos (clientes e profissionais). Daí a necessidade de a enfermagem estar sempre em construção, desconstrução e reconstrução.

O quarto e último desvio é o de ultrapassar uma enfermagem médico-cirúrgica encarcerada nos limites institucionais (públicos e privados) para se assumir como enfermagem clínica. Sair do ambiente impregnado de uma cultura médica tal qual é

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o hospital onde "escondemos" a verdadeira missão do cuidar é lutar por uma prática que traz consigo, ao longo dos anos um "mito de subalternidade", sempre entendido como subserviência ao ato médico.

Quanto à ideologia da enfermagem clínica, esta se revela na missão profissional como idéia do que é este cuidar e quais fundamentos teóricos ele possui para que se apresente com características próprias diferenciadas. A idéia de enfermagem clínica repousa, portanto, sobre uma série de fatos e acontecimentos integrantes da história desta profissão. Todavia, a idéia central encontra-se nas Notas sobre Enfermagem de Florence Nightingale (1989) onde ela define esta profissão como:

— ARTE.
— Um JEITO próprio de CUIDAR.
— Um PROFISSIONAL com um MODO próprio de SER.
— Uma PRÁTICA RESTAURADORA fundamentada no ambiente.
— Uma CIÊNCIA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALANDIER, G (1920). A desordem: o elogio do movimento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
2. BARBIER, R. A pesquisa — ação no dominante existencial. Cadernos AMPED. Belo Horizonte, 1993.
3. CHARLOT, B. O saber e as figuras do aprender. In: Du Raport au Savoir — Eléments pour une théorie. Tradução de Jacques Gauthier e cols. Paris: Anthropos, 1997.
4. CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995.
5. BOFF, L. Saber cuidar — a ética do humano — compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes,1999.
6. FIGUEIREDO, N; SANTOS, I; SOBRAL, V; SILVA, Jr. O. O cuidar em saúde: um novo paradigma científico. REBEn. Brasília, v. 5, n.1, 1998.
7. FONSECA, TMG. Gênero, subjetividade e trabalho. Petrópolis: Vozes, 2000.
8. Guattari F. Revolução Molecular — Pulsações Políticas do desejo. Trad. de Suely Rolnik. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 229 p, 1987.
9. GUATTARI, F; ROLNIK, S. Micropolítica — Cartografias do Desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
10. GÓES, F. Nas fronteiras do contemporâneo: território, identidade, arte, modo, corpo e mídia. Rio de Janeiro: Manad/FUJB, 2001.
11. HORTA, W. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
12. LINS, D (org.); BOURDIEU, P; ROLNIK, S; WACQVANT, L. Cultura e subjetividade — saberes nômades. São Paulo: Papirus, 115 p, 1997.
13. LOURAU, R. Análise institucional. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
14. MAÎTRE, J. Sociologie de l' ideologia et entrétien non directif. Revista Francesa de Sociologia. (Tradução). Paris, pp. 248-256, 1975.
15. MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Piaget, 1996.
16. NIGHTINGALE, F. Notas sobre a Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.
17. PRIGOGINE, Y. O nascimento do tempo. Rio de janeiro: Universo do Tempo/Edições 70, 75 p, 1988.
18. SANTOS, I. A instituição da cientificidade: análise institucional e sociopoética das relações entre orientadores e orientandos de pesquisa em enfermagem. Tese de Doutorado em Enfermagem. Orientador: Jacques Gauthier. Rio de Janeiro, UFRJ/EEAN, 1997.
19. SANTOS, I; GAUTHIER, J. Enfermagem — análise institucional e sociopoética. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.
20. SANTOS, M. A natureza do espaço teórico e tempo, razão e emoção. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 308p, 1999.
21. SILVA, AI (org.). Corpo e sentido. São Paulo: UNESP, 1996.
22. TEIXEIRA, E. O desejo e a necessidade. No cuidado com o corpo — uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Tese de Doutorado em Enfermagem). Orientadora: Nébia Figueiredo. Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 2

Ecologia do Ambiente Terapêutico do Cuidar: Interações da Enfermagem para e com Sujeitos/Pessoas

Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Marcio Tadeu Ribeiro Francisco
Teresa Tonini

INTRODUÇÃO

Iniciamos este capítulo com um exercício introspectivo sobre nossa ecologia interna, ou seja, pensando em como lidamos com o que há de mais poluente dentro de cada um de nós, em termos de cargas energéticas de polaridade negativa, ainda que no domínio do subconsciente, visando à interação harmônica com nossos clientes. Para tal, fixaremos âncora no pensamento de Neto (2000) acerca da oitava tarefa de Hércules, mais especificamente, enfrentando a hidra do fétido pântano de Lerna. Com suas nove cabeças, três simbolizando os apetites instintivos relacionados ao sexo, conforto e dinheiro; outras três as paixões emocionais do medo, do ódio e do desejo de poder; e as três últimas, os vícios da mente ainda dominada pela densidade da matéria como o orgulho, a separatividade e a crueldade, a hidra de Lerna sintetiza a resistência indestrutível a qualquer estratégia que não tenha vínculo com o amor e o desapego. Deve-se considerar que uma dessas cabeças é imortal e encerra um segredo que todos deveremos, a certa altura, conhecer.

O verdadeiro poder do ser humano está na sua habilidade de conquistar a si próprio por meio da humildade, de ser capaz de se colocar corretamente diante das situações da vida cotidiana; pois ter coragem é decidir não se desviar do que está acontecendo no momento, isto é, não se dispersar em conjecturas e imaginações. Possuir discernimento é poder ver o que é para ser feito no presente, sem fantasias sobre o futuro ou evocações sobre o passado. Em assim agindo, nós enfermeiros poderemos constatar que nada existe (nem mesmo a hidra) que não contenha a essência benéfica da vida cósmica imortal. Portanto, até um monstro de nove cabeças, que vive no fétido pântano representado pelo subconsciente do ser humano, contém a jóia da vida eterna.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Advertimos, também aos leitores que ao escrevermos ou falarmos de cuidar e de cuidados, sempre pensamos em Florence Nightingale, principalmente quando o tema central do texto envolve ECOLOGIA, diríamos *ENFECOLOGIA*.

— Um neologismo envolvendo três significados: uma enfermagem que se preocupa com os clientes e o meio onde vivem, uma enfermagem que prepara o ambiente para o cliente e uma enfermagem que traz ressonâncias para o ambiente do cuidado.

Isto por que toda a base da ciência de cuidar em Florence está no entendimento de que o ambiente/natureza, como ar, luz, energia, silêncio ou poluição sonora, higiene do ambiente, do corpo e da roupa são os responsáveis pela "cura" do doente que, neste livro passamos a denominar CLIENTE.

— Embora existam controvérsias sobre a denominação de cliente, para designar o tradicional "paciente" nos setores mais conservadores e reacionários da área de saúde, chama-se atenção para o que já levantamos no primeiro livro dessa série, devidamente respaldado pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), além de recentes Portarias do Ministério da Saúde que dispõem sobre adoção de políticas com ênfase na humanização dos serviços de saúde, em face das inúmeras críticas de seus usuários, ou clientes. Como exemplos de que as atuais mudanças não se restringem ao âmbito das terminologias e sim demarcam importante renovação paradigmática na tradicional maneira de conceber os usuários dos serviços/produtos de saúde, a Portaria SAS (Secretaria de Assistência Social do Ministério da Saúde) 202, de 19 de junho de 2001, vem corroborar com o que determina a Portaria nº 881 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 19 de junho de 2001, no que tange a necessidade da criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários dos serviços de saúde, pautada no mais amplo respeito à vida humana, bem como os direitos de cidadania daqueles que, eventualmente, façam uso deles. Da mesma forma que muitos enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde se recusam ao compreender o sujeito do cuidado como cliente, urge adequação ao novo modelo de cultura preconizado pelos Órgãos Oficiais. Agora já não se trata mais de simplesmente "achar" ou não inadequado o uso da terminologia cliente, posto que a questão se encontra respaldada pelo discurso e determinações das instâncias superiores da esfera política.

Neste sentido, propomos neste capítulo a derivação de três hipóteses quanto a existência de:

- Uma Ecologia de Enfermagem.
- Um Eco Ambiente de Enfermagem.
- Um Eco Cuidar de Enfermagem.

Estas hipóteses são a base para uma discussão reflexiva a partir da prática de cuidar que traz informações sobre o que pensamos.

Para manter o estilo ou organização dos volumes da Série Atualização em Enfermagem apresentamos cenas/situações/questões e possíveis respostas, para teorizar sobre o tema ECOLOGIA.

CENA/SITUAÇÃO 1

Estamos no Rio de Janeiro, cidade com mais de 10 milhões de pessoas que circulam em todos os sentidos — para casa, para o trabalho, para diversão, para compras. Pessoas que se locomovem a pé e em vários tipos de transporte tais como o metrô. É uma linda cidade trazendo atrás das cenas "normais", toda uma conjuntura

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

que os cartões postais não mostram, como o alto grau de poluição ambiental, o desemprego, a miséria, a violência, o preconceito. Os rios e mares estão poluídos em sua grande maioria. A atmosfera é por demais densa, em função dos altos índices de gases e poeira tóxica, lançados quase sem controle, tanto dos seus milhões de veículos, quanto das inúmeras chaminés ou torres industriais. Outro fator agravante é a poluição sonora que atinge índices bem acima dos decibés recomendados como limite pelos órgãos oficiais de controle ambiental.

QUESTÕES: — O QUE A ENFERMAGEM TEM COM TUDO ISSO?

— POR QUE INSISTIR NUMA *ECOLOGIA* DE ENFERMAGEM?

Diríamos que somos seres vivos e parte indissociável do organismo vivo que é a terra e, por isso, tudo que diz respeito ao seu equilíbrio nos interessa como sujeitos e profissionais de saúde. Dentro dessa perspectiva lembramos da advertência de Boff (2000, p. 90):

> *"Hoje, o maior desafio nos vem da ecologia social (que se preocupa com a pobreza/desenvolvimento/comunidade de vida), que é a mais violada de todas, porque dois terços dos seres humanos não têm sustentabilidade em sua vida. Atualmente o ser mais ameaçado da criação não é o mico-leão-dourado, não é o uirapuru, nem o ursinho panda da China, mas o ser humano pobre, condenado a morrer antes do tempo."*

Esta reflexão muito nos interessa, considerando que nossa prática social está voltada para a preservação da vida e saúde dos seres humanos, como enfoque principal. Ademais, acreditamos ser fundamental atentar para a lei suprema do universo — a da solidariedade cósmica — atentos a nossa parcela de responsabilidade para salvar essa nave espacial azul e branca, o planeta Terra, apesar de seus escassos recursos e de seu equilíbrio tão fragilizado, nossa maior tarefa agora é investir e acreditar nas suas potencialidades, ainda que cada um comece a construir o novo a partir de onde se está, enfim, fazendo o que Boff denomina nossa revolução molecular.

MAS O QUE É ECOLOGIA?

Sabemos que o discurso sobre a ecologia tem apenas 20 anos e surgiu como fenômeno mundial. De repente, todos do planeta começaram a se preocupar com os destinos da terra e de um modo não muito claro, todos queriam proteger a natureza, com o discurso de que ela era e/ou é patrimônio da humanidade. As questões que envolvem o tema ECOLOGIA são muitas e todas elas trazem embutidas ambigüidades que criam dificuldades de como ela acontece e para quem serve esta preocupação com a natureza.

Enquanto uns estão atentos aos perigos das catástrofes, de como será o mundo no futuro, como conviverão as pessoas num mundo hostil, com violências de todas as formas, muitos tentam pensar em saídas para cuidar e preservar a vida do planeta. Nós estamos buscando saídas para cuidar dos outros com o mesmo entendimento, já que o (des)cuidar pode trazer sérias ou graves conseqüências para quem recebe os cuidados, podendo também representar um ato de hostilidade, de violência para com o outro.

Outros pensam na natureza como algo que vai lhe privilegiar quando passeiam juntas pelas florestas e matas virgens, escalam montanhas, fazem dos rios trilhas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

esportivas. Procuram os ambientes naturais para sair do barulho da cidade, da confusão, do trânsito, para um isolamento passageiro e assim revigorar-se, novamente, para enfrentar o dia-a-dia. Nós queremos encontrar na ecologia uma forma de devolver o cliente, o melhor possível, para que ele possa se sentir o mais próximo de seu habitat natural, inclusive seus objetos e escolhas pessoais, que lhe faça sentir bem na companhia da família e/ou pessoas significativas, além de informado sobre o seu trabalho e sintonizado com a sociedade.

É notório que o discurso da ECOLOGIA — enquanto corrente de pensamento que se pretende dimensionar na prática cotidiana da vida em sociedade —, implica a escolha de certos valores, padrões, nem sempre enquadrados nos modelos de cultura e até mesmo no jogo de interesses predominante em determinados seguimentos da sociedade, quando não, absolutamente antagônicos aos meios de produção, sustentação e distribuição de víveres. Exato, por isso, constitui-se tema a ser discutido dentro de um contexto maior, com muita cautela e partindo do geral para o específico, embora, muitas vezes não se encontre consenso, tendo em vista a complexidade e diversidade das questões envolvidas. Haja vista as divergências da sociedade contemporânea no que tange às dificuldades de se chegar a um acordo internacional, delimitando parâmetro quanti/qualitativo das substâncias poluentes lançadas na atmosfera do planeta.

As nações mais industrializadas e, conseqüentemente, as mais ricas do ponto de vista econômico, insistem com a alegação de que não podem comprometer os interesses dos investidores internacionais do setor industrial. Os países em desenvolvimento, por sua vez, promovem grandes queimadas nas suas reservas florestais, alegando a necessidade de expandir a agricultura. Enquanto às nações mais pobres do planeta resta a mais absoluta miséria da população, exposta a doenças já erradicadas noutras partes do planeta e tendo que sobreviver em condições bem abaixo daquilo que se delimita como limiar de pobreza.

Dentro desse contexto conflituoso e cheio de contradições a Enfermagem atua nos mais distintos ambientes, conjunturas, e não pode, tampouco deve se omitir, até porque nosso *locus* de práxis essencial é o ambiente e seus reflexos na qualidade de vida e saúde das pessoas que vivem neles. Portanto, é bom esclarecer que nossa parcela de responsabilidade é bem maior do que a habitualmente suposta pela maioria dos militantes na profissão.

Ao que nos parece esta preocupação deveria interessar a cada um dos sujeitos que compõem a enfermagem, mas temos de reconhecer que em seu contexto como profissão/instituição isto não está claro, tampouco definido em termos gerais e/ou específicos. Diante desta afirmativa fazemos alguns questionamentos:

— O que é ecologia para a enfermagem?
— Como profissionais de enfermagem temos consciência ecológica?
— Quais são as coisas e os animais que nos interessam na natureza?
— De que movimentos participamos para manter a qualidade de vida no planeta?
— Em que ambiente transitamos e trabalhamos?
— Quem queremos proteger no planeta terra?

Tentaremos responder estas questões e colocar outras na *primeira* hipótese:

Existe uma ECOLOGIA de ENFERMAGEM

Os profissionais do cuidar são sujeitos comuns, que fazem parte da sociedade. Eles possuem cultura e costumes, geram recursos, trabalham, pagam suas dívidas e impostos. Portanto, são sujeitos ecológicos, porque vivem num ambiente, relacionam-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

se concreta e subjetivamente e cuidam mais de um do que de outros animais da natureza — terra, o HOMEM e a MULHER em seus diferentes movimentos evolutivos.

Atualmente sabemos que ECOLOGIA envolve diversos e variados interesses de diferentes domínios como:

- *ciência, técnica, economia, direito, liberdade;*
- *controle* e *proteção* do ambiente.

Tradicionalmente, a enfermagem em seu discurso e prática concebia o *ambiente* restrito aos ínfimos espaços de prestar cuidados em nível institucional, onde ao doente cabia nada mais que seu leito e as laterais exclusivamente planejadas para aqueles que se movimentam na vertical, além de pequeno armário de cabeceira para acomodar seus pertences. Enfim, seu mundo passava a representar o que se compreendia como "unidade do paciente" e os sujeitos do cuidado de enfermagem tinham que se comportar pacientemente. Até porque os enfermeiros, assim como demais profissionais de várias áreas do conhecimento humano, pouco conheciam acerca dos problemas ecológicos, muito menos ousavam aplicar aos seus territórios de saber e fazer.

Há pouco tempo começamos a pensar e a escrever sobre uma ECOLOGIA fundamentada em teóricos de vanguarda, como Leonardo Boff, Felix Guattari, Pierre Alphandery e cols. e Maria Mies e Shiva. Neste capítulo, queremos compartilhar com os leitores o nosso entendimento sobre este assunto.

Destacamos o alerta de Guattari (1995) para as transformações técnico-científicas onde se engendram fenômenos de desequilíbrios ecológicos os quais deverão perturbar significativamente os modos de vida humanos. Para o autor é preciso atentar para as deteriorações que ele chama de "Gangrena", as quais acabam com a vida doméstica e do planeta, por meio da *mídia* que padroniza tudo que devemos fazer; pela *subjetividade* que está "comprometida numa espécie de movimento geral de implosão e infantilização regressiva" a partir de sua exterioridade social, animal, vegetal e cósmica; pelas formações *políticas* e instâncias *executivas*, que são totalmente incapazes de "aprender essa problemática no conjunto de suas implicações".

A propósito do pensamento de Guattari, apesar de não mencionar diretamente a enfermagem, até porque sua intenção é abrangente e não direcionada a uma área de conhecimento específico, ele revela um discurso que se aplica como uma luva aos contextos da prática de cuidar nos ambientes hospitalares. Este pensamento traz como escopo toda e qualquer ação envolvendo interações humanas, sendo assim substancialmente relevante para o cotidiano de cuidar por nos incitar a refletir melhor sobre as técnicas rotineiras aplicadas no fazer enfermagem.

Embora incipiente no âmbito da enfermagem, a ecologia enfocada no contexto planetário e cósmico, já podemos vislumbrar a emergência de alguns movimentos para tomada de consciência destes profissionais, a começar no ensino com a inclusão de conteúdos discutidos e refletidos nos programas dos cursos de graduação, especialização e pós-graduação. Nada que possa ser generalizado, por certo. Contudo, os freqüentes movimentos da mídia denunciando os altos níveis de poluição do ar, das águas, dos alimentos e do próprio equilíbrio planetário, repercute direta ou indiretamente na obrigação de contemplar reflexões acerca do tema em suas relações com as práticas de cuidar da enfermagem.

Se os perigos que ameaçam o meio ambiente são os mais intensos, é natural que a enfermagem esteja atenta a eles. É no ambiente que os sujeitos do cuidado, sadios ou doentes, se encontram e tudo que é danoso ao ambiente é danoso às pessoas que nele vivem. Para Guattari (1995), a saída para a compreensão-ação de uma ecologia, que se preocupa com os danos industriais que nos ameaçam como sujeitos e aos nossos ambientes, é a de articular ÉTICA e POLÍTICA que ele chama de ECOSOFIA, e nesta

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

articulação ele inclui três registros ecológicos que são o *meio ambiente*, o das *relações sociais* e o da *subjetividade humana*.

São sujeitos que estão na prática de cuidar, pois o cliente e a enfermagem estão num macro e microambiente onde vivem e trabalham; nesta prática, é impossível não se relacionar e não dizer que estas relações são sociais, pois os profissionais e os sujeitos do cuidado são da sociedade e finalmente convivem, muitas vezes, sem compreender, com a subjetividade que é humana e está em cada um de nós.

Se a enfermagem é ecológica, ela não pode, atualmente, pensar só no ambiente onde o cliente está, mas numa série de atividades, como *pensar* num mercado mundial que designa e destina produtos e tecnologias que usamos no cuidado, desde o sabão que lavamos as mãos até os materiais dos transplantes e das clonagens; *pensar* em valores que colocam no mesmo plano todos os bens, como os culturais, os materiais e os naturais; *pensar* nas relações sociais que já não são mais racionais, mas internacionais, intermediadas por "máquinas política e militar" Guattari (1995, p. 10); *pensar* que nossas chances como País de Terceiro mundo estão e são diminuídas a cada dia no que diz respeito a bens materiais, a moradia, a educação, a atenção à saúde; *pensar* nos marginalizados, os diferentes, os abandonados como crianças e adultos de rua; e finalmente, porque não *pensar* nos jovens e nos idosos "esmagados nas relações econômicas dominantes, que lhes conferem um lugar cada vez mais precário e mentalmente manipulado pela produção de subjetividade coletiva da mídia" como afirma Guattari (1995, p. 14).

Neste sentido, pensar numa ECOLOGIA de Enfermagem, não porque ela merece ter uma, mas porque precisamos saber como integrá-la na profissão como fundamento para proteção da *natureza* ou do *ambiente* do cliente. Quanto a estes dois termos, Alphandery; Bittoun; Dupont (1991) alertam-nos para não corrermos o risco de fragmentá-los ao dizerem que a NATUREZA é um quantificador que se atém à salvaguarda dos ecossistemas e dos grandes equilíbrios planetários. Enquanto o AMBIENTE retoma uma idéia muito antiga, segundo a qual a felicidade humana não se encontra apenas na acumulação de bens materiais mas também nos prazeres estéticos e no refúgio espiritual que proporciona uma relação mais direta com a natureza.

Atualmente, segundo os autores, o termo ECOLOGIA baseia-se na idéia implícita de que se poderia,

> *"... lutando contra as poluições mais graves, e entrando num acordo sobre uma gestão razoável dos recursos naturais, reencontrar uma linguagem comum a todos os homens na proteção das espécies animais e vegetais, das florestas, da Antártida e de todos os meios particularmente sensíveis".*

Este pode ser um micropensamento, quando cuidamos do ambiente onde o doente se encontra, quando pensamos em sua proteção contra iluminação, temperatura, ruídos e limpeza inadequados. Mas não é só isso. A evolução de nosso pensamento sobre ecologia é tímida. Não há em nossa prática nem em nossa teoria a busca de regras ecológicas que estejam contidas na ação de cuidar. Estas regras poderiam mostrar um sentido novo para o que entendemos sobre ambiente e quem sabe abreviarmos um caminho para sermos parceiros e parceiras na perpetuação da viabilidade da biosfera e da manutenção da diversidade dos ecossistemas.

O ambiente do cuidado está inserido no ecossistema hospitalar que, por sua vez, é parte de uma política social de saúde de um município, estado, país. Essa linha de raciocínio demonstra o quanto precisamos despertar para uma consciência ecológica, uma vez que enquanto profissionais de saúde, temos, também, a possibilidade de mobilização da sociedade que está sob nossos cuidados, assegurando assim uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de nossas missões que é ensinar/educar. Desse modo novas questões surgem: Como começar ensinando os jovens e futuros enfermeiros a amar a natureza em todas as suas formas? Como abordar nos conteúdos de ensino que a preservação da natureza e o equilíbrio planetário são condições essenciais para a continuidade dos ciclos vitais dos reinos mineral, vegetal e animal?

Questões que poderiam ter como princípio os movimentos ecológicos de nível internacional, como o GREEN PEACE, entre outros, capazes de mobilizar a opinião pública mundial contra a manipulação de dados estatísticos oficiais, em favor de grandes e poderosos grupos econômicos que se servem da exploração indiscriminada dos recursos naturais do planeta. Organizações não-governamentais que defendem a tese de que o planeta Terra é constituído de espaço para toda forma de vida.

Assim, a procura de uma identidade ecológica para enfermagem enquanto prática que inclua uma vocação científica, política e social no âmbito da saúde dos homens e mulheres, animais de um ecossistema maior, é apenas a ponta de um imenso *iceberg,* considerando nosso compromisso maior, ou seja, o de contextualizá-la na ordem planetária e cósmica.

Por ora, no entanto, acreditamos premente conceber o enfermeiro no exercício do papel do ecologista da saúde, aquele profissional que precisa pensar em processos muito mais amplos e ousados do que os tradicionais de sua prática, tendenciosamente biológica, mas algo que se dimensione em movimentos de proteção à natureza e aos sujeitos que nela habitam, como um todo indissociável. Intuímos que ao exercer tal postura, os desdobramentos mais complexos, como a ordem planetária e a consciência cósmica, emergirão espontaneamente como as flores na primavera.

Nos parece fundamental acreditar que a nossa prática de cuidar deva se adequar ao que é moderno e aos direitos dos cidadãos, e assim pensar numa *ecologia cidadã* e numa ecologia *política* a ser incluída nos programas de enfermagem. Se a enfermagem pode ser uma prática ecológica, não pode se furtar de pensar e exercer uma consciência ecológica. Assim pensamos na Cena/Situação 2.

CENA/SITUAÇÃO 2

... nos corredores do hospital circulam doentes e profissionais construindo uma teia de movimentos concretos e subjetivos. Alguns sabem o que têm e que exames vão fazer; outros não. Encontram-se a espera de diagnósticos nem sempre esclarecidos. Todos vivem temporariamente no ambiente hospitalar e estão nos seus diversos espaços, um deles chamado de enfermaria. As camas onde se deitam, na maioria das vezes estão muito próximas umas das outras, os banheiros ou utensílios pessoais para este fim não são adequadamente higienizados. A roupa de cama só é trocada quando há roupa suficiente. Não é costume dos diretores pintar o hospital e nem os móveis e por causa disto estão sempre sujos e mal de aparência. É comum encontrar fixados pedaços de esparadrapos nos suportes de soro, nas camas e, em alguns casos, encontram-se restos de resíduos ou humores de corpo doente nas grades e colchões. Não é costume se utilizar corretamente da iluminação, da aeração e do calor ambiental... estas situações são comumente encontradas no serviço público, que apesar de possuir um grande número de funcionários, o controle do processo de trabalho, de qualidade dos serviços, dos gastos públicos e do gerenciamento dos recursos, de um modo geral, não tem sido considerado como prioritário e como rotina.

Esta cena está ligada à segunda hipótese — existe um ECO-AMBIENTE de enfermagem. Como afirmamos anteriormente, a preocupação com o ambiente pela enfermagem se limitava, e/ou ainda se limita, ao espaço onde o cliente está — enfermaria com os seus móveis (cama, mesa de cabeceira, escada, cadeira e mesa de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

alimento) e com os pertences pessoais (comadre ou patinho, escova de dentes, bacia, cuba e copo). Acreditar que o cliente é, também, um microorganismo criando suas redes políticas, sociais e biológicas no cosmo e na terra, depende de uma outra consciência, de um outro ensino, de uma outra prática, que é planetária como diz Boff (2000) — o processo de mundialização se dá pela via do mercado, do político, da estratégia militar, da tecnociência da comunicação e da espiritualização e com isso surge um outro novo tipo de consciência que é de uma nova lógica, a da complexidade e uma nova cosmologia.

O cliente internado numa enfermaria é parte do todo do universo, pois ele é filho ou filha da terra — terra (Gaia) como realidade viva (planeta azul e branco). Internado ou em qualquer tipo de circunstância, ele mantém, preserva, traz consigo bagagem pretérita — resultado de suas experiências na matéria na forma de forças e "energias ancestrais que estão atuando no universo há bilhões de anos". Dizemos que o sujeito do cuidado é o sujeito do mundo e portador de uma complexa relação com o universo material, imaterial, objetivo, subjetivo, que o cerca, assim como nós, enquanto prestadores de cuidados e sujeitos, parte ou contraparte da mesma realidade.

No pensamento micro, o espaço hospitalar do cliente deve ser revisto, iluminado, alegre, cheiroso como ambiente físico com roupas suficientes, sem barulhos e com oportunidade de o cliente ser o cidadão que é fora do hospital. São reflexões iniciais que devem ser exercitadas para se saber qual é a influência que o ambiente causa nos corpos que cuidam e que são cuidados. Temos aguçado nossos olhares, ouvidos, olfato, nossa comunicação e nosso tato para pensar que existe um ECO-Ambiente de enfermagem e, ao mesmo tempo, queremos fazer isto com vocês (leitores e leitoras) para que se acostumem com esse pensamento, com esta prática, que ainda é míope, tímida, desconhecida como prática, mas bastante falada como teoria.

Nos parece que há ou emerge uma sintonia, com o novo entendimento de espaço e de movimento. Quem sabe, uma sinfonia do CUIDADO × AMBIENTE e assim criar um esforço de unificação desta idéia.

A prática de enfermagem deve transformar-se no que diz respeito ao que pensamos saber sobre ambiente no qual todos somos espectadores, todos criamos e percebemos imagens. As imagens criadas no ambiente da prática de cuidar se projetam, se comunicam e se assim pensamos, estamos "tentando" transformar velhas tradições, pois achamos que no ambiente do cliente se manejam: informações, técnicas e tecnologias, toca-se o outro através dos sentidos; solidariedades, desejos e necessidades.

Destacamos que é preciso não esquecer que os nossos clientes estão cada vez mais pobres, e de certa forma ligados à sobrevivência e ao trabalho do dia-a-dia. Por isso é necessário pensar não só no ambiente hospitalar, mas ajudá-lo a pensar nisto como preocupar-se com: higiene, esgoto, serviço de água e gás, transporte, escola, moradia, serviços de saúde, segurança (conforto) e espaços de lazer. Mas que ECO-Ambiente de enfermagem é esse? É em primeiro lugar cuidado com o AMBIENTE onde o cliente está, que se transforma em seu mundo de viver enquanto está internado, mas que é parte do hospital e este é parte da sociedade que está no mundo. Isto significa dizer que é preciso olhar este mundo de vários prismas, transcender a idéia de utensílios e móveis do cliente, de roupa, e ligá-lo a tudo que acontece a sua volta.

A idéia de ambiente do cliente como um espaço no hospital é entendida por Santos (1999), como "um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações". Diríamos sistemas de técnicas e tecnologias e sistemas de ser, de ter, de saber, de fazer. Para o autor, estes sistemas têm suas categorias próprias e que podem ser entendidas como a paisagem, a configuração territorial (do hospital) a divisão do território do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as singularidades e as formas-conteúdo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Também nos é impossível pensar em espaço sem tempo: espaço de cuidar; tempo de cuidar; pois nele existem movimentos que são inseparáveis do corpo que cuida e do corpo que é cuidado, onde os procedimentos e as técnicas apenas unem os dois; técnicas utilizadas como medidas de quantidade e de qualidade. Segundo Santos (1999, p. 45), "o espaço do trabalho contém técnicas que nele permanecem (tempo) como autorização para fazer isto ou aquilo, desta ou daquela forma, neste ou naquele ritmo, segundo esta ou outra sucessão".

Isso para ele é entendido como: trabalho supõe o lugar, a distância supõe a extensão; o processo produtivo direto é adequado ao lugar, e a circulação é adequada à extensão. Essas manifestações de espaço unem-se no uso do tempo. É no espaço do cuidado que a equipe de enfermagem faz o seu processo de trabalho que também tem uma divisão social; é nele que ela produz o cuidado; que ela circula, que se comunica, que faz o exercício de sua política, que expressa suas crenças, que brinca (para o lazer) e cria condições de trabalhar e viver bem.

Este ECO (espaço) Enfermagem é configurado, territorialmente, onde se divide em espaços de poder e de trabalho, que pode ser formado de solidariedade e de contraditoriedades, com seus "*objetos* cada vez mais artificiais que exigem *ações* igualmente imbuídas de artificialidade, e cada vez mais tendentes a fins estranhos ao lugar e a seus habitantes" (enfermagem e clientes), conforme exemplificamos na Fig. 2.1.

Segundo Santos (1999, p. 51), os objetos só têm razão de ser se estiverem ligados às ações (humanas) e estas por sua vez se ligam a eles se chegamos às ações. Assim podemos pensar na terceira hipótese que é:

Existe um ECO-CUIDADO de enfermagem, que se inicia com a CENA 3.

Eco-Cuidado

No texto de Santos sobre espaço, os objetos não têm realidade filosófica e não se permite conhecimento, só se eles estiverem ligados às ações e/ou, como nós pensamos, se o objeto for sujeito (objeto-sujeito). No entanto, parece que é importante dizer que o autor faz uma reflexão entre objetos e coisas, a coisa seria produto de uma elaboração natural e o *objeto* produto de uma elaboração social, isto é, a primeira seria um dom da natureza e o segundo seria resultado do trabalho. Se pensar intuiti-

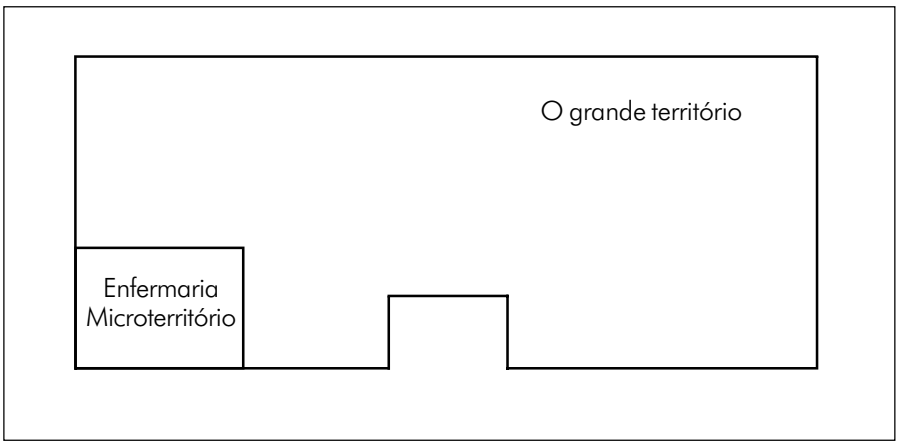


Fig. 2.1 — *O território do cuidar de clientes hospitalizados. Rio de Janeiro, 2003.*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vamente, ele nos diz que cada vez mais os objetos tomam lugar das coisas, pois inicialmente tudo era coisa, enquanto que hoje tende a ser objeto. Leia o rodapé de seu livro na pág. 53 se você quiser saber mais sobre a questão dos objetos e das coisas.

> *... o senhor J.R.C. com 58 anos, internado no hospital x, no leito 14 merece atenção e ações específicas e diversificadas de cuidados. Sua situação é de risco, pois é portador de ICC, deve manter-se imóvel no leito. Isto significa que todos os cuidados com o corpo e com o ambiente são feitos pela enfermagem. Como trabalhador de empreiteira, não se conforma com a doença e nem com a passividade de seu corpo que não pode se movimentar; tem edema generalizado (anasarca), está dispnéico. Não gosta do leito onde está, pois não tem janelas e ele diz precisar ver o movimento da rua para se sentir melhor. Não consegue dormir à noite porque a enfermagem fala alto e está sempre em movimento, acendendo e apagando a luz. O cheiro do éter que exala do carro de curativo próximo do leito o incomoda. Sente dor no local da infusão venosa e se sente incomodado, desconfortado quando uma mulher vai lhe fazer procedimentos íntimos...(...)...*

Esta é apenas uma das diversas cenas que presenciamos durante os trinta anos de trabalho, tanto prestando cuidados na condição de enfermeiros, quanto ensinando jovens estudantes a prestar cuidados no exercício da função docente de enfermagem.

É importante enfatizar que vivemos por muito tempo reagindo à idéia de que o leito era do outro e, por isso, não poderíamos mudar o cliente de leito (espaço) e/ou criar estratégias para atender aos seus desejos (e não só às necessidades dos clientes). Segundo Guattari (1995, p. 15), deveríamos nos debruçar cada vez mais sobre a situação do cliente para criar dispositivos de produção de subjetividade, indo no sentido de uma singularização individual (cliente) e/ou coletiva (cliente e enfermagem), ao invés de ir no sentido de uma imagem (as normas do hospital e da instituição médica), provocando desolação e desespero (do cliente quando desconfortado). Para o autor esta é uma questão ético-política que é do mesmo porte do racismo. Nos parece que ele nos apóia ao indicar que resolver estas questões é buscar criações artísticas libertadoras do sistema instituído (de mercado, diz ele) e assim criar "uma pedagogia capaz de inventar seus mediadores sociais".

ECO-CUIDADO de Enfermagem envolve questões da existência humana e um olhar diferente para "novos contextos históricos". Seria um cuidado que Guattari chama de ecosofia social, que é a de desenvolver práticas específicas que tendem a modificar e a reinventar maneiras de ser (cuidado de enfermagem) no seio social do casal, da família, do contexto urbano, do trabalho etc.

Não podemos esquecer que a profissão enfermagem requer muito mais a polaridade feminina do ser humano para o seu desempenho, portanto, nada mais óbvio de que a maioria dos seus exercentes seja do gênero feminino. Então, podemos considerar que existe um ECO-CUIDADO (feminino) de enfermagem. Esta afirmativa traz Mies; Shiva (1993) para nossa discussão, quando diz que o gênero e a diversidade estão relacionados de várias maneiras. Ao afirmar que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, de mulheres exercendo o cuidado, estamos tentando mudar a visão de mundo que ainda é masculina, de que eles ainda são a medida de todos os valores e que nós mulheres, ainda, nos espaços hospitalares, não temos espaço para diversidade; temos apenas para hierarquia; que ao cuidar, não produzimos nada, uma lógica, ao nosso ver, distorcida, perversa, estigmatizadora, e que tem nos tirado a possibilidade de mostrar e demonstrar que estamos no caminho da biodiversidade — diversidades de cuidados para os seres humanos sob nossa responsabilidade e sob a ótica ecológica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Também podemos ousar dizer que a questão de uma enfermagem feminina precisa incluir o masculino também, considerando que em essência o que está em questão não é o gênero dos sujeitos, mas, sobretudo as polaridades masculina e feminina da condição humana traduzidas em virtudes e amor absoluto. A propósito, os avanços nas relações de trabalho no mundo moderno já sinalizavam para uma mesclagem nos espaços de profissões tradicionalmente demarcadas por um ou outro gênero, como a medicina, engenharia, nutrição, serviço social e ocupações como motoristas de caminhão, ônibus, tratores, babás etc. Sinal que o novo milênio pode trazer muito mais igualdade entre os gêneros.

Portanto, para nós a hipótese de que existe um ECO-CUIDADO de enfermagem é de que as ações são femininas e por isso a lógica desse cuidado é a biodiversidade que, segundo Mies e Shiva (1993, p. 216), é

> *"ajudar a contemplar as estruturas dominantes a partir de baixo, da base da diversidade, o que revela que as monoculturas (apenas as mulheres) são improdutivas e que o conhecimento (de melhor) que as produz é primitivo em vez de "sofisticado";*

por isso não há diversidade. Esta, segundo a autora, em muitos aspectos também, diríamos, pode ser a base política das mulheres. E a *política da ecologia* e a *política do gênero* é sempre a política da diferença e assim, "quando estas duas políticas de diversidade convergem, quando as mulheres e a biodiversidade se encontram nos campos e na floresta, em regiões áridas e nas terras úmidas", tudo muda.

De acordo com essa perspectiva, tudo indica que a enfermagem guarda ações de biodiversidade de cuidados, pois no espaço do cliente, ela produz, reproduz, consome e conserva essa biodiversidade. Além disso, existe uma preocupação da profissão enfermagem por ecologias mais sensíveis que envolvem o SUJEITO que ela cuida, tanto no que diz respeito ao que é concreto — razão quanto ao que é subjetivo — emoção.

Concordamos com Guattari (1995) ao falar de uma *ecologia mental*, referente ao pensar ou "reinventar a relação do sujeito com o *corpo*" e lembramos da proposta de Figueiredo (1998) sobre a enfermeira como instrumento do cuidado, quanto: "com o fantasma, com o *tempo* que passa, com os *'mistérios'* da vida e da morte" (o grifo é nosso). Quem sabe as ações de cuidar-ecológico envolve CORPO, TEMPO, ESPAÇO E MISTÉRIO, se pensarmos como Guattari: "procurar antídotos para a uniformização midiática e telemática, o conformismo das modas, as manipulações da opinião pela publicidade, pelas sondagens". Para o autor, isso é uma maneira de operar se aproximando mais das maneiras dos artistas do que da dos profissionais, "sempre assombrados por um ideal caduco de cientificidade".

Isto também implica um entendimento de sujeito do ECO-CUIDADO, para o qual não basta só pensar "penso, logo existo", mas um sujeito, tanto o que cuida como o que é cuidado, que acredita que existem, "inúmeras maneiras de existir fora da consciência". É, como afirma Guattari (1995): o sujeito advém do momento em que pensa, obstina-se em apreender a si mesmo. Se assim o faz ele "deixa de se enganchar nos territórios reais da existência, os quais por sua vez derivam uns em relação aos outros, como placas tectônicas sob a superfície dos continentes".

A enfermagem cuida por meio de objetos e de ações que na linguagem de Santos (1999, p. 56) são estruturados e funcionais, isto é, um está relacionado ao repertório de funções que podem ser combinadas no seu uso (cuidados diretos e cuidados indiretos que podem ser realizados através de gerência, supervisão, controles ou toques, procedimentos, tarefas). Os objetos funcionais envolvem estatísticas dos usos (do cuidado), o que eles podem oferecer, como usá-los e qual sua complexidade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O ECO-CUIDADO de enfermagem como *ações*, tem outra conotação singular porque os sujeitos de equipe de enfermagem são sujeitos de ação — eles agem sobre si mesmos, sobre os clientes e sobre os outros, conforme-se observa na Fig. 2.2. Mas parece que se utilizam de objetos que estão num dado espaço — "artefatos materiais que podem dirigir as ações" (Santos, 1999, p. 70).

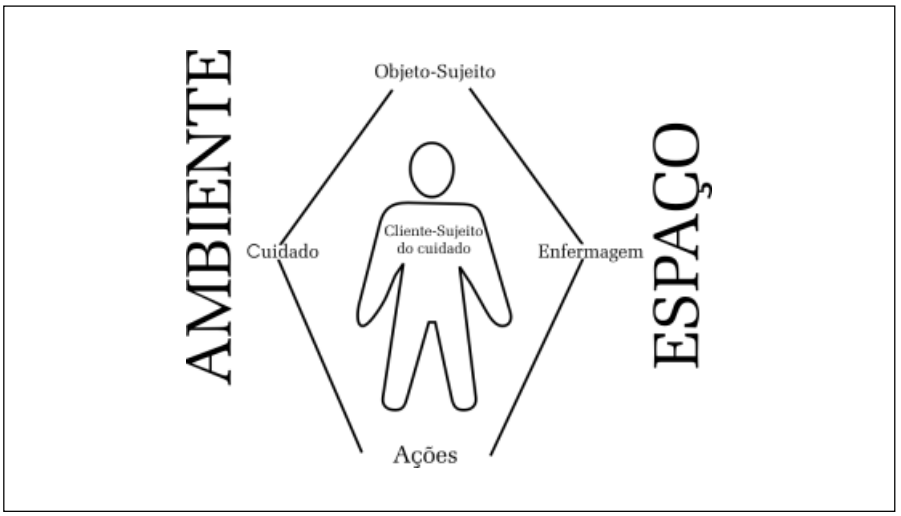


Fig. 2.2 — *O eco-cuidar de enfermagem. Rio de Janeiro, 2003.*

Aqui merece uma colagem de Santos sobre objetos e ação e que fazem parte do fazer da enfermagem. Os objetos em seus discursos são inanimados, "não agem", podem nascer predestinados a um certo tipo de ação e as ações definem os objetos, dando-lhes um sentido em virtude de seu conteúdo técnico.

Por isso, parece-nos importante dizer que o cuidado com os alvos/objetos do cuidar pertence à enfermagem (o cuidar como ação) e depende de ações próprias (cuidar do outro e cuidar de si — o profissional). Portanto, um não é separado do outro. Mostramos neste diagrama nosso entendimento sobre o assunto.

Eco-Cuidar

Então, cliente e enfermagem são sujeitos-alvo/objetos de ação e estão por inteiros no ECO-CUIDAR de enfermagem.

Moles (1972) nos chama a atenção para a dupla dimensionalidade dos objetos como mediadores, pois eles se colocam entre o momento e a sociedade e entre o homem e sua situação material. O doente da situação, preso a um leito, torna-se objeto sujeito do cuidado objeto e ação de cuidar e neste caso o objeto de que tanto falamos se mexe, muda e que tem significados diversos, pois ele traz consigo símbolos e rituais e assim a atividade de trabalhar em saúde pode transformar-se em um trabalho simbólico, mas que tem origem existencial. Portanto concordamos com o autor ao considerar que o significado do objeto provém de sua função.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Finalmente, este ECO-CUIDADO (feminino) de enfermagem traz dentro de sua gênese a biodiversidade que está na cultura das mulheres e na sua preocupação com o ambiente, com as plantas, com o animais, com os outros. Mesmo assim, do mesmo modo do entendimento geral, o trabalho de enfermagem, por estas preocupações, não tem sido nem trabalho como produto e nem científico como a ciência quer.

Mas as práticas criadas pelas mulheres são ricamente sofisticadas e científicas, e só ler a história que as envolve, principalmente na biologia, na agricultura, na criação do estilo de vida e dos filhos, na orientação e administração da família. Não parece que ao pensarmos num cuidado que requer mais da polaridade feminina da condição humana, estamos colocando em xeque a representação arquetípica sagrada da profissão, mesmo reconhecendo que ela precisa, pode e deve ser também exercida pelos homens. Mexer no sagrado nos traz de volta a Mies e Shiva (1993, p. 221), num texto que designa cinco dígitos que podem esclarecer o ECO-CUIDADO como resolução a partir da situação entendida por nós como possíveis ações, decorrentes da cena 2:

— Mudar o cliente de lugar é assumir que o leito é dele e não do profissional (médico);
— Deixar que ele seja cuidado — tocado por um ser humano;
— Encontrar uma janela virada para a rua, a natureza, o movimento;
— Criar um ambiente alegre, mas tranqüilo, discreto, iluminado e sem barulho;
— Pensar em seus desejos e espiritualidades, como intenção de conforto e segurança;
— Manter diálogo e todos os sentidos abertos para ele.

Isto é manter o sagrado que aprendemos com as teorias ambientalistas de Florence Nightingale e humanistas de Virginia Henderson, conforme as descreve Leopardi (1999). Um cuidar de enfermagem que para nós visa ao conforto, bem-estar, bem viver. Um cuidar que promove o contrário é desconfortante, indigno da humanidade do ser e, portanto, é profano.

Assim, adaptamos a concepção teórica de Mies; Shiva (1993) a partir de cenários de suas pesquisas sobre o que é SAGRADO:

1. Entendido como semente do microrganismo que encena o valor intrínseco da diversidade e denota um relacionamento da parte como o todo. Um relacionamento que reconhece e preserva a integridade;
2. A semente da diversidade e do equilíbrio, que considera as culturas;
3. Semente que considera a diversidade da cultura como essência para manutenção da vida, da terra (ser humano e semente da terra);
4. Semente que mantém o sustentável e envolve cultura, política, produção, custos;
5. Colocação da mulher como semente participante, ou seja, ao invés de ser alijada ela também fica no centro do processo, como se explica: — o cliente no centro como semente e a enfermagem como força de trabalho especializada.

Esta adaptação que conserva um cuidar que tem como fundamental o relacionamento das sementes (clientes e enfermagem com a terra — o hospital), traz a noção do sagrado e da inviolabilidade do que é e do que não é cuidar. A noção de ECO-CUIDAR (Ação da(o) enfermeira(o)) contém neste capítulo uma visão de mundo diferente e que não está contemplada claramente no ensino e na prática de enfermagem, pois nela, tanto o cliente como o cuidado não são apenas mercadorias, objetos, coisas que têm no lucro o seu único valor. As hipóteses inicialmente apresentadas foram imaginadas e podem ser visualizadas na Fig. 2.3.

Considerando o ambiente como fundamental para a ECOLOGIA de Enfermagem, admitindo as três hipóteses e cenas aqui representadas, tais como o bem-estar, o conforto e o bem viver, assumimos e testamos os ensinamentos de Florence Nightingale.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

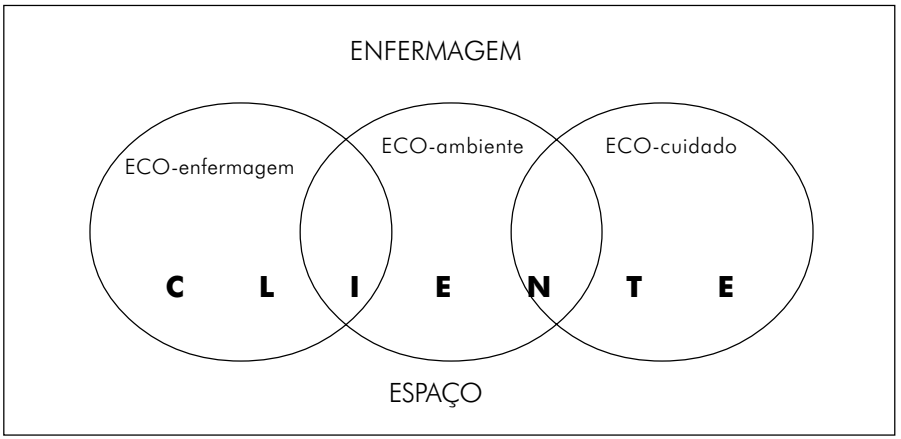


Fig. 2.3 — *Ecologia e eco-cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro, 2003.*

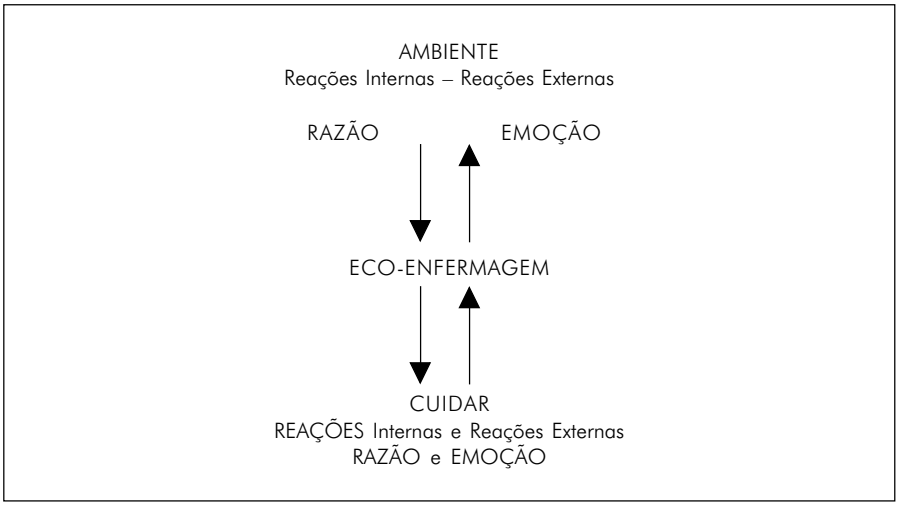


Fig. 2.4 — *Razão de ser, missão da enfermagem. Rio de Janeiro, 2003.*

Eco-enfermagem, Eco-Ambiente, Eco-cuidar estão nas ações de enfermagem como ciência do SENTIR, enquanto sensação, intuição intelectual, percepção e representação do corpo que vê/percebe, fala/ouve, toca/sente; cheira/sente, escuta/sente, gosta/sente (alimento). Assim estas hipóteses estão articuladas através dos SENTIDOS corporais e no ambiente o qual pode ser benéfico ou maléfico aos que se encontram no território/espaço do cuidar.

CONCLUSÃO

Esta é a marca de uma enfermagem que tem uma consciência ecológica e entende que SUJEITOS (clientes e profissionais) respondem a diversos estímulos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

captados pelos órgãos dos sentidos, mantendo-se em equilíbrio ou não. Tais estímulos são internos e externos, agem, reagem e interagem dentro dos corpos que se movimentam num ambiente cheio de estímulos físicos, biológicos, químicos e emocionais, intelectuais e mentais. Enfermeiras (os), sua equipe, clientes e outros trabalhadores que estão no ambiente hospitalar são macroorganismos biológicos que protegem, contaminam e fagocitam tudo que está neste ambiente, criando a "teia da vida" através de sistemas políticos, culturais, organizacionais, orgânicos e sociais.

Se o ambiente necessita ser limpo, arejado, bem cheiroso e sem ruídos, como sugere Florence Nightingale, para que o cliente receba bons fluidos da natureza e se auto-organize, precisamos acreditar que aí está uma prática que coloca a ECOLOGIA no centro de nossas atenções. É fundamental pensar e acreditar que as coisas devem evoluir onde pessoas e ambiente mantêm o equilíbrio da natureza num movimento dinâmico de viver, com todas as artes, estética, ética, técnicas e tecnologias que fazem parte do mundo social-natural de todos nós.

Pensando como cuidamos do ECO-AMBIENTE e do ECO-CUIDAR, entendemos que, tanto os clientes como os profissionais, têm sensações, percepções e sentimentos diferentes acerca dos seus órgãos dos sentidos (olfato, visão, paladar, audição e tato) — os quais são indicadores pessoais para o exercício de um cuidar sensível e singular conforme afirmamos ser a nossa prática assistencial de enfermagem, o nosso clinicar e, num dizer brasileiro —, a "nossa praia".

Para este clinicar, exige-se sensibilidade, solidariedade, intuição, além do conhecimento da estruturação histórico-existencial, profissional e psicoafetiva do sujeito do cuidado, tais como: visão de mundo, cultura, etnia, formação profissional ou ocupacional, estilo de vida, necessidades e desejos, sonhos e fantasias, relações afetivas e interpessoais, saberes próprios sobre o cuidado e expectativas de ser cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALPHANDERY, P; BITOUN, P; DUPONT, Y. O equívoco ecológico. Lisboa: Instituto Piaget, 185 p, 1991.
2. BOFF, L. Nova Era: civilização planetária — desafios à Sociedade e ao Ensino. 3 ed. São Paulo: Ática, 87 p, 2000.
3. _____. Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante, pp. 90-92, 2000.
4. FIGUEIREDO, NMA; CARVALHO, V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro: Revinter, 118 p, 1999.
5. GUATTARI, Felix. As três ecologias. 5. ed. Campinas: Papirus, 56 p, 1995.
6. LEOPARDI, MT. Teorias em Enfermagem; Instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 228 p, 1999.
7. MIES, M; SHIVA, V. ECO — Feminismo. Lisboa: Instituto Piaget, p. 433, 1993.
8. MOLES, A. Teoria dos Objetos — rumos a uma epistemologia. Paris: Ed. Universitária, p. 213, 1972.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 881 do Gabinete do Ministro da Saúde — José Serra — de 19 de junho de 2001.
10. NETO, J. Hora de crescer interiormente: o mito de Hércules hoje. 7. ed. São Paulo: Pensamento, p. 111-115, 2000.
11. SANTOS, M. A natureza do espaço — técnica e tempo. Razão e emoção. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 308 p, 1999.
12. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Portaria SAS nº 202, de 19 de junho de 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 3

Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação dos Elementos da Prática Profissional: Instrumentos Metodológicos e Tecnológicos do Cuidar

Telma Ribeiro Garcia
Maria Miriam Lima da Nóbrega

O CUIDAR E O PROCESSO DE ENFERMAGEM[1]

A Enfermagem pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada. Há uma ampla variedade de elementos que entram em sua composição e em sua prática. Um desses elementos é o **cuidar**, um constructo teórico considerado como central para a Enfermagem, haja vista que, para os que exercem a profissão, além de ser um imperativo moral **pessoal**, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral **profissional**, não negociável (Brykczynska, 1997).

Conforme afirmado por Garcia (2002), o termo **cuidar** se apresenta como um signo lingüístico complexo, grávido de múltiplos e distintos significados; além de multidimensional, é um conceito paradoxalmente ubíquo e peculiar. É um conceito ubíquo porque está (ou deve estar), concomitantemente, presente em toda parte — é um fenômeno universal, pois se acredita que a propensão para cuidar seja um atributo humano, além de inato, essencial para a existência e sobrevivência humana. Segundo Boff (1999), o ser humano **É** cuidado; sem cuidado deixaríamos de ser humanos. Em vista disso, espera-se que todos os seres humanos se cuidem (ou devam se cuidar) e cuidem (ou devam cuidar) de tudo e de todos, de seres animados e/ou inanimados, em todos os espaços e em todos os tempos. Portanto, cuidar é um valor fundamental e um ideal moral comum a todos os seres humanos.

---

[1] Extraído de GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. /Apresentado na Mesa Redonda "A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência", durante o 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Recife/Olinda — PE, 2000.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por outro lado, cuidar é um conceito peculiar ou específico, quando se refere exclusivamente a um indivíduo, uma situação, um trabalho ou ocupação. É o caso do seu emprego no âmbito da Enfermagem, haja vista ser o cuidado de enfermagem um trabalho profissional específico. Cuidar é um verbo cuja ação se exprime, entre outros modos possíveis, na transitividade relacional que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume o papel de **ser cuidador**, e outra pessoa que assume o papel de **ser cuidado** (Garcia, 1996).

Quando aplicado à Enfermagem e empregado com o sentido de zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, preocupar-se com, interessar-se por, tratar da saúde, assistir alguém (Ferreira, 1986; Koogan-Houaiss, 1993; Michaelis, 1998; Houaiss, Villar e Mello Franco, 2001), indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado; ou seja, indica um processo de trabalho que ocorre (consciente ou inconscientemente) através da adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em algum modo de pensar — o Processo de Enfermagem.

A idéia inicial do Processo de Enfermagem aparece na literatura da área entre os anos 1950 e 1960. Iyer *et al.* (1993) afirmam que foi Lydia Hall, em 1955, quem primeiro definiu o cuidar em enfermagem como um "processo" e, de acordo com Yura e Walsh (1978), foi Ida Jean Orlando, no início da década de 1960, uma das primeiras autoras a usar a expressão "Processo de Enfermagem".

Em seu início o Processo de Enfermagem organizava-se basicamente em torno da doença e era, do ponto de vista do conhecimento específico da Enfermagem, "um esqueleto sem roupa", como bem afirma Gordon (2002). Entretanto, nessa mesma época, passou-se a compreender que a Enfermagem não subsistiria como profissão reconhecida sem que tornasse explícitas suas bases teóricas para a prática, de forma que esse conhecimento pudesse ser comunicado, testado e expandido (Johnson, 1992). Portanto, tornava-se necessário construir ou organizar um corpo de conhecimento substantivo que pudesse ser identificado como a Ciência da Enfermagem e que, sobretudo, viabilizasse o reconhecimento externo da profissão como um ramo específico de estudo e de produção de conhecimento científico (Chinn e Kramer, 1999).

Desenvolver tal corpo de conhecimento passou a ser visto como uma questão de vital importância para a sobrevivência e evolução da Enfermagem e várias teóricas norte-americanas desenvolvem e publicam a partir de então modelos/sistemas conceituais e teorias de enfermagem, em que selecionam e inter-relacionam, a partir de diferentes pontos de vista filosóficos, conceitos que refletem a natureza e o escopo da profissão. Esses referenciais teóricos forneceram um foco conceitual para o Processo de Enfermagem e roupas para o "esqueleto desnudo". Fundamentada por esses referenciais, a doença tornou-se um fator contextual no âmbito do processo de cuidar, e não mais o foco primário (Gordon, 2002).

Entendemos o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como nossa clientela **responde** aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional. Nesse sentido, ele implica a existência de alguns elementos que lhe são inerentes. Sob o ponto de vista do Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN, 1996), esses elementos são: o que os exercentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem).

Os elementos que descrevem a prática da Enfermagem são, portanto, constituintes de um processo específico de trabalho, o qual demanda habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores), além de conhecimento e perícia no uso das técnicas de reso-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lução de problemas e de coordenação/gerenciamento para a implantação do plano de intervenção (Kenney, 1990; Iyer e col., 1993; Cox e col., 1993; Kron e Gray, 1994; Collier e col., 1996; Creasia e Parker, 1996). Essas habilidades e capacidades ajudam a determinar **o que** deve ser feito, **porque** deve ser feito, **por quem** deve ser feito; **como** deve ser feito, **com que** deve ser feito e que resultados são esperados com a execução da ação/intervenção de enfermagem (**para que** deve ser feito).

Para alguns autores, o Processo de Enfermagem organiza-se em torno de cinco etapas: coleta de dados (ou *assessment*), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (Iyer e col., 1993; Alfaro-LeFevre, 1994); para outros, consiste de quatro. No cerne dessa diferença de opiniões está o entendimento da etapa diagnóstica como sendo distinta, ou como estando incluída na primeira etapa. A despeito do número que levam em consideração, a maioria dos autores consultados ressaltam que sua divisão em etapas distintas é artificial e cumpre uma função meramente didática, haja vista ser o Processo de Enfermagem um todo integrado, com as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (Kenney, 1990; McGuire, 1991; Iyer e col., 1993; Alfaro-LeFevre, 1994; Smeltzer e Bare, 1998). Como acentua Frish (1994), nossas percepções, julgamentos e ações nem sempre ocorrem na exata ordem: coleta de informações, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Descrito usualmente passo a passo, o Processo de Enfermagem é visto por alguns (não acuradamente, a nosso ver) como uma forma reducionista e excessivamente normativa de desempenhar o papel e as funções profissionais (Garcia, 1996). Possivelmente, o modo como o Processo de Enfermagem é abordado durante a formação profissional, com excesso de detalhamento e com supervalorização do método em detrimento da essência, naturalidade e espontaneidade do processo de cuidar (Paim, 1979a), tem concorrido para sua desvalorização ou negação na prática assistencial. Quanto às dificuldades para sua implantação efetiva, que reconhecemos haver, concordamos com Paim (1979b), quando afirma que essas dificuldades *"precisam significar o desafio suficiente aos estudos para adaptação, substituição, sem desvalorização da proposta teórica inicial"*.

Uma dessas dificuldades está representada pela racionalidade técnica que emerge das definições ou descrições usuais do Processo de Enfermagem. Entretanto, acreditamos que essas limitações podem ser superadas pela criação de uma epistemologia da prática em que a solução de problemas ocorra dentro de uma ampla estrutura de prática reflexiva, como sugere Schon (1987, citado por Marks-Maran e Rose, 1997). Segundo esse autor, há dois elementos constituintes dessa prática: a reflexão-sobre-ação e a reflexão-em-ação.

A reflexão-sobre-ação envolve olhar para trás, sobre uma experiência passada, explorando os significados que estavam presentes ao tempo em que ocorreu e criando novos significados à luz dos resultados da ação que foi executada. Utilizando a reflexão-sobre-ação, é possível rever os significados que estivemos atribuindo ao Processo de Enfermagem ao longo dos últimos anos ou décadas, tanto no ensino quanto na prática profissional assistencial e de pesquisa. Se necessário, precisamos compreender/criar novos significados para ele, assumindo, em primeiro lugar, a premissa básica de que os exercentes da Enfermagem são **seres humanos que cuidam de seres humanos** ou, como disse a Dra. Wanda de Aguiar Horta, **gente que cuida de gente**. A miríade de significados que a ação cuidadora pode assumir no contexto do cuidado de enfermagem é infindável (Garcia, 2002).

O outro elemento constituinte da prática reflexiva é a reflexão-em-ação, que é descrita por Schon (1987, citado por Marks-Maran e Rose, 1997) como o pensar sobre o que se está fazendo, enquanto se está fazendo algo. A reflexão-em-ação é caracterizada por algo que surpreende ou desafia a pessoa enquanto está no processo de realização

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de uma atividade profissional, e resulta em que ela se faz algumas questões-chave no meio da ação, através das quais ela reflete sobre os significados implícitos em suas ações, o sentimento que encaminhou à decisão original de realizar uma certa ação, e o modo como o problema inicial estava estruturado: O que estou observando aqui e o que isso significa? Que julgamentos estou fazendo e por meio de que critérios? O que estou fazendo e por quê? Há alguma ação alternativa além desta que estou realizando?

Como se pode facilmente deduzir, essas questões dizem respeito aos elementos que estamos considerando como inerentes à prática da Enfermagem: diagnósticos, ações e intervenções, e resultados de enfermagem.

Um aspecto a se ressaltar acerca do Processo de Enfermagem é que uma metodologia de trabalho executada por e voltada para seres humanos, necessita ser entendida como um instrumental auxiliar que, em absoluto, não substitui o conhecimento pessoal; a experiência, habilidade ou talento no relacionamento interpessoal; a perícia ou destreza manual no desempenho das ações de cuidado; o comportamento ético, sensibilidade ou solidariedade, implícitos no desenvolvimento do processo como um todo. Dessa forma, precisamos assumir que, ao interagir com seres humanos, nenhuma ação instrumental, por mais aperfeiçoada que seja, pode estar desvinculada dos aspectos expressivos que lhe devem ser inerentes.

Entendido não somente como um modo de fazer, mas como um modo de pensar a prática profissional, observa-se que a implementação do Processo de Enfermagem envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético (Gordon, 1994). Ressalte-se também que, embora derivado do supostamente objetivo método científico, o Processo de Enfermagem não é aplicado de um modo totalmente objetivo, uma vez que os valores humanos, tanto os dos exercentes da Enfermagem quanto os da clientela, influenciam tanto a identificação quanto a solução de problemas; a sensibilidade moral e o julgamento ético na interação com a clientela permeiam o processo em sua inteireza (Daniel, 1987; Gordon, 1994). As dimensões do pensar, do sentir e do agir articulam-se, portanto, no Processo de Enfermagem de forma indissociável.

Para as pessoas que não pertencem à área, entretanto, se os aspectos psicomotores (da ação propriamente dita) ou afetivos são passíveis de ser percebidos, nem sempre ficam evidentes os aspectos intelectuais que estão envolvidos nesse processo. Isso é agravado pelo fato de que, com uma certa freqüência, não se registra de modo sistemático, ordenado e compreensível o cuidado que foi realizado e o que o determinou. Ou seja, uma pessoa estranha à área, avaliando a prática assistencial da Enfermagem, poderia descrevê-la simplesmente como um sem-número de "tarefas manuais rotineiras" que são realizadas por seus exercentes, algumas das quais são consideradas mais simples, outras mais complexas: banho, aplicação de injeção intramuscular, aspiração de secreções, curativo, mobilização no leito, sondagem vesical, verificação de sinais vitais, entre tantos outros exemplos que poderiam ser aqui incluídos.

Para a Enfermagem, o descaso com o registro sistemático dos elementos anteriormente mencionados (diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem) pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro lado, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática, o que é talvez mais sério. A Dra. Circe de Melo Ribeiro, em artigo sobre *Auditoria de Serviços de Enfermagem*, alertava, em 1973, para o fato de que não se podia mais ignorar a necessidade de avaliar a qualidade do cuidado, a qual, em sua opinião, se devia medir, entre outros aspectos, *pelo tipo de cuidado que é prestado ao cliente, análise de suas necessidades, ensino e orientação que recebe, conteúdo significativo das informações sobre o estado e evolução do cliente, resultados alcançados com novos métodos e técnicas específicas de enfermagem* (Ribeiro, 1973, citada por Paim, 1979a).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nessas palavras, escritas há trinta anos atrás, mas que nos parecem absolutamente contemporâneas, podem ser identificados os elementos que estamos assumindo como fazendo parte intrínseca do Processo de Enfermagem e como sendo os descritores básicos a partir dos quais deve ser feito o registro da prática profissional assistencial. Através deles, justificamos não somente o cuidado de enfermagem que foi prestado, mas a própria razão de ser da profissão; documentá-los, portanto, deveria ser uma decorrência não somente natural, mas, sobretudo, necessária.

Compreendemos o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico de que lançamos mão tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que este ocorra. Os elementos que lhe são inerentes — diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem — favoreceram o desenvolvimento, em curso, de sistemas de classificação de conceitos que fazem parte da nossa linguagem profissional.

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Temos hoje, à nossa disposição, vários sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, em interação dinâmica durante a execução do Processo de Enfermagem:

- os sistemas de classificação de diagnósticos,
- os de intervenções e
- os de resultados de enfermagem.

Esses sistemas de classificação são instrumentos tecnológicos que nos fornecem uma linguagem padronizada a ser utilizada:

- no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais;
- no processo e no produto do raciocínio e julgamento terapêutico acerca das necessidades de cuidado da clientela e dos resultados do cliente que são influenciados pelas intervenções de enfermagem; e
- na documentação da prática profissional.

O que São Sistemas de Classificação?

Sistemas de classificação ou taxonomias são conhecimentos estruturados em que os elementos ou conceitos substantivos de uma disciplina ou de especialidades de uma disciplina são organizados em grupos ou classes, com base em suas similaridades (Blegen e Tripp-Reimer, 1997).

O desenvolvimento de uma taxonomia ou sistema de classificação envolve a formação de conceitos e a inter-relação desses conceitos. Por essa razão, esse desenvolvimento é considerado um processo teórico, durante o qual podem ser utilizadas tanto abordagens indutivas quanto dedutivas. Quando se ordenam e se arranjam entidades ou fenômenos dentro de um grupo ou classe tendo por base algum critério, como o da semelhança, está-se usando a abordagem indutiva; quando há uma estrutura conceptual preestabelecida para desenvolver os conceitos e critérios pelos quais os indivíduos ou objetos são classificados ou ordenados, está-se usando uma abordagem dedutiva (Rasch, 1987).

Quais os Precursores dos Sistemas de Classificação dos Elementos da Prática de Enfermagem?

Conforme relatado por Nóbrega (2000) e Gordon (1994, 1998), as tentativas de classificação dos elementos da prática surgiram no início do século XX. São precursores dos sistemas de classificação na Enfermagem:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- a classificação dos 21 problemas de Faye Abdellah, considerados como problemas terapêuticos que descreviam as metas terapêuticas da Enfermagem;
- a lista das 14 necessidades humanas básicas de Virginia Henderson e
- o modelo de levantamento de dados nas 13 áreas funcionais de Faye McCain.

Os componentes incluídos nessas três tentativas de classificação dos elementos da prática descrevem áreas de problemas e, desta forma, os três exemplos podem ser considerados como classificações conceituais a partir das quais, utilizando-se a abordagem dedutiva, podem ser classificados entidades ou fenômenos empíricos.

Quais São os Sistemas de Classificação Utilizados na Prática de Enfermagem?

Na Enfermagem, há diversos sistemas de classificação vinculados aos elementos da prática: diagnóstico de enfermagem — a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, a Classificação de Fenômenos de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); problemas de enfermagem — o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; intervenções de enfermagem — a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação das Ações de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); e resultados esperados — a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC); entre outros.

Como Estimular a Utilização dos Sistemas de Classificação Durante o Processo de Enfermagem?

Descreveremos a seguir alguns aspectos básicos dos sistemas de classificação da NANDA, da NIC, da NOC e da CIPE®, com o objetivo de estimular sua utilização no Processo de Enfermagem.

Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA é um dos mais divulgados e aplicados no âmbito mundial. A história de sua construção inicia-se em 1973, quando a primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem foi realizada nos Estados Unidos. Essa conferência teve como propósito iniciar um diálogo entre enfermeiras docentes e assistenciais sobre a possibilidade de padronização de uma nomenclatura que pudesse descrever as situações ou condições que eram diagnosticadas e tratadas na prática profissional de Enfermagem.

Nessa conferência, usando tanto o processo de raciocínio dedutivo quanto o indutivo, as participantes elaboraram e aprovaram a primeira listagem de diagnósticos de enfermagem e formaram um grupo de trabalho para dar continuidade ao esforço de identificação e classificação dos conceitos que indicam e delimitam o domínio de interesse e de ação profissional da Enfermagem. Conferências semelhantes passaram a ser realizadas a cada dois anos e, a partir de 1977, começa o trabalho de elaboração de um sistema conceitual para fundamentar a organização dos diagnósticos de enfermagem em uma taxonomia.

Qual o Princípio Organizador da Taxonomia da NANDA?

Em 1982, a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) foi formalmente constituída e, nesse mesmo ano, foram apresentados os resultados do tra-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

balho de construção do sistema conceitual — uma taxonomia que refletia os Padrões do Ser Humano Unitário, denominação essa que evoluiu, em 1984, para os nove Padrões de Respostas Humanas:

- Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir.

A taxonomia permaneceu organizada a partir dessa estrutura conceitual por 16 anos, durante os quais vários diagnósticos foram acrescentados e outros revisados a cada conferência bienal. Entre as pessoas que se dedicavam ao estudo e à aplicação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, no entanto, havia uma certa insatisfação com o princípio organizador da taxonomia — os Padrões de Respostas Humanas — que não parecia ser útil do ponto de vista da prática assistencial, além de dificultar a classificação de novos diagnósticos. Era preciso, também, adaptar a taxonomia às atuais convenções de manuseio de terminologia entre bases de dados relacionados e desenvolver uma estrutura mais eficiente para sua inclusão em prontuários eletrônicos.

Como se Caracteriza Atualmente a Taxonomia II da NANDA?

Em 1994, inicia-se a discussão acerca da necessidade de construção de uma nova estrutura taxonômica. No ano de 2000, durante a 14ª Conferência da NANDA, um novo sistema taxonômico foi apresentado aos participantes e, em 2001, foi publicada a Taxonomia II (NANDA, 2001), a qual se caracteriza por ser multiaxial e por organizar, a partir de 13 domínios e 46 classes, os 93 conceitos diagnósticos e os 155 diagnósticos de enfermagem aprovados até o momento.

Na Tabela 3.1, a seguir, estão apresentados os domínios, classes e conceitos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA. Na coluna da direita, observa-se a existência de lacunas, relativas a conceitos diagnósticos que ainda não foram identificados, desenvolvidos e incluídos na taxonomia.

Tabela 3.1
Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos

Domínios	*Classes*	*Conceitos Diagnósticos*
1. Promoção da saúde	1. Consciência da saúde	
	2. Controle da saúde	• Controle do regime terapêutico • Comportamento de busca da saúde • Manutenção da saúde • Manutenção do lar
2. Nutrição	1. Ingestão	• Padrão de alimentação infantil • Deglutição • Nutrição
	2. Digestão	
	3. Absorção	
	4. Metabolismo	
	5. Hidratação	• Volume de líquidos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 3.1 *(cont.)*
Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos

Domínios	*Classes*	*Conceitos diagnósticos*
3. Eliminação	1. Sistema urinário	• Eliminação urinária • Retenção urinária • Incontinência urinária
	2. Sistema gastrintestinal	• Incontinência intestinal • Diarréia • Constipação
	3. Sistema tegumentar	
	4. Sistema pulmonar	• Troca de gases
4. Atividade/repouso	1. Sono/repouso	• Padrão de sono
	2. Atividade/exercício	• Síndrome do desuso • Mobilidade • Capacidade de transferência • Andar • Atividades de recreação • Perambulação • Autocuidado • Recuperação cirúrgica
	3. Equilíbrio de energia	• Campo de energia • Fadiga
	4. Respostas cardiovasculares/ pulmonares	• Débito Cardíaco • Ventilação espontânea • Padrão respiratório • Tolerância à atividade • Desmame ventilatório • Perfusão tissular
5. Percepção/ cognição	1. Atenção	• Negligência unilateral
	2. Orientação	• Interpretação ambiental
	3. Sensação/percepção	• Percepção sensorial
	4. Cognição	• Conhecimento • Confusão • Memória • Processos do pensamento
	5. Comunicação	• Comunicação verbal
6. Autopercepção	1. Autoconceito	• Identidade • Solidão
	2. Auto-estima	• Auto-estima
	3. Imagem corporal	• Imagem corporal
7. Relacionamentos de papel	1. Papéis do cuidador	• Tensão do papel de cuidador • Paternidade/maternidade
	2. Relações familiares	• Processos familiares • Vínculo
	3. Desempenho de papel	• Amamentação • Desempenho de papel • Interação social

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 3.1 (*cont.*)
Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos

Domínios	*Classes*	*Conceitos Diagnósticos*
8. Sexualidade	1. Identidade sexual	
	2. Função sexual	• Função sexual • Padrões de sexualidade
	3. Reprodução	
9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse	1. Respostas pós-trauma	• Estresse da mudança de ambiente • Trauma do estupro • Resposta pós-trauma
	2. Respostas de enfrentamento	• Medo • Ansiedade • Tristeza • Negação • Adaptação • Enfrentamento
	3. Estresse neurocomportamental	• Disreflexia • Comportamento infantil • Capacidade adaptativa
10. Princípios de vida	1. Valores	
	2. Crenças	• Bem-estar espiritual
	3. Congruência entre valores/ crenças/ações	• Angústia espiritual • Conflito de decisão (especificar) • Não adesão (especificar)
11. Segurança/proteção	1. Infecção	• Infecção
	2. Lesão física	• Membrana mucosa oral • Lesão • Trauma • Integridade da pele • Integridade tissular • Dentição • Sufocação • Aspiração • Desobstrução de vias aéreas • Função neurovascular • Proteção
	3. Violência	• Automutilação • Violência
	4. Riscos ambientais	• Envenenamento
	5. Processos defensivos	• Resposta alérgica ao látex
	6. Termorregulação	• Temperatura corporal • Termorregulação
12. Conforto	1. Conforto físico	• Dor • Náusea
	2. Conforto ambiental	
	3. Conforto social	• Isolamento social
13. Crescimento/ desenvolvimento	1. Crescimento	• Crescimento • Falha em melhorar/fortalecer-se
	2. Desenvolvimento	• Desenvolvimento

Fonte: North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2001-2002. Philadelphia: NANDA, p. 221-232, 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Como se Organizou a Taxonomia II da NANDA?

Para a organização da Taxonomia II foram desenvolvidas, em primeiro lugar, definições para todos os domínios e classes; em seguida, a definição de cada diagnóstico foi comparada à da classe e do domínio em que o mesmo estava inserido, de modo a assegurar a máxima combinação entre domínio, classe e conceitos diagnósticos.

A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando substancialmente, dessa maneira, a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar mais facilmente acréscimos e modificações em sua estrutura.

Qual É a Concepção de "Eixo" na Taxonomia da NANDA?

Um eixo, para fins da Taxonomia da NANDA, é definido como uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico (NANDA, 2001). Na Tabela 3.2, estão apresentados os sete eixos da Taxonomia II da NANDA com suas definições e valores específicos.

Como Utilizar os Eixos da Taxonomia da NANDA?

A nova estrutura taxonômica, por ser multiaxial, permite:

- a individualização do diagnóstico de enfermagem, retratando, do modo mais exato possível, as respostas da clientela aos problemas de saúde ou aos processos vitais;
- o ajuste melhor aos avanços na área da informática em saúde;
- a facilidade na identificação de lacunas a serem preenchidas com a proposição de novos conceitos ou diagnósticos de enfermagem.

Utilizando-se os eixos da Taxonomia II da NANDA, pode-se:

- escolher o conceito diagnóstico e os descritores que melhor retratam a situação ou condição que está sendo vivida pelo cliente e
- dessa forma, elaborar afirmativas diagnósticas mais precisas.

O conceito diagnóstico tem presença obrigatória na afirmativa diagnóstica, enquanto a presença dos termos incluídos nos outros eixos varia em função do que é observado na prática, durante a avaliação do cliente. Às vezes, ainda, um valor de um determinado eixo está implícito, não havendo a necessidade de incluí-lo na afirmativa diagnóstica.

Exemplo da Utilização da Taxonomia da NANDA

Por exemplo, há, no Domínio 11 — *Segurança/proteção*, a Classe 2 — *Lesão física*, em que um dos conceitos diagnósticos incluídos é *Integridade da pele*. Ao avaliar um determinado cliente, pode-se concluir que ele está em risco para apresentar uma alteração na integridade da pele.

Dessa forma, utilizando-se valores:

- do Eixo 1 (conceito diagnóstico),
- do Eixo 5 (estado de saúde) e
- do Eixo 6 (descritor),

pode-se fazer a seguinte afirmativa diagnóstica: *RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA*.

Observe-se que, nessa afirmativa diagnóstica, também está presente um valor do Eixo 3 (unidade de cuidado), visto ser ela uma afirmativa que diz respeito a um indivíduo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 3.2
Eixos da Taxonomia II da NANDA

Eixo	*Definição*	*Valores*
Eixo 1 — O conceito diagnóstico	É o elemento identificador da resposta humana e, portanto, essencial para a afirmativa diagnóstica.	Os 93 conceitos diagnósticos incluídos na Tabela 3.1.
Eixo 2 — Tempo	A duração de um período ou intervalo.	Agudo; crônico; intermitente; contínuo.
Eixo 3 — Unidade de cuidado	A população específica para a qual um diagnóstico de enfermagem é determinado.	Indivíduo; família; grupo; comunidade.
Eixo 4 — Idade	A quantidade de tempo ou intervalo durante o qual um indivíduo tenha existido.	Feto; neonato; bebê; criança de 1 a 3 anos; criança em idade pré-escolar; criança em idade escolar; adolescente; adulto jovem; adulto de meia-idade; adulto idoso-jovem; adulto em meia-velhice; adulto idoso.
Eixo 5 — Estado de saúde	A posição ou graduação da unidade de cuidado no *continuum* de saúde.	Bem-estar; risco; real.
Eixo 6 — Descritor	Um julgamento que limita ou especifica o significado de um diagnóstico de enfermagem.	Capacidade; antecipado; equilibrado; comprometido; diminuído; deficiente; retardado; esgotado; desproporcional; incapacitante; desorganizado; perturbado; disfuncional; eficaz; excessivo; funcional; desequilibrado; prejudicado; incapacidade; aumentado; interrompido; organizado; percebido; disposição aumentada para.
Eixo 7 — Topologia	Partes ou regiões do corpo e suas estruturas anatômicas.	Auditivo; intestinal; cardiopulmonar; cerebral; gastrintestinal; gustativo; intracraniano; urinário; membranas mucosas; oral; olfativo; neurovascular periférico; vascular periférico; renal; cutâneo; tátil; visual.

Fonte: North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2001-2002. Philadelphia: NANDA, p. 213-220, 2001.

Conforme se pode deduzir, utilizar uma estrutura multiaxial aumenta a possibilidade de construção de diagnósticos com termos de vários eixos. Entretanto, permite também a construção de diagnósticos que podem parecer um contra-senso, tal como *Atividades da vida diária prejudicadas, feto*. Em vista disso, a NANDA (2001) recomenda a utilização dos diagnósticos que já estão **incluídos** na Taxonomia II e que,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

portanto, têm os elementos estruturais (título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco) descritos em suas publicações. Ao se identificar na prática a possibilidade de um diagnóstico de enfermagem ainda não incluído na taxonomia, a orientação é que, seguindo as regras estabelecidas pela NANDA, se submeta esse novo diagnóstico à apreciação do Comitê de Revisão de Diagnósticos, de modo que outras pessoas possam, posteriormente, beneficiar-se de sua inclusão.

Exemplo de Elementos Estruturais de um Diagnóstico da Taxonomia II da NANDA

Na Tabela 3.3, apresenta-se exemplo de um diagnóstico incluído na Taxonomia II da NANDA, com seus elementos estruturais. Aperfeiçoar e legitimar as categorias diagnósticas já incluídas nessa taxonomia, aumentando a capacidade de generalização e de predição de seus atributos; e identificar e propor novas categorias diagnósticas que pertençam ao domínio da Enfermagem são metas para as quais devemos voltar nossos esforços profissionais.

Tabela 3.3
Elementos estruturais de um Diagnóstico de Enfermagem da NANDA

Ansiedade
Definição: Um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica; a fonte é freqüentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que avisa para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.
Características definidoras: **Comportamentais** — produtividade diminuída; observação atenta e vigilância; pouco contato visual; agitação; olhar em torno; movimentos estranhos (por exemplo, arrastar os pés, movimentos das mãos, braços); preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida; insônia; inquietação. **Afetivas** — pesaroso; irritabilidade; angústia; assustado; nervoso; excessivamente excitado; desamparo aumentado doloroso e persistente; incerteza; cautela aumentada; foco em si mesmo; sentimentos de inadequação; receoso; aflito; apreensão; ansioso. **Fisiológicas** — voz trêmula; tremores das mãos; insônia; respiração aumentada; urgência urinária; pulso aumentado; dilatação pupilar; reflexos aumentados; dor abdominal; distúrbio do sono; formigamento nas extremidades; tensão aumentada; excitação cardiovascular; perspiração aumentada; tensão facial; palpitação; diarréia; hesitação urinária; fadiga; boca seca; fraqueza; pulso diminuído; rubor facial; vasoconstrição superficial; contração muscular; pressão sangüínea diminuída; náusea; freqüência urinária; tontura; dificuldades respiratórias; pressão sangüínea aumentada. **Cognitivas** — bloqueio de pensamento; confusão; preocupação; esquecimento; ruminação; atenção prejudicada; campo de percepção diminuído; medo de conseqüências inespecíficas; tendência a culpar os outros; dificuldade para concentrar-se; capacidade diminuída de solucionar problemas; capacidade de aprendizado diminuída; consciência dos sintomas fisiológicos.
Fatores relacionados: Exposição a toxinas; ameaça de mudança no *status* do papel; relacionado a conflito inconsciente quanto a objetivos e valores essenciais da vida; associação familiar/hereditariedade; necessidades não satisfeitas; transmissão/contágio interpessoal; crises situacionais/maturacionais; ameaça de morte; ameaça ou mudança no estado de saúde; ameaça ou mudança nos padrões de interação; ameaça ou mudança na função do papel; ameaça ao autoconceito; ameaça ou mudança no ambiente; estresse; ameaça de mudança no *status* econômico; abuso de substância.

Fonte: North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA:* definições e classificação — 2001-2002. Porto Alegre: Artmed, p. 36-38, 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem — NIC

O que É e para que se Utiliza a NIC?

O sistema denominado *Nursing Interventions Classification* — NIC teve início em 1987 e continua sendo desenvolvido por um grupo de pesquisadoras do Centro para Classificação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, EUA. O ímpeto para o desenvolvimento da NIC emergiu em parte do trabalho realizado pela NANDA. A NIC nomeia e descreve intervenções que os profissionais de enfermagem executam na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem que foi estabelecido.

O que É Intervenção de Enfermagem?

Nessa classificação, a intervenção de enfermagem é definida como *qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, que a(o) enfermeira(o) desempenha para melhorar os resultados do cliente* (McCloskey e Bulechek, 2002).

A NIC é um sistema útil para:

- documentação clínica;
- comunicação acerca do cuidado realizado, quer entre profissionais, quer entre os diversos setores que o cliente percorre durante a atenção à saúde;
- agregação de informações em pesquisas e em bases de dados relacionados;
- avaliar a produtividade em termos da relação custo-benefício da intervenção de enfermagem;
- inclusão nos currículos de formação de profissionais de enfermagem.

Quais os Níveis de Estrutura da NIC?

A estrutura taxonômica da NIC é constituída por três níveis:

A) O primeiro, considerado o mais abstrato, é representado por 7 domínios:
- Fisiológico básico.
- Fisiológico — complexo.
- Comportamento.
- Segurança.
- Família.
- Sistema de Saúde.
- Comunidade.

B) O segundo nível é representado por 30 classes, organizadas dentro dos domínios.

C) O terceiro nível é constituído pelas 486 intervenções de enfermagem, agrupadas de acordo com as classes e os domínios. Na Tabela 3.4 podem ser observados os níveis 1 e 2 segundo domínios e classes da estrutura taxonômica da NIC.

Quais os Elementos das Intervenções de Enfermagem?

As intervenções de enfermagem incluídas na NIC são constituídas pelos seguintes elementos:

- título,
- definição e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 3.4
Níveis 1 e 2 da Estrutura Taxonômica Atual da NIC: Domínios e Classes

Nível 1 *Domínios*	*Nível 2* *Classes*	
1. Fisiológico Básico	A. Controle de atividades e exercícios B. Controle das eliminações C. Controle de imobilidade	D. Suporte nutricional E. Promoção do conforto F. Facilitar o autocuidado
2. Fisiológico-complexo	G. Controle ácido-básico e eletrólitos H. Controle de medicamentos I. Controle neurológico J. Cuidado perioperatório	K. Controle respiratório L. Controle da integridade ou ferimento da pele M. Termorregulação N. Controle da perfusão tissular
3. Comportamento	O. Terapia comportamental P. Terapia cognitiva Q. Realce da comunicação	R. Assistência ao enfrentamento (*coping*) S. Educação do paciente T. Promoção do conforto psicológico
4. Segurança	U. Controle de crises	V. Controle de riscos
5. Família	W. Cuidados no nascimento Z. Cuidados no desenvolvimento infantil	X. Cuidados ao longo da vida
6. Sistema de Saúde	Y. Mediação no sistema de saúde a. Controle do sistema de saúde	b. Controle de informação
7. Comunidade	c. Promoção da saúde	d. Controle dos riscos comunitários

Fonte: McCloskey, J. C.; Bulechek, G. M. Nursing Interventions Classification (NIC). 3 ed. St. Louis: Mosby, 2000.

- uma lista de atividades, que descrevem as ações profissionais ao executar a intervenção de enfermagem.

Até o momento, há mais de 12.000 atividades distribuídas entre as 486 intervenções de enfermagem incluídas na NIC (McCloskey e Bulechek, 2002). O título e a definição, por constituírem uma linguagem padronizada, não podem ser mudados, a não ser por meio de um processo formal de revisão; as atividades podem ser modificadas de acordo com a necessidade de uma situação particular do cliente, proporcionando a individualização do cuidado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Exemplo de Intervenção de Enfermagem da NIC

Tabela 3.5
Elementos estruturais de uma Intervenção de Enfermagem da NIC

Redução da Ansiedade
Definição: Minimizar apreensão, temor, pressentimento ou a preocupação relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.
Atividades: Usar uma abordagem calma, tranqüilizadora. Indicar de modo claro as expectativas para o comportamento do cliente. Explicar todos os procedimentos, incluindo as sensações que podem ser experimentadas durante o procedimento. Buscar compreender a perspectiva do cliente acerca da situação estressante. Fornecer informação factual a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico. Permanecer com o cliente para promover segurança e reduzir o medo. Fornecer objetos que simbolizem segurança. Massagear as costas e pescoço, como apropriado. Incentivar atividades não competitivas, como apropriado. Manter fora das vistas o equipamento de tratamento. Escutar atentamente. Reforçar o comportamento, como apropriado. Criar uma atmosfera para promover a confiança. Incentivar a verbalização dos sentimentos, percepções e medos. Identificar quando o nível de ansiedade se altera. Proporcionar atividades de lazer ajustadas para a redução da tensão. Ajudar o cliente a identificar as situações que precipitam a ansiedade. Controlar os estímulos de acordo com as necessidades do cliente, como apropriado. Apoiar o uso de mecanismos de defesa como apropriado. Ajudar o cliente a articular uma descrição realística de um evento futuro. Determinar a habilidade de tomada de decisão do cliente. Instruir o cliente sobre o uso de técnicas do relaxamento. Administrar medicação para reduzir a ansiedade, como apropriado.

Fonte: McCloskey & Bulechek (2000), citadas por Johnson, M. *et al. Nursing diagnoses, outcomes, and interventions:* NANDA, NOC, and NIC linkages. St. Louis: Mosby, p. 7, 2001.

Como Selecionar uma Intervenção de Enfermagem?

McCloskey e Bulechek (1992, citadas por Johnson e col., 2001), identificam seis fatores que devem ser levados em consideração ao se selecionar uma intervenção de enfermagem:

- o resultado desejado para o cliente;
- as características definidoras do diagnóstico de enfermagem;
- a base de pesquisa associada com a intervenção;
- a viabilidade da execução da intervenção;
- a aceitação da intervenção pelo cliente;
- e a capacidade (física, intelectual e legal) do profissional para executá-la.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Como Escolher Atividades de Enfermagem?

Na escolha das atividades de enfermagem deve-se levar em consideração a possibilidade de:

- modificar os fatores relacionados (causas) aos diagnósticos de enfermagem;
- atenuar ou eliminar as características definidoras (sinais e sintomas) dos diagnósticos de enfermagem;
- melhorar ou alterar os resultados esperados.

Qual o Custo Operacional do Cuidado de Enfermagem?

Um aspecto ressaltado pelas pesquisadoras responsáveis pelo desenvolvimento da NIC é que as INTERVENÇÕES executadas pelos profissionais DE ENFERMAGEM podem ser consideradas o PRODUTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM e que, dessa forma, deve-se procurar conhecer seu CUSTO OPERACIONAL. A esse respeito, há, na opinião de McCloskey e Bulechek (2002), algumas questões que necessitam ser respondidas previamente:

- que intervenções funcionam melhor para o alcance de um determinado resultado?
- que intervenções são, usualmente, executadas em conjunto?
- que intervenções são, usualmente, executadas em determinadas áreas ou especialidades?

As respostas a essas questões facilitam o processo de determinação dos custos das intervenções de enfermagem, pois limitam o número de intervenções àquelas mais usuais ao se cuidar de determinados grupos de clientes ou em determinados ambientes de cuidado.

Como Calcular o Valor do Cuidado de Enfermagem?

Identificadas as intervenções mais usuais ao se cuidar de determinados grupos de clientes ou em determinados ambientes de cuidado, pode-se calcular um valor para elas, tendo por base:

- o nível de complexidade do cuidado,
- o profissional envolvido (enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem),
- o tempo, a quantidade e os recursos materiais ou equipamentos requeridos na execução do cuidado de enfermagem.

Dessa forma, pode-se afirmar que a NIC representa não somente uma ferramenta útil para a documentação da prática profissional mas, também, um referencial que pode facilitar a determinação da relação custo-benefício de um trabalho profissional específico — o cuidado de enfermagem.

Sistema de Classificação de Resultados de Enfermagem — NOC

O que É e como se Desenvolveu a NOC?

O sistema *Nursing Outcomes Classification* — NOC vem sendo desenvolvido, desde 1991, por um grupo de pesquisadoras também pertencentes, como o grupo da NIC, ao Centro para Classificação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, Estados Unidos. De acordo com Maas (1997), Johnson e col. (2001) e Maas e col. (2002), a NOC é uma classificação abrangente e padronizada de resultados da clientela (indivíduo, família ou comunidade) que são influenciados

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pela execução de intervenções de enfermagem, tanto as do campo de ação independente quanto as do campo de ação interdependente.

Os resultados de enfermagem descrevem:

- o estado,
- os comportamentos, e
- as percepções ou sentimentos do cliente em resposta ao cuidado que lhe foi prestado.

Que Variáveis Influenciam os Resultados de Enfermagem?

Como é sabido, **além das intervenções de enfermagem**, há outras variáveis que influenciam o resultado alcançado pelo cliente no processo de atenção à saúde, a exemplo de:

- ações de outros profissionais,
- variáveis organizacionais e ambientais,
- circunstâncias específicas do cliente entre outras possíveis.

No caso da NOC, a tarefa é definir que resultados do cliente respondem ao cuidado de enfermagem. Entendidos dessa forma, os resultados alcançados pelo cliente servem como **CRITÉRIO PARA JULGAR O SUCESSO DE UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM MOMENTOS ESPECÍFICOS DO PROCESSO DE CUIDADO** (Johnson e col., 2001).

Qual É a Estrutura da NOC?

A NOC inclui uma lista de 260 resultados (247 relacionados ao indivíduo, 7 à família e 6 à comunidade), agrupados em 29 classes e em 7 domínios:

- Saúde Funcional
- Saúde Fisiológica
- Saúde Psicossocial
- Conhecimento e Comportamento de Saúde
- Saúde Percebida
- Saúde da Família
- Saúde da Comunidade

Quais os Elementos dos Resultados de Enfermagem?

Na NOC, cada resultado tem:

- um título,
- uma definição,
- uma lista de indicadores objetivos e subjetivos, e
- uma escala tipo Likert, de cinco pontos, para avaliar o estado, os comportamentos e percepções ou sentimentos do cliente, em momentos específicos.

Na Tabela 3.6, está apresentado um exemplo de um resultado de enfermagem da NOC, com seus elementos estruturais.

Como Selecionar um Resultado de Enfermagem?

De acordo com Johnson e col. (2001), ao selecionar um resultado deve-se levar em consideração os seguintes fatores:

- as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem que foi estabelecido;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- as características do cliente que podem afetar o alcance dos resultados;
- os resultados geralmente associados com o diagnóstico de enfermagem; e
- as preferências do cliente.

Tabela 3.6
Elementos Estruturais de um Resultado de Enfermagem da NOC

Controle da Ansiedade

Definição: Ação pessoal para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão de uma fonte não identificada

Controle da Ansiedade	*Nunca Demonstrado*	*Raramente Demonstrado*	*Às Vezes Demonstrado*	*Freqüentemente Demonstrado*	*Consistentemente Demonstrado*
	1	*2*	*3*	*4*	*5*
Indicadores:					
Monitora a intensidade da ansiedade.	1	2	3	4	5
Elimina os precursores da ansiedade.	1	2	3	4	5
Diminui os estímulos ambientais quando ansioso.	1	2	3	4	5
Busca informações para reduzir a ansiedade.	1	2	3	4	5
Planeja estratégias de enfrentamento para as situações estressantes.	1	2	3	4	5
Usa estratégias de enfrentamento eficazes.	1	2	3	4	5
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade.	1	2	3	4	5
Relata a diminuição da duração dos episódios.	1	2	3	4	5
Relata o aumento da duração do tempo entre os episódios.	1	2	3	4	5
Mantém o desempenho do papel.	1	2	3	4	5
Mantém os relacionamentos sociais.	1	2	3	4	5
Mantém a concentração.	1	2	3	4	5
Relata ausência de distorções sensoperceptivas.	1	2	3	4	5
Relata sono adequado.	1	2	3	4	5
Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade.	1	2	3	4	5
Manifesta comportamento de ausência de ansiedade.	1	2	3	4	5
Controla resposta da ansiedade.	1	2	3	4	5
Outro (especificar).	1	2	3	4	5

Fonte: Johnson; Maas & Moorhead (2000), citadas por Johnson, M. *et al. Nursing diagnoses, outcomes, and interventions:* NANDA, NOC, and NIC linkages. St. Louis: Mosby, p.10, 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Vinculação dos Sistemas de Classificação da NANDA, NIC e NOC

Os sistemas de classificação da NANDA, da NIC e da NOC podem ser utilizados separadamente. Entretanto, em conjunto, eles evidenciam o domínio da Enfermagem, ou seja, o porquê da profissão. Além da possibilidade de vinculação desses sistemas no desenvolvimento de planos de cuidado para a clientela (indivíduo, família ou comunidade), podem ser utilizados: a) na implantação de sistemas computadorizados de informação em enfermagem; b) no ensino do processo de raciocínio e julgamento clínico e terapêutico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais; c) no desenvolvimento de projetos curriculares; d) na pesquisa, para validação de elementos específicos dos termos da linguagem profissional, ou para testagem da vinculação entre diagnósticos, intervenções e resultados; e) no desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, por meio da construção de teorias de enfermagem de médio alcance, mais aderentes à prática, haja vista sua vinculação a questões ou problemas que emergem da vivência cotidiana dos profissionais. Dentre todas as possibilidades apontadas, será exemplificada a seguir na Tabela 3.7, a vinculação dos três sistemas na prática clínica.

Tabela 3.7
Exemplos de Resultados da NOC e de Intervenções da NIC para o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA — Ansiedade

Diagnóstico de Enfermagem	*Resultados*	*Intervenções*
Ansiedade	*Resultados sugeridos:* • Controle da ansiedade • Controle da agressão • Enfrentamento • Controle de impulsos • Controle da automutilação • Habilidades de interação social *Resultados adicionais:* • Aceitação: estado de saúde • Resolução do luto • Adaptação psicossocial: mudança de vida • Comportamento de controle de sintomas	*Intervenção principal:* • Redução da ansiedade *Intervenções sugeridas:* • Escuta atentiva • Orientação antecipada • Manejo do comportamento • Técnica do silêncio • Reforço do enfrentamento • Aconselhamento • Promoção do exercício • Administração de medicação *Intervenções opcionais:* • Terapia através da arte • *Biofeedback* • Distração • Manejo do ambiente • Humor • Terapia através da música • Terapia de relaxamento simples • Grupo de apoio • Ludoterapia • Terapia de grupo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Após a identificação do diagnóstico de enfermagem *Ansiedade*, determina-se que resultado(s) se espera que o cliente alcance. Para esse diagnóstico, há na NOC, entre outros possíveis, o resultado *Controle da ansiedade*. Utilizando-se a escala proposta para esse resultado, que varia de *nunca demonstrado* a *consistentemente demonstrado*, determina-se como se encontra o *Controle da ansiedade* do cliente no momento. Vamos supor que o *Controle da ansiedade* do cliente seja, em determinado momento, *nunca demonstrado* (ponto 1 da escala) e que o resultado que se espera que ele alcance após as intervenções de enfermagem seja o de um *Controle da ansiedade: freqüentemente demonstrado* (ponto 4 da escala). Entre os indicadores do resultado *Controle da ansiedade* do cliente (ver Tabela 3.6), suponha-se que tenham sido escolhidos:

- Monitora a intensidade da ansiedade;
- Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade;
- Relata sono adequado;
- Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade;
- Controla resposta da ansiedade.

Esses indicadores devem ser compreendidos como resultados intermediários, ou seja, se eles estavam no ponto 1 da escala, o cliente não estava demonstrando *Controle da ansiedade*. Para o alcance do resultado *Controle da ansiedade: freqüentemente demonstrado*, devem ser desempenhadas algumas intervenções de enfermagem. Na NIC há várias intervenções de enfermagem para o diagnóstico de *Ansiedade*, entre as quais a principal é a *Redução da ansiedade*. Para essa intervenção de enfermagem, há várias atividades que podem ser executadas (ver Tabela 3.5), entre as quais:

- Usar uma abordagem calma, tranqüilizadora;
- Buscar compreender a perspectiva do cliente acerca da situação estressante;
- Massagear as costas e pescoço, como apropriado;
- Escutar de modo atento;
- Incentivar a verbalização dos sentimentos, percepções e medos;
- Identificar quando o nível de ansiedade se altera;
- Ajudar o cliente a identificar as situações que precipitam a ansiedade;
- Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados;
- Instruir o cliente sobre o uso de técnicas de relaxamento.

Executadas as atividades da intervenção *Redução da ansiedade*, deve-se reavaliar como se encontra o *Controle da ansiedade* do cliente. Se permanecer *nunca demonstrado*, as intervenções não obtiveram sucesso. Essa definição é obtida através dos indicadores do resultado esperado, que foram previamente selecionados. Para que o cliente alcance o resultado escolhido, por exemplo *Controle da ansiedade: freqüentemente demonstrado*, os indicadores escolhidos, em média, devem estar próximos ou iguais ao ponto 4 da escala. Os indicadores, portanto, servem como critério para julgar o alcance do resultado que foi determinado e o sucesso da intervenção de enfermagem.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem — CIPE®

O Porquê da CIPE

A necessidade do desenvolvimento de uma classificação internacional dos elementos da prática da Enfermagem foi apresentada ao Conselho Internacional de Enfermeiras — CIE durante a realização do Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul — Coréia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Antes da construção da CIPE® foram realizados um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às associações membros do CIE, para identificar, em âmbito internacional, os sistemas de classificação usados na Enfermagem. Foram identificadas classificações desenvolvidas na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos, e constatado que a Enfermagem, nas diversas regiões e países do mundo, usava esses sistemas para descrever os elementos da prática e valorizava a idéia do desenvolvimento de um sistema de classificação que representasse a Enfermagem mundial.

Em dezembro de 1996, o CIE publicou a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem — Versão Alfa: Um Marco Unificador*, contendo a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem, com o objetivo de estimular comentários, observações, críticas e recomendações de melhoramentos e, assim, iniciar um processo de realimentação com vistas ao seu aprimoramento (ICN, 1996). Essa versão foi traduzida para diversas línguas, inclusive para o português do Brasil. Na evolução, foi construída a Versão Beta, divulgada em julho de 1999, durante as comemorações dos 100 anos do CIE. Em janeiro de 2002, o CIE divulgou a Versão Beta 2.

O que É a CIPE?

Para o CIE a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem — CIPE® é um instrumento de informação para:

- descrever a prática de enfermagem,
- prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde,
- promover mudanças na prática de enfermagem através da educação, administração e pesquisa (ICN, 1999).

Quais os Objetivos da CIPE?

Os objetivos iniciais da CIPE®, estabelecidos pelo CIE e delineados na Versão Alfa, foram revistos durante a elaboração da Versão Beta e da Versão Beta 2. Estes objetivos, que continuam a direcionar os pressupostos do Programa CIPE®, são:

- estabelecer uma linguagem comum para a prática de enfermagem;
- representar os conceitos usados na prática; descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) no âmbito mundial;
- possibilitar a comparação de dados de enfermagem entre populações de clientes, em ambientes, áreas geográficas e tempos diversos;
- estimular a pesquisa por meio da vinculação de dados disponíveis em sistemas de informação de enfermagem e de saúde;
- propiciar dados sobre a prática, de modo a influenciar a educação em enfermagem e políticas de saúde;
- projetar tendências sobre as necessidades dos clientes, a provisão de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de enfermagem (ICN, 2002).

Quais São os Componentes da CIPE?

O foco central da CIPE® é a prática de enfermagem, descrita como um processo dinâmico sujeito a mudanças, sendo seus componentes principais:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os Fenômenos — As Ações — Os Resultados de Enfermagem

O enfoque multiaxial foi a grande mudança ocorrida da Versão Alfa para a Versão Beta da CIPE®. Esse enfoque permite combinações dos conceitos dos distintos eixos, proporcionando maior solidez à classificação e diversificando a expressão de seus conceitos, conforme se observa na Tabela 3.8.

Tabela 3.8
Eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE — Versão Beta

Eixo	*Definição*	*Exemplos de Termos*
Eixo 1 — Foco da prática de enfermagem	Área de atuação descrita nos regulamentos sociais e políticos da profissão e nas estruturas conceituais da prática de enfermagem	Dor, Auto-estima, Pobreza, Autocuidado, Hipertermia, Família, Grupo, Dispnéia, Sensação etc.
Eixo 2 — Julgamento	Opinião clínica, estimativa ou determinação pelo profissional de enfermagem sobre o estado de um fenômeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa à intensidade ou grau de manifestação desse fenômeno	Inadequado, Contínuo, Melhorado, Deficiente, Diminuído, Excessivo
Eixo 3 — Freqüência	Número de ocorrências ou repetições de um fenômeno de enfermagem num determinado intervalo de tempo	Contínuo, Intermitente, Muito freqüente, Raramente, Nunca etc.
Eixo 4 — Duração	Intervalo de tempo durante o qual um fenômeno de enfermagem ocorre	Agudo, crônico
Eixo 5 — Topologia	Região anatômica em relação ao ponto médio ou à extensão de uma área anatômica de um fenômeno de enfermagem	Direito, Esquerdo, Inferior, Superior, Total, Parcial, Posterior, Anterior etc.
Eixo 6 — Localização	Posição anatômica ou localização de um fenômeno de enfermagem	Olho, Pé, Cabelo, Articulação, Tecido orgânico, Membrana mucosa etc.
Eixo 7 — Probabilidade	Possibilidade de ocorrência de um fenômeno de enfermagem	Risco, Oportunidade
Eixo 8 — Portador	Entidade que pode ser vista como portadora do fenômeno de enfermagem	Indivíduo, Grupo, Família e Comunidade

Fonte: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® — International Classification for Nursing Practice — Beta 2. Geneva, Switzerland: ICN, 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O que É Fenômeno e Diagnóstico de Enfermagem?

Na CIPE® **fenômeno de enfermagem** é definido como: *aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem*. **Diagnóstico de enfermagem** é definido como o *título dado pela enfermeira para uma decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de enfermagem* (CIE, 2002).

O diagnóstico de enfermagem é construído a partir dos conceitos contidos nos oito eixos da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem da CIPE®, os quais estão apresentados na Tabela 3.8.

Como Elaborar um Diagnóstico de Enfermagem CIPE?

Na elaboração de um diagnóstico de enfermagem:

- deve-se, obrigatoriamente, incluir um termo do eixo foco da prática;
- deve-se, obrigatoriamente, incluir um termo do eixo de julgamento ou do eixo de probabilidade;
- considera-se opcional a inclusão de termos dos outros eixos, que servem para expandir ou aumentar a compreensão do diagnóstico de enfermagem;
- só se deve usar um termo de cada um dos oito eixos que constituem a Classificação de Fenômenos de Enfermagem (CIE, 2002).

Exemplo

Ao avaliar um determinado cliente, pode-se concluir que ele está apresentando evidências de *Dor*. Dessa forma, utilizando-se:

- um termo do eixo foco da prática — *Dor;*
- um termo do eixo de julgamento — *extrema*;
- termos opcionais dos eixos freqüência — *intermitente*, topologia — *direito* e localização — *pé*, pode-se fazer as seguintes afirmativas diagnósticas:
- *Dor extrema*
- *Dor extrema intermitente*
- *Dor extrema intermitente no pé*
- *Dor extrema intermitente no pé direito*.

Observe-se que, nessas afirmativas diagnósticas, está implícita a presença de um termo do eixo portador, visto serem afirmativas que dizem respeito a um indivíduo.

A Classificação de Ações de Enfermagem é também uma classificação multiaxial, constituída por oito eixos (Tabela 3.9). Nessa classificação o termo **ação de enfermagem** foi definido como *o desempenho das enfermeiras na prática assistencial*. **Intervenção de enfermagem** como *a ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, para produzir um resultado de enfermagem* (ICN, 2002).

Como Elaborar uma Intervenção de Enfermagem CIPE?

Na elaboração de uma intervenção de enfermagem:

- deve-se, obrigatoriamente, incluir um termo do eixo tipo de ação;
- considera-se opcional a inclusão de termos dos outros eixos, que servem para expandir ou aumentar a compreensão da intervenção de enfermagem;
- só se deve usar um termo de cada um dos oito eixos que constituem a Classificação de Ações de Enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Exemplo

A partir da afirmativa diagnóstica: *Dor extrema intermitente no pé direito*
- utilizando-se um termo do eixo tipo de ação — *aliviar*,
- termos opcionais do eixo alvo — *dor*, e do eixo método — *compressas fria*, pode-se elaborar a seguinte intervenção de enfermagem:
- ALIVIAR A DOR COM COMPRESSA FRIA.

Tabela 3.9
Eixos da Classificação de Ações de Enfermagem da CIPE — Versão Beta

Eixo	*Definição*	*Exemplos de Termos*
Eixo 1 — Tipo de ação	Representado por uma ação de enfermagem	Ensinar, Orientar, Inserir, Monitorizar etc.
Eixo 2 — Alvo	Entidade que é afetada pela ação de enfermagem ou que proporciona o conteúdo da ação de enfermagem	Dor, Lactente, Neonato, Corpo, Face, Pele, Compressas, Lençol, Faca etc.
Eixo 3 — Método	Entidade usada na execução de uma ação de enfermagem, podendo incluir instrumentos definidos, como as ferramentas utilizadas no desenvolvimento de uma ação de enfermagem e serviços, definidos como trabalhos específicos ou planos usados quando se desenvolve uma ação de enfermagem	Sonda nasogástrica, Fralda, Bengala, Brinquedo, Medicamento, Injeção, Cirurgia, Quimioterapia, Terapia familiar, Serviço de enfermagem etc.
Eixo 4 — Tempo	Orientação temporal de uma ação de enfermagem, podendo incluir um *período de tempo* (evento), definido como um momento de tempo, e *intervalo de tempo* (episódio), definido como a duração entre dois eventos	Antes, Durante, Depois, Pré-natal, Pós-operatório, Pós-parto, Alta, Admissão etc.
Eixo 5 — Topologia	Região anatômica em relação a um ponto ou à extensão de uma área anatômica envolvida numa ação de enfermagem	Horizontal, Vertical, Lateral, Central, Dentro, Fora, Posterior etc.
Eixo 6 — Localidade	Orientação espacial anatômica de uma ação de enfermagem, incluindo *local do corpo*, definido como a localidade anatômica da ação e *lugar*, definido como a localidade espacial onde a ação está ocorrendo	Abdômen, Coração, Perna, Boca, Clínica geral, Creche, Escola, Universidade, Local de trabalho etc.
Eixo 7 — Via	Caminho através do qual a ação de enfermagem é executada	Epidural, Ocular, Oral, Intramuscular, Digestiva, Cutânea, Intravenosa etc.
Eixo 8 — Beneficiário	Entidade que recebe as vantagens de uma ação de enfermagem	Indivíduo, Grupo, Família e Comunidade

Fonte: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® — International Classification for Nursing Practice — Beta 2. Geneva, Switzerland: ICN, 2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O que é Resultado de Enfermagem CIPE?

Na CIPE® **resultado de enfermagem** é definido como *a mensuração ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos específicos de tempo, após a execução de uma intervenção de enfermagem* (ICN, 2002).

Exemplo

Se um cliente apresentava, em uma avaliação inicial, o diagnóstico *Dor extrema intermitente no pé direito,* ele pode, em um segundo momento de avaliação, estar com *Dor moderada no pé direito,* como resultado das intervenções de enfermagem que foram realizadas, ou continuar com *Dor extrema intermitente no pé direito*.

A CIPE® está sendo desenvolvida como um marco unificador dos diversos sistemas de classificação em Enfermagem, permitindo a configuração cruzada de termos das classificações existentes e de outras que forem desenvolvidas. Um dos principais critérios dessa classificação é o de poder ser suficientemente ampla e sensível à diversidade cultural, de modo que sirva para os múltiplos fins e propósitos requeridos pelos distintos países onde será utilizada (ICN, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado da atividade de atribuir significado aos fenômenos que delimitam o *mundo da Enfermagem*, *nós* temos, ao longo do tempo, não só elaborado, como comunicado, de modo sistemático, um corpo de conhecimento específico, aplicável em qualquer dos campos da prática profissional — ensino, pesquisa ou assistência (Garcia & Nóbrega, 2001). A atividade de nomear e de atribuir significado aos fenômenos e às ações requer o uso da *linguagem* e, se temos a pretensão de promover a Ciência da Enfermagem, precisamos tornar *objetiva* a linguagem que a expressa, ou seja, precisamos situar os termos que a constituem em um universo comum de percepção e de comunicação — o universo instituído pela *cultura da Enfermagem*.

Conforme já afirmado, compreendemos o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico de que lançamos mão para favorecer o cuidado e para organizar as condições necessárias para que este ocorra. Os sistemas de classificação são instrumentos tecnológicos que nos fornecem uma linguagem padronizada a ser utilizada no Processo de Enfermagem e na documentação da prática profissional. Os conceitos incluídos nesses sistemas de classificação fazem parte da linguagem profissional da Enfermagem; garantir sua compreensão e o reconhecimento intersubjetivo de seus significados é, a nosso ver, um aspecto básico, pois eleva seu potencial de aplicabilidade prática, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFARO-LEFEVRE, R. Applying nursing process: a step-by-step guide. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994.
2. BLEGEN, MA; TRIPP-REIMER, T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. Adv Nurs Sci 19(3):37-49, 1997.
3. BOFF, L. Saber cuidar*:* ética do humano — compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
4. BRYKCZYNSKA, G. A brief overview of the epistemology of caring. In: Brykczynska G. (ed.) Caring: the compassion and wisdom of nursing. San Diego: Singular Publishing Group. Chapter 1, p. 1-9, 1997.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

5. CHINN, PL. KRAMER, MK. Theory and nursing: integrated knowledge development. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1999.
6. COLLIER, IC; McCASH, KE; BARTRAM, JM. Writing nursing diagnoses: a critical thinking approach. St. Louis: Mosby, 1996.
7. COX, HC *et al.* Clinical applications of nursing diagnosis: adult, child, women´s, mental health, gerontic and home health considerations. Philadelphia: F. A. Davis, 1993.
8. CREASIA, JL; PARKER, B. Conceptual foundations of professional nursing practice. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1996.
9. DANIEL, LF. Enfermagem: modelos e processos de trabalho. São Paulo: EPU, 1987.
10. FERREIRA, ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
11. FRISH, N. The nursing process revisited. /Editorial/ Nursing Diagnosis, Philadelphia, 5(2):51, Apr./June 1994.
12. GARCIA, TR. Cuidando de adolescentes grávidas solteiras. Ribeirão Preto, 256p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
13. GARCIA, TR. A enfermagem e o cuidar no novo milênio. /Conferência proferida durante o 5º Encontro do Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba, João Pessoa — PB, 2002./ (mimeo)
14. GARCIA, TR; NÓBREGA, MML. As teorias de enfermagem e a construção do conhecimento. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 11, Belém-PA, 2001. Anais... Disponível em CD-ROM.
15. GARCIA, TR; NÓBREGA, MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. Trabalho apresentado na mesa-redonda "A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência", durante o 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Recife/Olinda — PE, 2000/ (Mimeo)
16. GORDON, M. Nursing diagnosis: process and application. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.
17. GORDON, M. Nursing nomenclature and classification system development. Online Journal of Issues in Nursing, Sept. 30, 1998. Disponível em: http://www.nursingworld.org/ojin Acesso em: 05/04/01
18. GORDON, M. The NANDA taxonomy II. In: OUD, N. (org.) Proceedings of the special conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Bern: Verlag Hans Huber, pp. 9-29, 2002.
19. HOUAISS, A; VILLAR, MS; MELLO FRANCO, FM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
20. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. The international classification for nursing practice: a unifying framework — the Alpha version. Geneva: ICN, 1996.
21. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® — International Classification for Nursing Practice — Beta. Geneva, Switzerland: ICN, 1999.
22. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® — International Classification for Nursing Practice — Beta 2. Geneva, Switzerland: ICN, 2002.
23. IYER, PW; TAPTICH, BJ; BERNOCCHI-LOSEY, D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
24. JOHNSON, DE. The nature of a science of nursing. In: NICOLL, LE (ed.). Perspectives on nursing theory. 2. ed. Philadelphia: Lippincott. Chapter 16, pp.189-195, 1992.
25. JOHNSON, M *et al.* Nursing diagnoses, outcomes, and interventions: NANDA, NOC, and NIC linkages. St. Louis: Mosby, 2001.
26. KENNEY, JW. Relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: CHRISTENSEN, JP, Kenney JW. Nursing process: application of theories, frameworks, and models. 3. ed. St. Louis: Mosby. Chapter 1, pp. 3-19, 1990.
27. KOOGAN-HOUAISS ENCICLOPÉDIA E DICIONÁRIO ILUSTRADO. 4. ed. Rio de Janeiro: Seifer, 2000.
28. KRON, T; GRAY, A. Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança. 6 ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

29. MAAS, ML. Nursing-Sensitive Outcomes Classification (NOC): completing the essential comprehensive languages for nursing. In: RANTZ, MJ; LEMONE, P (eds.). Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Twelfth Conference on the Classification of Nursing Diagnoses. Glendale-CA: Cinahl Information Systems. pp. 40-47, 1997.
30. MAAS, ML *et al.* Clinical adequacy of NOC outcomes: a report of field testing. In: OUD, N. (Org.) Proceedings of the special conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Bern: Verlag Hans Huber, pp. 45-64, 2002.
31. MARKS-MARAN, D; ROSE P. Thinking and caring: new perspectives on reflection. In: Marks-Maran D, Rose P. Reconstructing nursing: beyond art and science. London: Baillière Tindall. Chapter 6, pp. 110-140, 1997.
32. MCCLOSKEY, JC; BULECHEK, GM. Nursing Interventions Classification (NIC): overview and current status. In: Oud N (org.). Proceedings of the special conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Bern: Verlag Hans Huber, p. 31-44, 2002.
33. MCCLOSKEY, JC; BULECHEK, GM. Nursing Interventions Classification (NIC). 3. ed. St. Louis: Mosby, 2000.
34. McGUIRE, AD. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: CARLSON, JH *et al.* Nursing diagnosis: a case study approach. Philadelphia: W. B. Saunders. Chapter 1, p. 3-19, 1991.
35. MICHAELIS — MODERNO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.
36. NÓBREGA, MML. Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE — Versão Alfa. 2000. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal de São Paulo — Unifesp-EPM, São Paulo.
37. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Nursing diagnoses: definitions and classification, 2001-2002. Philadelphia: Author, 2001.
38. PAIM, L. Questões e mitos acerca de modelos de assistência de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, 1979. Anais. Brasília: ABEn, p. 62-69, 1979a.
39. PAIM, L. Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1979b.
40. RASCH, RFR. The nature of taxonomy. Image: Journal of Nursing Scholarship, 19(3):147-149, 1987.
41. SMELTZER, SC; BARE, BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
42. YURA, AH; WALSH, MB. The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. 3. ed. New York: Appleton Century Crofts, 1978.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 4

Acolhimento como Instrumento Terapêutico

Vera Sobral
Claudia Mara Mello Tavares
Maria de Fátima Silveira

"Ouvir, ver, sorrir e... tocar...
Ela chegou à minha frente assim tão nervosa
Com voz trêmula e palavras entrecortadas
Olhar ansioso querendo ajuda, mas não sabia precisar de quem...
...que demandas de desejos e necessidades a pessoa do cuidado tem?"

DA MOBILIZAÇÃO DOS AFETOS

O acolhimento é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique na relação profissional de saúde e cliente.

Acolher é mobilizar afetos.

Ao mobilizar afetos, o acolhimento e as condições de acolhida tornam-se um desafio ao convívio de singularidades (profissionais de saúde) com outras singularidades (clientes). O "estar com" é uma necessidade social básica de toda pessoa. Sentir-se acolhido, reconhecido, amparado, ouvido, sentido, solidarizado faz parte da nossa exigência gregária e de comunicação.

É certo que a forma como vivemos a vida, como nos relacionamos com o mundo, com as pessoas, com a família, com os amigos, com o trabalho, interfere na forma como acolhemos. Se estamos bem — de bem com a vida —, sentimos prazer de estarmos vivos e, nessas condições, temos espaço interno para acolher e cuidar (Sobral; Tavares; Silveira; Santos, 2001).

Quando vamos trabalhar, levamos conosco os nossos conhecimentos, medos, necessidades, desejos, frustrações, alegrias, tristezas, carências e afetos. Levamos tudo aquilo que está em nós, e que é o próprio processo que nos tornou uma pessoa singular, conforme nos recorda a Fig. 4.1.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

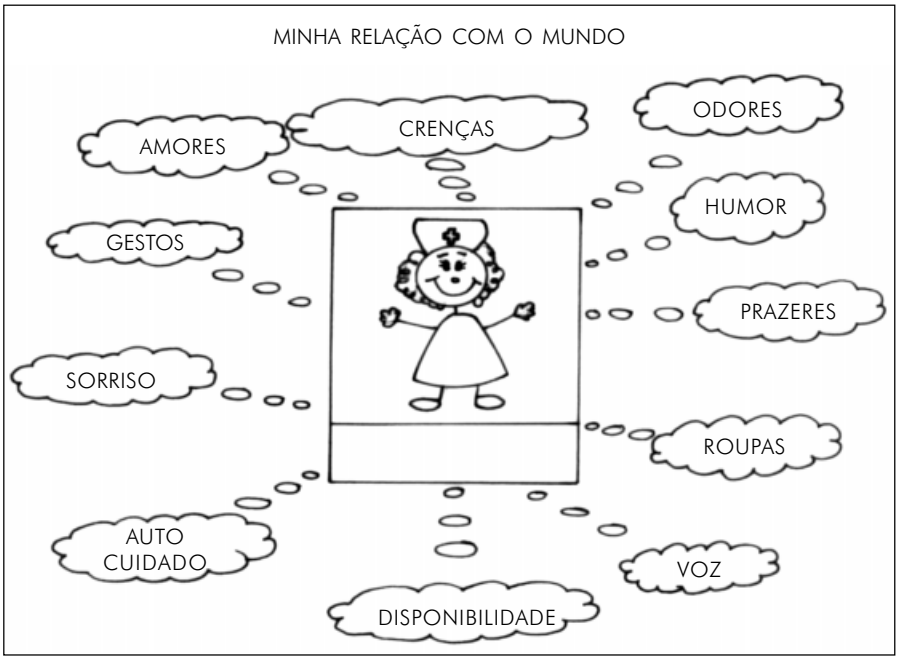


Fig. 4.1 — *Elementos facilitadores da relação entre as pessoas.*

Se fora do ambiente de trabalho o ponto de partida do acolhimento e do cuidado é uma relação afetiva, porque acolhemos e cuidamos de quem conhecemos, no trabalho de enfermagem acolhemos (ou não) e cuidamos de quem não conhecemos, de quem necessariamente não temos afinidade, mas o princípio da solidariedade e da mobilização dos afetos está mantido porque são eles que nos levam a acolher e cuidar dos outros.

Cada pessoa é o centro do seu próprio percurso em direção ao conhecimento da vida ou de possibilidades de viver a vida como, por exemplo, o acúmulo de experiências, incluindo àquelas que levam à promoção da saúde e ao processo do adoecer. À enfermeira cabe compreender esta pessoa e vê-la nessa plenitude para poder acolhê-la em suas particularidades.

Para isso a enfermeira deve **olhar para si, cuidar de si, situar-se no mundo**. Um dos encantamentos dessa profissão é que a própria prática de enfermagem propicia, aos cuidadores sensíveis, descobrirem-se tendo vários sentimentos e atitudes no cuidar, pois como disse Wanda Horta (1979) enfermagem é gente que cuida de gente. Ser um elemento terapêutico no cuidado com o cliente implica estar atento as suas próprias necessidades, desejos, comportamentos, emoções e sentimentos e ainda às maneiras de expressá-los.

O pior perigo para uma pessoa que sofre é ser assistida por uma enfermeira alienada dos seus sentimentos, ávida por um diagnóstico que a tranqüilize e a faça transitar num território conhecido — a prática massificada e impessoal da tarefa: fazer porque é rotina ou porque está prescrito não importando ***a quem***.

O exercício do acolhimento está em trânsito pelas diferenças singulares das pessoas que acolhem e das que são acolhidas, pelos laços sociais e institucionais onde a mobilização dos afetos se constrói a partir de demandas e não por mera estruturação burocrática da assistência (Vaz, 1999).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É bom acreditar também que o acolhimento como proposta terapêutica passa pela consciência e exercício da cidadania e pela possibilidade, sempre e mais, do estranhamento do cotidiano.

ESTRATÉGIAS PARA UM ACOLHER TERAPÊUTICO

A enfermeira tem uma responsabilidade com a sua própria presença num espaço de saúde e/ou doença. Essa presença pode ser tanto mais terapêutica quanto mais consciente ele estiver da importância dela no processo de cuidados. Por exemplo:

Dalva é uma auxiliar de enfermagem. Todo dia quando ela chega cumprimenta os seus colegas e chega perto dos doentes, abre um sorriso e diz:

— Bom dia seu Joaquim, como o Sr. passou a noite?

E fica olhando para ele esperando a resposta.

Ela age assim diariamente com as pessoas que cuida. Dalva é uma auxiliar que todos gostam de ver chegar. Como se a presença dela fizesse bem.

Joana é uma auxiliar de enfermagem diferente de Dalva: está sempre muito séria, e procurando o que precisa ser feito. Ela nem é uma pessoa hostil, mas embora faça o que lhe é determinado fazer, parece que está sempre preocupada com as suas tarefas.

É como se Dalva fosse parceira do bom humor e Joana do rigor.

As pessoas mostram, freqüentemente seus sentimentos e suas emoções através da expressão facial, da forma como se movimentam e se vestem, dos gestos, da entonação da voz, do olhar e do conteúdo da sua fala.

A comunicação é decisiva na nossa vida. Na enfermagem ela é importante tanto nas relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde, com os usuários dos serviços de saúde e com a comunidade.

Na interação auxiliar de enfermagem e pessoas que ela cuida, os mínimos detalhes são observados e podem definir a qualidade do cuidado. Os detalhes podem fazer a diferença entre um cuidado terapêutico e um *DEScuidado.*

Nos exemplos anteriores, enquanto Dalva demonstra compreender a importância da sua própria presença nas atividades do cuidado, Joana parece não a valorizar.

Podemos buscar outro exemplo quando observamos que na nossa vida social nos apropriamos de determinados chavões que não são adequados a uma prática em que a presença do cuidador é, por si só, um fator de conforto.

O DEScuidado pode vir na maneira nada simpática ou afetiva de Joana, mas pode acompanhar a nossa rotina profissional estruturada "DEScuidadosamente" na nossa vida social.

Assim, quando saudamos alguém que precisa da nossa ajuda profissional com um: ***Olá, tudo bem?*** Estamos sendo educados e sociáveis, mas não estamos tendo a consciência da nossa presença terapêutica. Isto porque esta forma de cumprimento pressupõe uma resposta já implícita na pergunta. Parece que de fato, não estamos interessados em saber como a pessoa está, e por isso já dizemos o "tudo bem".

Antônio é um auxiliar de enfermagem muito caloroso. Não consegue falar sem gesticular muito e tocar nas pessoas. Sua vida é um livro aberto e com quem o encontra conta a sua história. Espirituoso está sempre brincando com as pessoas... O seu primeiro contato com o Sr. Joaquim acontece da seguinte forma.

— *E aí, seu Joaquim* (diz Antônio dando uns "tapinhas" no ombro de seu Joaquim), *vamos tomar um banho no capricho? Mas vamos ver se hoje o Sr. colabora e não fica choramingando que nem uma mocinha. O Sr. é homem, não é? Além do mais eu tenho muita coisa pra fazer, mas eu sou da paz, viu parceiro? Posso até ver se a enfermeira autoriza eu lhe dar um S.O.S pra dor, mas você tem que colaborar* (fala rindo e já começando a tirar a coberta do cliente).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Seu Joaquim é um homem simples de 60 anos, católico praticante, tem pudor com relação à exibição pública do seu corpo nu, está doente há pelo menos dois meses, não conhece toda a equipe, pois está internado há dois dias. Ele fica desconcertado, claramente não gosta da "brincadeira" de Antônio, mas não diz uma só palavra.

A abordagem de Antônio revela sua dificuldade em lidar com uma nova relação transferindo para o paciente a responsabilidade de agir como um facilitador no processo de cuidados. É o cliente que deve ser "paciente" e ter consideração com as dificuldades do auxiliar de enfermagem.

A fala de Antônio transpõe os limites do "aceitável" para uma relação supostamente terapêutica. Além de invadir a privacidade do cliente, usa do poder do controle da medicação e da intimidação para barganhar a sua ajuda, posto que o Sr. Joaquim está vulnerável e dependente dos seus cuidados.

O DEScuidado aqui está na impossibilidade de Antônio perceber a diferença entre uma relação de familiaridade e uma relação profissional e terapêutica.

Na situação adiante, vivida pelo Sr. Joaquim e as auxiliares Dalva e Joana, continuamos a apontar as nuances do cuidado terapêutico e do DEScuidado.

Ao terminar o almoço dos pacientes, Dalva pergunta ao Sr. Joaquim:

— Como foi o almoço hoje? O Sr. ficou satisfeito?

Enquanto Joana olha os pratos e depois anota no prontuário quem aceitou ou não a dieta.

Verificar a aceitação da dieta é realmente uma ação de enfermagem. Porém, a equipe de enfermagem, chefiada pela enfermeira, deve estar atenta aos muitos fatores que interferem no processo de atendimento das necessidades de alimentação. Muitas vezes o cliente possui o hábito ou a energia necessária para se alimentar sozinho, necessitando de estímulos ambientais e ajuda para fazê-lo. Para muitas pessoas, a refeição é considerada um momento de privacidade e tem um papel importante na reafirmação da solidariedade do grupo familiar. É uma hora de lembranças familiares onde a saudade de casa pode bater forte. A hora da alimentação pode então acirrar o estado de fragilidade emocional, significar um momento onde nos damos conta de que a nossa integralidade humana e social sofreu uma ruptura com a doença e conseqüente internação.

Nesse sentido, a intervenção de Dalva pode representar para o seu Joaquim, a possibilidade que ele tem de manifestar seus sentimentos e emoções naquele momento, mas também de perceber que há alguém que se interessa pelo que ele sente e pensa. Aqui a possibilidade de troca e de enriquecimento vivencial está posta. O comportamento de Joana, entretanto, cumpre com a prescrição de enfermagem (que é a de observar se os paciente aceitaram a dieta), mas não estimula e nem propicia uma interação com eles. Não há troca. Joana acredita que a atividade terapêutica está **apenas** na execução da prescrição, não valorizando, portanto, a importância terapêutica da sua presença.

FRAGMENTOS DO COTIDIANO

Assim como os exemplos já apontados no texto, fragmentos de interações cotidianas interferem decisivamente na humanização da assistência. A desnaturalização dessas práticas e posturas, isto é, o estranhamento do que consideramos aparentemente "normal e/ou comum" na nossa vida é que vai permitir caminharmos para um cuidado humanizado, um cuidado terapêutico.

A familiarização da equipe de saúde com a dor e o sofrimento humano dificulta, e às vezes impede, que ela não lance um olhar de surpresa e atenção sobre aquilo que o cliente expressa com o seu corpo e sua fala. Às vezes o olhar e a atitude são de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

descarte e incompreensão ou talvez de negação. É a impossibilidade de estranhar o cotidiano. Mas é a partir dele que reinventamos e inovamos a nossa prática.

Há uma certa anestesia e sedação de nossos sentidos. Esquecemos de perseguir os pequenos sinais que sobrepujarão a gestos impessoais e sem afetividade. Prevalece o medo, a incerteza e a indiferença do ser humano com relação ao próprio ser humano.

A familiarização com a dor e o sofrimento, síndrome de Burnout, precisa ser tratada assim como as demais doenças ocupacionais.

O discurso dos trabalhadores de saúde sobre a sua prática evidencia o nosso despreparo (ou a nossa doença) em lidar com a singularidade e o sofrimento do outro. Os fragmentos de discurso abaixo compõem um pequeno painel exemplificador:

Fragmento A — Na sala de parto:

— Ai, ai, ai... tá doendo muito... não agüento mais... — diz uma gestante prestes a dar à luz.

— Tá doendo, né? Mas na hora de fazer você não reclamou — retruca a auxiliar de enfermagem.

Fragmento B — Na clínica cardiológica, às 02:00 da madrugada, ocorre um óbito.

— Luiz, liga aí o som que tem mais um pacote aqui... bem alto, hein!!!!

— Qual vai ser o som hoje? O de sempre?

E o som alto invade o ambiente seguido de risos e piadas.

Fragmento C — Durante a troca de roupa de cama o paciente geme;

— É, ai, ai, ai pra nós e pro senhor... porque nós também cansamos.... o seu ai é de dor e o nosso são as nossas colunas — responde um auxiliar de enfermagem.

Fragmento D — No plantão noturno, o auxiliar desperta o cliente:

— Acorda, seu Joaquim... está aqui a sua medicação pra dormir... tem que tomar no horário certo.

Fragmento E — Pela manhã o cliente reclama que as horas não passam porque está ansioso que chegue a tarde, quando sairá de alta:

— Tá com pressa pra ir embora, né? E nós que estamos aqui todo dia nesse troca-lençol, limpa-comadre, dá-remédio? — fala o auxiliar.

Fragmento E — A criança está irritada com tanta injeção e a auxiliar insiste:

— Olha, titia sabe que dói, mas não chora não, vai doer só um pouquinho....

Fragmento F — Na sala de recuperação anestésica, seu Joaquim faz seu pós-operatório imediato de cirurgia torácica e está com respiração assistida, hidratação venosa, monitoração de sinais vitais, sondagem vesical... Quando o cliente começa a esboçar sinais de recuperação anestésica a auxiliar se aproxima, toca levemente o seu braço e diz com voz alta:

— Respira, seu Joaquim, senão o Sr. vai...

DESPERTANDO PARA UM CUIDADO HUMANIZADO

Pela característica do cotidiano da prática de enfermagem, de permanecer as 24 horas ao lado do cliente e integrar ações em todos os serviços oferecidos pelas instituições de saúde, somos a profissão mais apropriada para decifrar os códigos singulares do processo saúde/doença dos sujeitos, podendo proporcionar, através de nossa criatividade, sua compreensão acerca do sentido de suas necessidades, sintomas, dor e sofrimento.

A doença *é o telefone que toca para nos falar sobre o estado do nosso organismo*. Os momentos de sofrimento são oportunidades de aprendizagem. Quando a doença bate à nossa porta é preciso ser hospitaleiro.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Assim, antes de tentar eliminar a dor do cliente precisamos acolhê-lo e escutá-lo com toda nossa sensibilidade, criatividade e solidariedade. Pelo sentimento e não pelo conhecimento, desenvolvemos um esquema integrador de qualquer perturbação. Entramos no sentimento quando temos a certeza de que não podemos compreender o mundo do ser vivo, em especial o mundo de sua afetividade, a partir do já conhecido.

A realidade nos impõe incessantemente situações que jamais havíamos visto. Nosso sentimento faz despertar a nossa consciência e criatividade. Entrar no sentimento é poder soltar-se, ser receptivo com relação ao mundo que sempre nos fala de modo diferente e opondo-se à insensibilidade, a despeito de uma crença científica ingênua que é a da neutralidade, a não-ligação. Não podemos cuidar do outro, retirando-nos libidinosamente do mundo, negando nosso desejo, emoção, história de vida e sensualidade. É preciso estabelecer alianças, deixar-se conhecer pelas pessoas de quem cuidamos, aceitando sua condição de pessoa crítica, sensível e capaz.

Reconheçamos, portanto, que somos auxiliares da vida para fazer com que o ser humano siga seu próprio caminho. Contudo, para auxiliá-lo, é preciso entender que também temos uma história vivida e um caminho a percorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HORTA, WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU,1979.
2. SOBRAL, V; TAVARES, CMM; SILVEIRA, MF; SANTOS, I. Um encontro pelo afeto: sensibilizando a formação do cuidador. Anais (CDRON) do 12º Congrées du L' ALLAS. CALLAS: CALLAS. Lyon-France, 2001.
3. VAZ, RD. Por uma arquitetura dos afetos... fragmentos para pensar nos desafios na construção dos Centros de Atenção Diária no Município do Rio de Janeiro. Cadernos do IPUB, n.14, Rio de Janeiro, 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 5

Semiotécnica — Semiologia em Enfermagem e Exames Complementares Diagnósticos

Deyse Conceição Santoro

SEMIOTÉCNICA

A história clínica e o exame físico do cliente servem para interpretar as várias doenças, a exemplo das cardiovasculares. É necessário saber dos clientes os sintomas, como se iniciou, estado de hidratação, medicamentos atuais, equilíbrio eletrolítico, temperatura do corpo, estado de oxigenação, condições hemodinâmicas. Verificar o estado do indivíduo, cor da pele, palidez, cianose etc. Palpar o pulso, seja carotídeo ou radial. Auscultar com o estetoscópio e verificar a freqüência e características dos batimentos cardíacos. Quanto maior o déficit, mas difícil será a ausculta cardíaca. É importante analisar os fatores de risco presentes nas características comuns encontradas nos clientes com problemas cardiovasculares. Por sua vez, pessoas que não apresentam esses fatores de risco também não estão insentas de padecer dos mesmos.

Ao se identificar esses fatores de risco, o enfermeiro deve trabalhar com critério, transmitindo ao cliente e seus familiares sua boa vontade e conhecimento, fazendo com que as instruções que possam parecer redundantes, como emagrecer, fazer exercícios, deixar de fumar, sejam respeitadas.

SEMIOLOGIA

Os sintomas comuns que aparecem durante uma doença cardiovascular são os elementos primários que o enfermeiro deve conhecer. Sintomas como dispnéia, fadiga, dor devem ser observados e valorizados. Após a obtenção de informações, a identificação dos problemas concernentes e os resultados formulados, são selecionadas as ações que são esperadas para o alcance dos objetivos desejados. Na Semiologia cardiovascular o diagnóstico diferencial dos problemas identificados é o que torna específico e individualizado o plano de intervenções de enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Como Realizar o Exame Físico?

A — Considerar a área física para:
1 — Estabelecer os Limites da região
2 — Realizar a Inspeção
Devemos antes de tudo observar o indivíduo como um todo, pois algumas alterações vêm acompanhadas de patologia e o seu achado pode nos levar a uma suspeita de determinada doença.
3 — Proceder a Palpação
4 — Realizar a Ausculta

Exame Físico (Aparelho Respiratório)

A — Inspeção dinâmica:
— Freqüência respiratória. Ver valores normais na Tabela 5.1
- taquipnéia
- bradipnéia

Tabela 5.1
Freqüência Respiratória de Acordo com a Idade

Recém-nascido	40-45 resp/min
Lactentes	25-35 resp/min
Pré-escolares	20-35 resp/min
Escolares	18-22 resp/min
Adultos	16-20 resp/min

— Tipo respiratório
- Em repouso tórax e abdome se distendem discretamente. Pode haver pequena predominância do tórax ou abdome.
- Em pé os movimentos abdominais são mais amplos.

— Ritmos anormais
- Cheyne-Stokes pode ocorrer em IC, tumor cerebral, meningite, intoxicação por morfina e barbitúricos. Caracteriza-se por movimentos respiratórios rápidos e amplos, para depois diminuir progressivamente, e em seguida fazer um período longo de apnéia.
- Kusmaul — acidose diabética. Amplos movimentos inspiratórios e expiratórios, com um platô após cada movimento.
- Biot — meningite. Ciclos respiratórios variados, podendo ser regulares em alguns momentos, inteiramente anárquicos em outros, e ainda períodos de apnéia de duração variável.

— Expansividade torácica
- Diminuição bilateral — enfisema pulmonar, afecções dolorosas da pleura e peritônio, politraumatismo, coma, diminuição de força muscular, intoxicações medicamentosas com depressão do centro respiratório.
- Diminuição unilateral — atelectasias, derrame pleural, pneumonia, fibrose pulmonar, fratura de costela.
- Aumento da expansividade — geralmente compensador (derrame pleural, pneumotórax ou atelectasias contralaterais).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Tiragem
- Retração inspiratória de esforços intercostais, fossa supra-esternal, regiões supraclaviculares e subcostais.
— Abaulamento expiratório da fossa supraclavicular, bem como a distensão expiratória das veias jugulares.
— Uso de músculos acessórios — pode-se notar nas grandes dispnéias (asma, bronquite e enfisema).

B — Palpação
- Exame de alterações — especial atenção a contraturas musculares, enfisema subcutâneo. O uso dos músculos acessórios pode ser bem observado pela palpação.
- Expansividade torácica — sempre pesquisar faces posterior, anterior e laterais do tórax.
- Manobra de Ruault para os ápices pulmonares (mãos colocadas por cima das fossas supraclaviculares e os dedos polegares unidos na parte posterior do tórax).
- Manobra para a parte média e base do tórax (as duas mãos envolvem cada uma o hemitórax correspondente, unindo-se pelas pontas dos dedos polegares na porção central).
- Vibrações — frêmito toracovocal.

C — Percussão
- Percussão dígito-digital: percutir as faces anterior, posterior e laterais do tórax, de cima para baixo, procurando compará-las bilateralmente.
- Som normal é claro, atimpânico, variando consideravelmente com a quantidade de tecido subcutâneo e músculos da região percutida.
- Região precordial apresenta zona de macicez.
- Espaço de Traube tem som claro, timpânico.

Percussão anormal:
- Som claro timpânico: pneumotórax.
- Hipersonoridade: enfisema pulmonar.
- Macicez: derrame pleural, pneumonia, atelectasia.

D — Ausculta
- Técnica (realizada em ambiente silencioso. Preferencialmente, o cliente deve estar sentado, ou ter sido mobilizado antes da ausculta, quando esta for feita com cliente deitado).
- Ausculta normal:
  — Murmúrio vesicular: ruído suave de insuflação, durante a inspiração e expiração. Zonas em que está diminuído: região precordial, regiões com acúmulo de gordura ou sobre ossos.
- Relação inspiração/expiração — para cada 5” de inspiração, existem 2” de expiração.
- Alterações do murmúrio:
  — diminuição difusa: enfisema, obesidade.
  — diminuição localizada: atelectasias, pneumonias, derrame pleural, pneumotórax, decúbito lateral.
  — aumento difuso: normal em crianças.
  — aumento localizado: geralmente encontrado em áreas de hiperventilação.
  — murmúrio prolongado na expiração: nas síndromes de obstrução brônquica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

E — Ruídos Adventícios
- Roncos — acúmulo de secreções difusas pulmonares.
- Sibilos — decorrentes de espasmo, estenose ou presença de secreção nas vias aéreas. Auscultado durante ou ao final da expiração.
- Estertores — som ruidoso, auscultado em bases pulmonares durante ou ao final da inspiração.
  - — Crepitantes: pneumonia, fibrose intersticial, na insuficiência cardíaca, bronquiectasias.
  - — Bolhosos: passagem de gás através de um segmento brônquico com secreção fluida em seu interior. Insuficiência cardíaca com edema intersticial.
- Atrito pleural: pode ser auscultado tanto na inspiração como na expiração. Aumenta com as respirações amplas.
- Sopros: são localizados e podem ser comparados quando se sopra dentro de uma garrafa vazia ou através de um tubo. Tuberculose, pneumonias graves.

F — Ausculta da Tosse
- Tosse produtiva: geralmente associada a roncos ou estertores bolhosos.
- Tosse seca: geralmente associada a doenças cardíacas.
- Tosse forçada; só acontece após um esforço inspiratório e expiratório, sendo então acompanhada por sibilos.
- Tosse discreta ao final da expiração: pode tornar audível estertores crepitantes até então não percebidos.

Formas de Atendimento às Necessidades do Cliente com Problemas Respiratórios

A — Exercícios Respiratórios:
Inspiratório:
- Respiração diafragmática; inspiração fracionada.
- Respiração com lábios semi-fechados; inspiração com elevação dos braços.
- Inspiração profunda com expiração lenta de boca aberta.

Expiração: uso de expirômetros; transporte de líquidos; insuflação de luvas; tosse forçada ao final da expiração.

Cuidados: verificação dos gases sangüíneos; monitorização cardíaca; aspiração de secreções; umidificação do ar; posicionamento do cliente; monitorização do quadro hemodinâmico.

EXAMES DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARES E OS CUIDADOS NECESSÁRIOS

Exames complementares — aqui apresentamos alguns exames na especialidade cardiovascular: 1. Ecocardiografia; 2. Angiografia digital; 3. Cateterismo cardíaco; 4.Arteriografia; 5. Flebografia; 6. Débito cardíaco; 7. Sistema Holter.

A — Métodos Não Invasivos

Ecocardiograma: baseia-se no princípio de que ondas sonoras se refletem parcialmente para suas fontes quando encontram uma interface acústica entre dois materiais de densidades diferentes. O cliente é colocado em decúbito dorsal ou lateral esquerdo, com o transdutor colocado contra a parede anterior do tórax, no 3º ou 4º EIC, na linha PEE. Variando a inclinação do transdutor consegue-se visualizar diferentes áreas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Imagem Cardíaca por Ressonância Magnética Nuclear (RMN): é uma técnica não invasiva que permite alta resolução tomográfica e imagem estrutural tridimensional, bem como favorece informações metabólicas sem necessitar da radiação ionizante.

Cuidados:

— Saber se o cliente faz uso de próteses metálicas (parafusos, marca-passo, placas). Caso haja, o local deve ser protegido com dispositivo próprio que impeça a ação da ressonância sobre a prótese.
— Retirar relógio, cordão, brincos, anéis, moedas dos bolsos. Com a ação da ressonância magnética, estes objetos podem ser projetados a longa distância.
— Aquecer o cliente, pois o local é extremamente frio.
— Orientar para que ele se comunique caso haja algum problema durante o exame.

Bioimpedância Elétrica Torácica (BIT): é uma técnica não invasiva de medida do débito cardíaco e da função ventricular esquerda. Baseia-se no fato de que ao se aplicar uma corrente alternada de alta freqüência e baixa energia sobre o tórax, através de um sistema tetrapolar de eletrodos na base do pescoço e do tórax, cria-se um campo eletromagnético em que as alterações do volume e da velocidade do fluxo de sangue da aorta torácica durante o ciclo cardíaco promoverão mudanças proporcionais na condutividade elétrica, que após processamento por um microcomputador permite a aferição do DC.

Tonometria — Medida de PH Intramucoso: a mensuração do pH intramucoso do estômago ou sigmóide, através do tonômetro gastrointestinal, permite uma avaliação regional da adequação da oxigenação tissular. Possibilita a detecção da isquemia de mucosa antes do desenvolvimento de lesões isquêmicas de magnitude suficiente para permitir a translocação de bactérias entéricas e suas toxinas.

Métodos Invasivos

Cateterismo Cardíaco Direito: a técnica consta da introdução de um cateter por acesso venoso para alcançar a artéria pulmonar. Como vias alternativas, usa-se a punção ou dissecção da veia mediana basílica na prega do cotovelo direito, por punção percutânea.

O cateter mais utilizado é de Swan-Ganz, de balão inflável na sua ponta, flutuante, podendo ter ainda mais 3 vias: distal (localiza-se na artéria pulmonar), proximal (localiza-se em átrio direito — podendo ser administrada medicação e/ou verificada pressão de átrio direito), via p/ débito cardíaco (através da conexão com um transdutor próprio, mede o débito cardíaco por diferença de temperatura entre o fluxo sangüíneo e o líquido injetado pela via proximal — geralmente soro fisiológico gelado).

Cateterismo Cardíaco Esquerdo: em geral é feito por cateterização retrógrada do ventrículo esquerdo. O cateter é introduzido sob visão direta na artéria braquial direita e avança, sob controle fluoroscópico, até dentro da aorta ascendente e do ventrículo esquerdo, ou então o cateter pode ser introduzido pela via percutânea, por punção da artéria femoral.

A cateterização do coração esquerdo fornece dados hemodinâmicos. É realizada mais freqüentemente para avaliar a função do músculo ventricular esquerdo e das válvulas mitral e aórtica, ou a permeabilidade das artérias coronárias através da infusão de contraste.

Cuidados:

— Pré-cateterização: jejum por 6 a 8 horas antes; investigar alergias à composição do contraste;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— esclarecer certas sensações que poderão acontecer durante a cateterização: — **palpitação** — em virtude das extra-sístoles que ocorrem quase sempre, especialmente quando a ponta do cateter toca o miocárdio; **desejo de tossir** — quando o contraste é injetado dentro do coração direito; **sensação de calor** — quando o contraste é injetado de qualquer lado do coração mas desaparece em um minuto ou menos.

Cuidados:

— Pós-cateterização: observar formação de hematoma no local da punção;

— Checar pulsos periféricos distais do membro; avaliar temperatura e cor da extremidade, queixa de dor, dormência ou sensação de formigamento; alertar para arritmias; orientar para não dobrar o membro.

— Como diagnosticar o problema cardiovascular?
O diagnóstico do cliente com problema cardiovascular baseia-se em um tripé: história clínica, exame físico e exames complementares. A história permite localizar o órgão ou órgãos envolvidos, saber onde começou a doença e facilitar a identificação da causa. Permite prever a história natural da doença cardiovascular, diagnosticar as complicações, viabilizando o tratamento profilático e curativo e, principalmente, orientar o enfermeiro quanto aos problemas existentes, essenciais ao diagnóstico de enfermagem. A importância da anamnese é reconhecida por todos. O enfermeiro não deve delegar a outrem o interrogatório. O cliente tem a liberdade de comunicar suas queixas usando suas próprias palavras e gestos. O diálogo entre enfermeiros e clientes deve transcorrer em clima de confiança e simpatia recíprocas, indispensáveis às confidências. Saber ouvir com atenção as apreciações etiológicas e circunstâncias dos que sofrem é fundamental. A história clínica cuidadosa e o exame físico meticuloso devem preceder a execução de métodos de investigação complexos. Em condições como a cardiopatia isquêmica, a história clínica tem mais valor que muitos dos métodos complementares utilizados na prática médica. A seguir apresenta-se, inclusive, na Tabela 5.2.

Tabela 5.2
Dados Fisiológicos do Sistema Cardiovascular

Pressão Cardiovascular	*Média (mmHg)*	*Variação Normal (mmHg)*
A — Pressão Cardiovascular		
Pressão Venosa central em átrio direito (PVC)	4	3-9
Sistólica	25	15-30
Artéria Pulmonar Diastólica	10	5-15
Média	15	10-20
Capilar pulmonar (CP)	10	5-15
B — Débito e Índice Cardíacos		
Débito cardíaco = 6,0 L/min para um homem de 70 kg em repouso.		
Índice cardíaco = 2,2 L/min m^2 para um homem normal de 70 kg.		

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES E CARDIORRESPIRATÓRIAS

Dor Torácica Central

Todas as estruturas torácicas e muitas extratorácicas podem originar dor torácica central. Quando se avalia a dor de origem cardiovascular, é necessário que se determine sua localização, irradiação, qualidade e duração dos fatores que a desencadeiam e que a aliviam. Na prática, a primeira pergunta a ser respondida, em geral, é se a dor é ou não é cardíaca. Quando se acredita que a dor seja cardíaca, deve-se diferenciar entre angina, infarto ou síndrome intermediária e considerar se existe uma outra causa básica que não a comum aterosclerose, pois podem haver fatores precipitantes que levam ao aparecimento da dor naquele momento.

Dispnéia

A dispnéia é uma sensação subjetiva de dificuldade de respirar. O mecanismo pelo qual a sensação de dispnéia se produz não está esclarecido. Diversas classificações de dispnéia têm sido propostas, mas, do ponto de vista prático, a mais útil se baseia no padrão de início e evolução.

— A dispnéia e a cianose são sinais habitualmente observados.
— Confusão, sonolência ou agitação de início recente podem ser manifestações de hipoxemia.
— Feita a suspeita de hipóxia através da história e do exame físico, o diagnóstico requer confirmação através de uma gasometria arterial.
— O Rx de tórax é essencial, podendo dar informações adicionais importantes, tais como a presença de pneumonia, pneumotórax ou infiltrados pulmonares. Mas, do ponto de vista prático o fundamental é garantir as condições mínimas de sobrevivência do indivíduo.

PALPITAÇÃO: palpitação pode decorrer de distúrbio cardíaco primitivo, agudo ou crônico, ou de qualquer condição no organismo que apresenta efeito secundário sobre o coração. Inicialmente, deve-se perguntar o que a pessoa quer dizer com seu sintoma palpitação. Deve-se investigar se ela percebe a palpitação todo o tempo ou se esta ocorre apenas em crises bem definidas. Um indivíduo com ansiedade pode perceber um pulso rápido no momento de *stress*. Em geral, é um sintoma comum e desagradável que pode ser definido como uma percepção dos batimentos cardíacos.

Interpretação do Problema

— Em geral, o cliente a descreve como pulsação, tremor, batimentos rápidos e fortes, falhas de batimentos e parada do coração.
— A presença da queixa de palpitação não significa que a doença seja ou não séria. Alguns clientes com graves arritmias, não sentem e outros extremamente ansiosos sentem batimentos que na realidade não existem.
— Na história do cliente devemos observar se os batimentos sentidos são isolados ou em pulos (extra-sístoles); se vêm sob forma de ataques de ritmo regular (taquicardia) ou irregulares (fibrilação atrial paroxística); se o aparecimento foi concomitante com o uso de determinado medicamento ou alimento; se ocorre quando o cliente fica em hipotensão postural etc.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Edema

É o aumento do volume do líquido extravascular, levando a um aumento de volume subcutâneo e conseqüentemente um aumento de peso. Entre outras causas mais comuns de edema estão a insuficiência cardíaca e os estados de hipoproteinemia. A insuficiência cardíaca em geral é facilmente identificada, mas nos estágios iniciais o diagnóstico pode ser mais difícil. Em geral, a história revela fadiga e dispnéia e ao exame, aumento do coração e sinais de doença cardíaca.

Na presença de edema devemos verificar se este é localizado ou generalizado, doloroso ou não, se frio ou quente e se mole ou duro. Com esses dados, podemos fazer o diagnóstico diferencial das causas dos edemas, ou seja, se o problema é cardíaco, renal ou hepático.

Hemoptise

Numerosas doenças podem causar hemoptise e o sintoma vem da doença primariamente local ou pulmonar ou de algum distúrbio sistêmico. Deve-se avaliar a queixa do cliente se o sangue provém dos pulmões. Tem importância especial diferenciar do vômito sangüíneo (hematêmese). Outro problema é identificar o sangramento da via respiratória superior ou boca. Pode-se perguntar se o sangue é vermelho vivo, qual a quantidade eliminada ou se está associado a escarro. Outros sintomas respiratórios principais devem ser pesquisados com cuidado: tosse, escarro, dor torácica, dispnéia e sibilos. Eles podem apontar a causa subjacente. Ressalte-se que no edema agudo de pulmão não há hemoptise e sim, escarro sanguinolento, espumoso, devido a transudação por aumento da pressão venocapilar.

Tosse

É um dos mais freqüentes sintomas cardiorrespiratórios; tornando difícil, portanto fazer a diferenciação entre a tosse de origem pulmonar e a tosse de origem cardíaca.

— A tosse e a secreção purulenta sugerem infecção, enquanto dor pleurítica associada com hemoptise sempre leva a possibilidade de infarto pulmonar.
— Tosse com secreção sempre sugere bronquiectasia.
— Nos casos de insuficiência cardíaca, ela é seca, geralmente piora com o decúbito ou com esforço e é decorrente da congestão pulmonar.

Cansaço e Fraqueza

Embora seja um sintoma geral nos casos de insuficiência cardíaca é devido a diminuição do débito cardíaco, o que vai ocasionar uma má perfusão tissular, incluindo os músculos respiratórios. Uma outra causa é o uso de diuréticos, vasodilatadores, hipotensores e atualmente os betabloqueadores, em especial o propanolol.

Interpretação do Problema

— A fraqueza nos membros inferiores também pode ocorrer como sintoma principal em muitas doenças que comprometem primitivamente o sistema nervoso central e periférico, músculos e articulações.
— A fraqueza das pernas após atividades físicas acompanhada por dor, pode ser devida à síndrome de claudicação intermitente.
— O cansaço pode estar associado a valvulopatias quando ocorre após esforços físicos, mesmo aqueles de pequeno porte.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Manifestações Circulatórias Encefálicas

Em geral, estamos lidando com alguma variedade de manifestações: desmaios, lipotímias, confusão mental, síncope.

— O desmaio pode ser causado por queda súbita do débito cardíaco, decorrente de infarto agudo do miacárdio, mas é mais freqüente em conseqüência de alteração do ritmo cardíaco.
— A falha em manter a perfusão cerebral em face à queda do débito cardíaco é mais comum em pessoas idosas, onde os reflexos compensatórios são menos eficazes.
— A freqüência cardíaca muito lenta ou muito rápida causa queda do débito e pode haver desmaio sobretudo no início da arritmia.
— Os efeitos da massagem do seio carotídeo, usada no tratamento das taquiarritmias, podem produzir sintomas espontâneos de desmaio ou perda da consciência.
— Os ataques de síncope são comuns no bloqueio cardíaco completo.
— A síncope miccional, em geral, afeta homens idosos quando se levantam à noite da cama para esvaziar a bexiga. Provavelmente é uma combinação de hipotensão postural por estase venosa.
— Outra síndrome relacionada é a síncope da tosse, que quando prolongada e intensa pode causar desmaio ou perda da consciência.
— Nas isquemias transitórias, existem vários sintomas que indicam o local do distúrbio, como perturbação visual, diplopia, vertigem, paresia facial e quedas.

Claudicação Intermitente

- É uma sensação desagradável de dor, cãibra, fadiga, peso e impotência funcional.
- Na conceituação de claudicação intermitente, esta sempre acontece após esforço de mesma intensidade e duração.
- A claudicação é um sinal de isquemia arterial grave, onde o exemplo mais comum é a aterosclerose obliterante de membros inferiores.

Problemas Respiratórios

- Para que o organismo tenha atendidas suas necessidades de oxigênio, são necessárias três atividades básicas: ventilação eficaz; difusão de gases entre alvéolos e sangue; transporte de gases.

— Problemas relacionados com regulação do suprimento de oxigênio:
  - Problemas que afetam os sistemas de controle neurológico e químico dos sistemas cardiovascular e respiratório (traumatismo ou lesão do bulbo)
  - Problema no sistema de condução do coração
  - Traumatismos ou doença na medula (atingem os músculos da respiração)
  - Hipertensão

EXAMES COMPLEMENTARES À AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO CLIENTE COM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

A — Raios X

1. Radiografia posição póstero-anterior (PA) e em perfil imagem radioscópica das estruturas torácicas (tumores, abcessos, aneurismas, infiltrados etc.).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2. Tomografia Linear
- Estudo radiológico de uma faixa de pequena espessura do tórax, dissociando os diferentes planos pulmonares. Possibilitando também estudo da circulação pulmonar (embolia pulmonar).

3. Tomografia Computadorizada
- Cortes axiais, indicados para visualização e estudo de calcificações nodulares, nódulos metastáticos, massas e condensações pulmonares, abscesso pulmonar, doenças pleurais.
- Pode ser realizada com injeção de contraste venoso, para estudo de artérias e veias intratorácicas.

4. Arteriografia Pulmonar
- Um cateter é introduzido por via venosa e levado até a artéria pulmonar ou um de seus ramos. Após a injeção de contraste, realizam-se as radiografias. Indicada para estudo de embolia pulmonar, angioma, hipertensão pulmonar, invasão neoplásica.

B — Técnicas de Alergia Cutânea

1. PPD: Corresponde à tuberculina de Koch purificada. Deve ser protegida da luz solar e conservada em geladeira.

A técnica de pesquisa mais usada é a de Mantoux: injeção intradérmica de 0,1 ml da solução na face de flexão do antebraço. Leitura com 72 horas. Medir o maior diâmetro da área de nodulação em milímetros.

Interpretação da Leitura do PPD (Indução)

não reator — 0 a 4 mm
reator fraco — 5 a 9 mm
reator forte — acima de 10 mm

Importante: PPD reator forte não significa, necessariamente, tuberculose em atividade; pode corresponder a doença curada ou alto índice de contato, sem doença (tuberculose — infecção).

2. Alergia a alérgenos "comuns" (poeira, fungos do ar e do solo, pólen, lã, café etc.)
- Injeção intradérmica. Leitura após 5 a 10 minutos.

Usada em casos de alergia respiratória.

C — Exame do Escarro

- Esfregaço e exame de lâmina corada pelo Gram.

Reconhecimento de bactérias Gram + (estreptococos estafilococos, pneumococos) e Gram – (bastonetes).
- Pesquisa de bacilo álcool — ácido — resistente (BAAR). O método mais utilizado é o de Ziehl-Nielsen.
- Cultura para BK — é de crescimento lento e leva cerca de 30 a 45 dias para desenvolver-se.

D — Broncoscopia

- Exame endoscópico da traquéia, carina, brônquios principais e brônquios segmentares, através da introdução de um fibrobroncoscópio. É realizada sedação e anestesia tópica da orofaringe e traquéia. Indicada para estudo de tumores, estenoses, hemoptise, fazer lavado e aspirado brônquico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

E — Ressonância Nuclear Magnética

- Tem aplicação ilimitada no estudo da lesões torácicas.

F — Biópsias: Ganglionar; Brônquica; Pleural; Pulmonar

G — Punção Pleural

- Observar reações pós-punção: reações ao anestésico, tosse, hemorragia de vasos intercostais, hipotensão e choque na drenagem rápida, sinais de pneumotórax, enfisema subcutâneo.
- Curativo local é simples, apenas com esparadrapo. O pulso e PA devem ser controlados de h/h até 6 h após a punção.

H — Dosagem de Gases Arteriais (Gasometria)

- A dosagem dos gases arteriais (O_2 e CO_2), bem como o pH e HCO_3^- são os dados práticos de que dispomos para avaliar globalmente a função pulmonar.

Métodos de Imagem

— Radiografia Panorâmica do Abdome
— Urografia Excretora
Preparo: restrição hídrica e de alimentos com alto teor aquoso, durante pelo menos 12 horas.
Laxativo 12 horas antes do exame. Laxativo intestinal 2 horas antes do exame.
— Pielografia Retrógada; Nefrotomografia
— Cistografia
Pode ser feita no decurso de urografia excretora ou de arteriografia renal, com o fim de estudar melhor tamanho e contorno renais.
— Uretrografia
Após anestesia tópica da uretra, introduz-se um adaptador de metal no meato externo. Com uma seringa conectada ao adaptador, injeta-se o contraste.
— Arteriografia Renal
Punção direta da artéria femoral na região inguinal. Após adequada localização da extremidade do cateter, injeção do contraste sob pressão e radiografias. Por este método, é possível fazer o cateterismo de uma artéria renal e realizar arteriografia seletiva.
Tomografia Computadorizada; Ultra-Sonografia; Ressonância Nuclear Magnética.

Endoscopia

Cistoscopia; Uretroscopia.

Biópsia

Biópsia Renal

Durante: controlar PA, pulso e coloração das mucosas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Após: curativo compressivo, o cliente deve ser colocado em decúbito dorsal durante 24 horas. Controlar PA, pulso e coloração das mucosas de hora em hora durante 12 horas e, a seguir, de 3 em 3 horas, até completar 24 horas. Observar coloração da urina. Temperatura axilar de 4 em 4 horas, nas primeiras 24 horas. Guardar o fragmento renal em frasco contendo substância fixadora (formol a 10%) e enviar ao laboratório. A amostra deve conter, pelo menos, 5 glomérulos.

Biópsia Vesical

Realizada durante citoscopia por intermédio de pinças especiais. Indicada nos tumores vesicais. É possível fazer cauterização do ponto de biópsia, para evitar hemorragia.

Valores normais na Urina
Volume: 500 a 1.500 ml; pH: 4,5 a 7; Proteína: até 150 mg/24h; Glicose: ausente; Uréia: 20 a 40 g/24h; Creatinina: 1 a 1,5 g/24h.

Abordagem do Sistema Imune

Queixa principal — alergias, rinite, dor de garganta, modificação na voz, sibilos, tosse persistente, dispnéia, cólica intestinal, lacrimejamento excessivo, alteração da atividade auditiva.

História Clínica

- Anterior — quanto ao período dos episódios; sobre alergias e sensibilidaes anteriores; se já sofreu alguma crise; se já foi dessensibilizado com vacinas; ou que tratamentos foram usados em caso de alergias.
- História familiar — reações de familiares a medicamentos, principalmente as atópicas.
- História profissional e estilo de vida — onde trabalha (ambiente e aeração); em que tipo de ambiente; como é o ambiente que mora; como se dão as crises e qual o comportamento adotado pelo cliente frente à situação; fazer um diário alimentar para levantar possíveis reações alérgicas advindas de alimentos.

Exame Físico

Queixa Principal

O cliente pode referir um aumento localizado sobre um gânglio (ou gânglios) linfático(s) ou edema ou inchaço generalizado de uma extremidade. Outros sintomas incluem prurido, vermelhidão ou estrias (inclusive celulite), dor, hipersensibilidade, febre, anorexia, cefaléia e irritabilidade. A enfermeira conduz uma análise sintomatológica para determinar a localização, a duração do problema e sintomas concomitantes como drenagem e aumento do calor sobre a região.

História da Doença Atual

A enfermeira indaga o cliente sobre infecções, tanto sistêmicas quanto locais. Essas infecções podem estar associadas com solução de continuidade cutânea, unhas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

encravadas, infecções por fungos ou ferimentos piriformes. O linfedema pode ser decorrente de uma deformidade congênita nos vasos linfáticos ou de uma alteração de sua estrutura e função.

Revisão dos Sintomas

O cliente é solicitado a descrever problemas nas seguintes áreas:

Geral: Mal-estar, cansaço, febre, desânimo, calafrios, sudorese e prurido.

Cabeça e pescoço: Edema, dor ou hipersensibilidade localizada: adenomegalia, cefaléia, irritabilidade.

Cardiovascular: Hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios vasculares periféricos, como varizes, edema de mãos, pés ou pernas.

Gastrintestinal: Anorexia, hepatomegalia, esplenomegalia.

Renal: Nefropatia, inclusive insuficiência renal.

Imunológico: Infecções recentes como influenza, sarampo, mononucleose, viroses: neoplasia, inclusive linfoma: lesão ou trauma resultando em rotura da barreira cutânea, data da última dose de toxóide tetânico.

As partes acessíveis ao exame físico para os gânglios linfáticos superficiais, o fígado e o baço. Os gânglios da cabeça e do pescoço, das regiões supraclaviculares das axilas e das regiões epitrocleares são mais bem palpáveis com o cliente sentado. Já os inguinais e poplíteos são mais acessíveis com o cliente deitado.

Inspeção

A enfermeira inspeciona a superfície que recobre os gânglios com relação a massas ou cicatrizes, pesquisando simetria bilateral. Caso sejam detectadas massas, a enfermeira palpa a região, comparando-a com o lado oposto.

Palpação

A palpação é utilizada para avaliar os gânglios linfáticos em relação a tamanho, formato, consistência, individualização, mobilidade e hipersensibilidade. A enfermeira utiliza as polpas digitais dos três dedos centrais executando um movimento circular suave para palpar os gânglios. As pontas dos dedos permanecem em contato com a pele e deslocam a superfície da pele sobre os gânglios subjacentes. Evita-se um excesso de pressão na tentativa de não obliterar pequenos gânglios palpáveis. Os gânglios linfáticos normalmente não são palpáveis sendo, no entanto, comum encontrar gânglios pequenos, arredondados, moles, únicos, móveis e indolores, principalmente nas regiões cervical e inguinal. Os gânglios grandes, duros, com limites pouco definidos uns em relação aos outros, fixos às estruturas subjacentes ou dolorosos se constituem em achados anormais, e suas características devem ser minuciosamente descritas.

Esses gânglios normalmente não são palpáveis. Contudo, gânglios pequenos, móveis e indolores são comuns, pois aumentam com infecções locais e sistêmicas de repetição. Os gânglios linfáticos acessíveis ao exame e aos braços são as cadeias epitrocleares. Esses gânglios se localizam na goteira entre as musculaturas bicipital e tricipital, proximal ao epicôndilo medial do úmero. Geralmente não são palpáveis. Os gânglios axilares em geral são examinados durante a avaliação da parte anterior do tórax, como parte do exame da mama. As cadeias superior (horizontal) e inferior (vertical) dos gânglios linfáticos inguinais são impalpáveis apesar de serem comuns gânglios pequenos, moles, móveis e indolores. A região inguinal normalmente não

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

apresenta massas ou protuberâncias. Os gânglios linfáticos examinados nas extremidades inferiores são os gânglios poplíteos. Os gânglios poplíteos se localizam nas faces laterais da fossa poplítea e normalmente não são palpáveis.

Quando uma extremidade se apresenta edemaciada, o enfermeiro mede sua circunferência comparando-a com a extremidade contralateral. Diferenças de menos de 1 cm são consideradas dentro dos limites da normalidade.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CLIENTES COM PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Exame Neurológico

Começa com a observação cuidadosa do comportamento rotineiro do cliente e prossegue com testes específicos que ajudam a definir o distúrbio anatômico. Observa-se a velocidade, simetria e coordenação dos movimentos de uma ação simples, como por exemplo, puxar a cadeira. O comportamento e o traje do cliente fornecem informação sobre o humor e a adaptação social. Erros de linguagem, fala ou praxias, negligência do espaço, postura anormal e outros distúrbios de movimentos podem ocorrer em qualquer ponto da avaliação e devem ser observados e anotados.

O exame neurológico completo engloba: exame do estado mental, exame dos nervos cranianos, exame do sistema motor, exame da coordenação, equilíbrio e marcha, teste de sensibilidade, teste de reflexos, teste autonômico e exame cerebrovascular.

Exame do Estado Mental

Inclui perguntas sobre orientação no tempo, espaço e pessoal. A orientação pessoal é perdida apenas em indivíduos severamente obnubilados, delirantes ou dementes e sua ausência isolada sugere simulação. Um indivíduo com atenção normal, com escolaridade básica deve ser capaz de repetir 7 dígitos aleatórios em sequência e 4 em ordem inversa, soletrar MUNDO de trás para frente e fazer cálculos simples (tabuada).

Avaliar:

Memória imediata: é testada pedindo-se ao cliente para lembrar 3 itens não relacionados por um período de 3 a 5 minutos.

Memória recente: se o cliente pode descrever novos eventos ou o desjejum do dia anterior.

Memória de evocação: pode ser avaliada perguntando-se ao cliente a marca e a cor de seu primeiro carro, ou a cor do seu terno no dia de seu casamento.

Capacidade de abstração: é testada com interpretação de provérbios e analogias.

Consciência da doença: sua ausência pode complicar o tratamento.

Linguagem: se o cliente é capaz de nomear objetos simples e parte do corpo e leitura escrita.

Função sensorial cortical: é testada examinando-se a habilidade de identificar pequenos objetos na mão e números escritos na palma da mão.

Relações espaciais: pode ser verificada no leito pedindo-se ao cliente para imitar construções simples ou complexas com os dedos e desenhar um relógio, um cubo ou uma casa.

Praxia: pode ser testada pedindo-se ao cliente para usar uma escova de dentes ou retirar um fósforo da caixa e acendê-lo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Exame dos Nervos Cranianos

1º nervo craniano (olfato): o cliente deve identificar odores característicos, por exemplo, sabão, café, alho, apresentados em cada narina. Evitar usar álcool e outros irritantes. Alterações sugerem lesão de fossa anterior.

2º (óptico), 3º (oculomotor), 4º (troclear) e 6º (abducente) nervos cranianos: fazem parte do sistema visual. O tamanho e forma das pupilas, sua reatividade à luz e acomodação e os movimentos extra-oculares são observados.

5º nervo craniano (trigêmeo): é responsável pelas divisões sensoriais oftálmica, maxilar e mandibular. É testado com um alfinete e o reflexo corneal é evidenciado roçando-se o limbo inferior com um fiapo de algodão.

7º nervo craniano (facial): o cliente é examinado quanto à fraqueza facial durante a conversação espontânea. Assimetria dos movimentos faciais geralmente é mais óbvia quando o cliente sorri, ou (se estiver obnubilado) quando se contrai com um estímulo doloroso. A gustação dos dois terços anteriores da língua pode ser examinada roçando-se cada lado com uma solução doce, ácida, salgada ou amarga.

8º nervo craniano (vestibulococlear, acústico): carrega informações auditivas. Pode ser testado pedindo-se ao cliente para identificar o som da buzina de um carro ou das cordas de um violão.

9º e 10º nervos cranianos (glossofaríngeo e vago): geralmente são examinados juntos. O reflexo nauseoso é testado pedindo-se ao cliente para abrir a boca e tocando-se cada lado da faringe posterior com um abaixador de língua.

11º nervo craniano (acessório espinal): supre o músculo esternocleidomastóideo e o trapézio superior. O primeiro é testado fazendo-se o cliente virar a cabeça contra uma resistência fornecida pela mão do examinador, enquanto o músculo ativo oposto ao lado para o qual está virada a cabeça, é palpado pela mão livre do examinador.

12º nervo craniano (hipoglosso): inerva a língua, que é inspecionada quanto à atrofia, fasciculações e fraqueza.

Exame do Sistema Motor

A flexão e a extensão passivas dos membros em um cliente relaxado fornecem informação quanto ao tono muscular. Qualquer movimento involuntário (por exemplo, coréia, atetose, mioclonia, tremor) é notado. A graduação da força muscular também deve ser avaliada.

Exame da Coordenação, Equilíbrio e Marcha

A coordenação, equilíbrio e marcha normais requerem a integridade das vias motoras, vestibulares e proprioceptivas. A lesão de qualquer um desses sistemas produz déficits característicos. Um cliente com ataxia cerebelar pode alargar sua marcha para ganhar estabilidade; outro com pé caído eleva sua perna (marcha escarvante). A propriocepção afetada requer que o indivíduo esteja observando continuamente o local onde passa.

Teste de Sensibilidade

Pode ser avaliado com um instrumento pontiforme aplicado na face, dorso e 4 membros; perguntar se a sensação é a mesma em ambos os lados. Se houver diferença, o cliente pode distinguir entre rombo e afiado? A sensação de temperatura foi afetada? Podem ser testados alternadamente calor e frio com água em tubos de ensaio. A posição articular é testada pela movimentação das falanges distais dos dedos,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

depois dos artelhos, para cima e para baixo. Se o cliente for incapaz de identificar estes movimentos com os olhos fechados, as outras articulações são testadas na direção ascendente. Uma grande perda frequentemente produz movimentos pseudo-atetóticos dos braços estendidos e inabilidade de localizar um membro no espaço sem pistas visuais. Se o senso postural estiver afetado, o cliente será incapaz de ficar em pé com os olhos fechados e os pés juntos (teste de Romberg).

Teste de Reflexos

O teste de reflexo do tendão profundo (extensão muscular) fornece informação sobre o nervo aferente, as conexões sinápticas na medula espinal e os nervos motores, além das vias motoras descendentes. O reflexo bicipital recebe sua inervação de C5-6; o tricipital da C7-8; o reflexo do quadríceps femoral de L2-3-4; e o reflexo aquiliano de L5, S1-2. O aumento ou diminuição assimétricos são anotados. Reflexos ausentes são verificados por manobras de sensibilização (por exemplo, no teste do reflexo patelar, o cliente entrelaça as mãos e puxa vigorosamente um pouco antes de o tendão ser percutido). Lesões do neurônio motor inferior diminuem os reflexos, enquanto lesões do neurônio motor superior aumentam os reflexos.

A resposta plantar pode assumir várias formas. Pode haver retirada rápida voluntária, que deve ser diferenciada do **sinal de Babinski** (extensão do hálux com abertura em leque dos outros dedos, freqüentemente em conjunção com a flexão do joelho e do quadril), que é mais lento. Apenas este último é de origem reflexa espinal e aponta para uma lesão do neurônio motor superior. Deve-se tomar cuidado para estimular apenas a face lateral da planta, pois um estímulo mais medial pode desencadear um reflexo de preensão, que é produzido por **doença cortical difusa.**

Os reflexos esfincterianos são testados como parte do exame retal, ou estimulando a região perineal com um aplicador rígido (contração anal).

Teste Autonômico

É feita uma avaliação da hipotensão postural, ausência de braditaquicardia com resposta à manobra de Valsalva, aumento ou diminuição da sudorese, síndrome de Horner. Distúrbios intestinais, vesicais e da função sexual devem ser observados.

Exame Cerebrovascular

A história e o exame físico são complementados com auxílio do laboratório, que deve evoluir dos exames mais inócuos para os mais perigosos: para distúrbios cerebrais, TC, RNM, EEG e raios X de tórax e crânio, seguidos, se necessário, pela arteriografia cerebral; para distúrbios de nervos periféricos e mioneurais, determinação de enzimas séricas (isoenzimas da DLH e CK), eletromiografia (EMG) e biópsia muscular; para doença da medula espinal, RNM, tomografia, punção lombar e mielografia.

ALTERAÇÕES DE CONSCIÊNCIA — ESTUPOR E COMA

Estado de alerta com mentalidade normal requer uma interação intacta entre as funções cognitivas dos hemisférios cerebrais e dos mecanismos de ativação da formação reticular. A alteração de consciência pode ser breve ou prolongada, moderada ou profunda. Inconsciência breve ocorre na síncope. Em uma crise convulsiva a inconsciência pode durar mais; na concussão, mais de 24 horas. A inconsciência prolongada usualmente é resultado de distúrbios intracranianos ou metabólicos se-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

veros. A obnubilação é o alerta diminuído, geralmente combinado à hipersonia. O estupor é a não responsividade, da qual o cliente pode ser tirado apenas levemente e através de estimulação vigorosa e repetida. O coma é a não reatividade não responsiva; no coma profundo, mesmo os reflexos de defesa primitivos podem estar ausentes. A hipersonia (sono excessivamente profundo ou prolongado, onde o cliente só desperta com estimulação enérgica) também é estado de alteração de consciência.

Ao exame físico devem ser observados:

- Temperatura corporal.
- Pele: cor, evidência de trauma ou injeções hipodérmicas (narcóticos, insulina), exantemas, petéquias.
- Couro cabeludo: contusões ou lacerações.
- Olhos: tamanho da pupila e reação à luz, paralisia ocular, reflexo corneal, reflexo oculoencefálico (resposta em "olhos-de-boneca" à rotação da cabeça).
- Perda de LCR ou sangue, ou mordidas na língua, odor da respiração (álcool, acetona, paraldeído, amêndoas, azedas [cianeto]).
- Padrão respiratório: hiperventilação, respiração de Cheyne-Stokes.
- Sinais cardiovasculares: ritmo e freqüência, carácter de pulso, PA nos dois braços, sinais de decompensação cardíaca, cianose.
- Abdome: espasmo, rigidez.
- Sinais neurológicos: paresias, rigidez de nuca, reflexos, abalos musculares, convulsões.

As causas mais comuns de inconsciência são: **alcoolismo agudo, trauma de crânio, AVC, epilepsia, acidose diabética**.

O comprometimento do nível de consciência deve ser avaliado pela Escala de Glasgow apresentada na Tabela 5.3 devido à sua objetividade, facilidade de aplicação, e ao fato de ser utilizada na grande maioria dos centros que atendem clientes de urgência. Os pontos de cada item devem ser somados, variando de 3 a 15 pontos. Conceitua-se como comatoso o cliente que não abre os olhos espontaneamente, não obedece a ordens simples e não emite respostas verbais compreensíveis, portanto com escore igual ou menor que 8.

Tabela 5.3
Escala de Glasgow

Abertura	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	À dor	2
	Ausente	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localização à dor	5
	Flexão inespecífica (retirada)	4
	Flexão hipertônica	3
	Extensão hipertônica	2
	Sem resposta	1
Resposta verbal	Orientado e conversando	5
	Desorientado e conversando	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TENSÃO INTRACRANIANA / EDEMA CEREBRAL

A caixa craniana abriga três componentes:

1. **O componenete parenquimatoso** constituído pelas estruturas encefálicas;
2. **O componente liquórico** constituído pelo líquor das cavidades ventriculares e do espaço subaracnóideo;
3. **O componente vascular** caracterizado pelo sangue circulante no encéfalo a cada momento.

A pressão intracraniana é a pressão resultante da presença destes três componentes dentro da caixa craniana, e é usualmente conceituada como sendo a pressão liquórica. A distribuição e a circulação liquóricas através de cisternas permeáveis fazem com que o sistema se comporte como um sistema de vasos comunicantes, distribuindo a pressão uniformemente através dos diversos compartimentos. A medida da pressão liquórica varia conforme local da medida e coluna de água. Varia também conforme a dinâmica da cirulação sangüínea exprimindo a variação do volume sangüíneo encefálico.

A pressão intracraniana normal é de até 20mmHg, e a pressão de perfusão cerebral é maior que 70mmHg (normalmente varia entre 100 e 200 mmHg), conforme se observa na Tabela 5.4.

Tabela 5.4
Valores da Pressão Intracraniana por Situações de Doença

PPC normal	100-200mmHg
Meningite bact.	>
Infecção virótica	N ou >
Abscesso ou tumor	N ou >
Síndrome de Guillain-Barré	N
Hemorragia cerebral	
Trombose cerebral	N ou >
Tumor medular	N

Com auxílio da monitorização da pressão intracraniana deve-se procurar manter a PIC em níveis abaixo de 20mmHg, e a PPC acima de 50mmHg.

As medidas terapêuticas relacionadas com a diminuição da PIC visam diminuir o volume sangüíneo encefálico, uma vez que este é o único compartimento que pode ser rapidamente manipulado de maneira não cirúrgica. O posicionamento adequado do cliente em decúbito dorsal com elevação do dorso e da cabeça em torno de 30 graus, e com a cabeça em posição mediana, é particularmente importante, uma vez que possibilita melhor drenagem venosa.

CEFALÉIA (CEFALALGIA)

A cefaléia é uma manifestação comum da infecção sistêmica ou intracraniana aguda, tumor intracraniano, trauma de crânio, hipertensão severa, hipóxia cerebral e muitas afecções dos olhos, nariz, garganta, dentes e ouvidos. Contudo, tais condições representam apenas alguns clientes que procuram assistência médica por cefaléia. Os demais sofrem de cefaléia tensional muscular, enxaqueca (distúrbio caracteriza-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do por ataques recorrentes de cefaléia, com ou sem distúrbios visuais e GI associados) ou dor de cabeça para a qual nenhuma causa estrutural é encontrada.

A primeira medida quando um cliente queixa-se de cefaléia é determinar precisamente o que dói. As cefaléias podem resultar de estímulo, tração ou pressão sobre qualquer uma das estruturas sensíveis à dor da cabeça: todos os tecidos que cobrem o crânio; o 5º, 9º e 10º nervos cranianos e os nervos cervicais superiores; os grandes seios venosos intracranianos; as grandes artérias da base do crânio; e a dura-máter na base do crânio. A dilatação ou contração da parede dos vasos sangüíneos estimula as terminações nervosas, causando a cefaléia.

A cefaléia de tumor cerebral ou outras lesões intracranianas é geralmente de origem recente. Ela tende a ser intermitentemente persistente por várias horas a cada dia e pode ser desencadeada ou aliviada por mudança de postura. A cafaléia no início pode estar localizada na região do tumor, mas tende a tornar-se generalizada com o aumento da pressão intracraniana.

A cefaléia associada à tensão emocional tende a ser crônica ou contínua e geralmente começa na região occipital ou bifrontal e espalha-se sobre toda a cabeça. Ela é geralmente descrita como uma sensação de pressão ou como uma constrição em torniquete do crânio. Doenças febris, hipertensão arterial e enxaqueca usualmente causam dor cruciante em qualquer parte da cabeça.

Além da atenção à causa, a terapia analgésica sintomática geralmente está indicada. A psicoterapia não precisa ser extensa. Um profissional compreensivo e tranquilizador, que aceita a dor como real, não imaginária, ajuda muito. O valor da terapia com drogas em muitas cefaléias crônicas depende menos da medicação em particular que da psicoterapia concomitante e da qualidade da relação profissional-cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECK, ER et al. Diagnóstico Diferencial. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1981.
2. BEVILACQUA, F et al. Manual do Exame Clínico. 11 ed. RJ: Cultura Médica, 1997.
3. BEVILACQUA, F. Fisiopatologia Clínica. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.
4. CARNEIRO, RD; COUTO, AA. Semiologia e Propedêutica Cardiológicas. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1988.
5. CONSTANT, J. Diagnóstico Clínico em Cardiologia. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
6. DUNPHY, B. Exame Físico do Paciente Cirurgico. Rio de Janeiro: Interamericana, 1999.
7. EISENBERG, MS; COPAS, MK. Terapêutica em Emergências Clínicas. São Paulo: Roca, 1991.
8. GOMES, AM. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: EPU, 1995.
9. GONÇALVES, JL. Ventilação Artificial — Terapia Intensiva Respiratória. Paraná: Lovise, 1992.
10. GUELER, R. Grande Tratado de Enfermagem. São Paulo/Santos: Maltese, 1990.
11. HAMPSON, GD. Practice Nurse Handbook. Oxford: Library of Congress, 1994.
12. LANE, JC et al. Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.
13. LIMA, DR et al. Cardiologia. Série Farmacológica Clínica e Terapêutica. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989.
14. MOORHOUSE, MF; DOENGES, ME. Manual de Enfermagem Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
15. PEREIRA, MM; ROCHA, PA; OLIVEIRA, LFD. Rotinas de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994.
16. ROBBINS. Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Interamericana, 1998.
17. RODRIGUES, SILVIA MAA; CESARETTI, MAL; RIBEIRO, IU. Unidade de Centro Cirúrgico. São Paulo: EPU, 1997.

18. ROGANTE, MM; FURCCLIN, MIR. Procedimentos Especializados de Enfermagem. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
19. SCHEINMAN, M. Emergências em Cardiologia. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
20. SOFAER, B. Dor — Manual Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
21. SOUZA, MH; RÊGO, MMS. Princípios Básicos de Hematologia e Hemoterapia. Rio de Janeiro: Centro Editorial Alfa Rio, 1996.
22. STILLMAN, R. Cirurgia, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
23. TAVARES, W. Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Antiinfecciosos. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SEGUNDA PARTE

Bases Estruturais para o Atendimento ao Cliente

Iraci dos Santos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 6

A Enfermagem como Instituição Hospitalar

Iraci dos Santos
Nébia Maria Almeida de Figueiredo

INTRODUÇÃO

O termo instituição aqui empregado não se refere ao sentido semântico usualmente reconhecido. A concepção que nos levou a empregá-lo foi motivada na origem da análise institucional, na França, em tempos turbulentos de guerra, de ocupação de território, risco de fome para muitas pessoas, inclusive clientes internados em hospitais psiquiátricos (Hospital Saint-Alban), conforme descrevem Gauthier e Sobral (1998). Os autores demarcam o surgimento da psicoterapia institucional com a tomada de consciência de médicos psicanalistas ao observarem que seu poder sobre os clientes, baseado na negação/alienação mental do indivíduo, para maior imposição do saber médico, havia sido abalado por uma nova prática de relações/interações entre clientes e pessoal não-médico a exemplo de camponeses. Naquela ocasião, devido ao risco de fome, os clientes foram liberados de seu confinamento e colocados em sítios para ajudarem outras pessoas a produzirem seu próprio sustento alimentício.

Afirmam os autores que "este poder de viver, de afirmar a vida e se afirmar como vivos, mudou consideravelmente a relação dos pacientes com os médicos" (Gauthier; Sobral, 1998, p. 88). Esta nova prática, baseada na parceria, no diálogo entre as pessoas, visando à sobrevivência em situações de crise, demonstrou que a comunicação e as trocas de experiências resultavam em efeitos curativos desconhecidos das práticas médicas confirmadas no espaço territorial dos hospitais psiquiátricos. E, assim, os médicos perceberam que o ato, as práticas e a palavra médica são coisas instituídas; coisas que detêm o poder de falar, de organizar e curar, recusando às demais pessoas, inclusive, outros profissionais, o mesmo poder.

Desde o final do século XX temos observado mudanças referentes à hegemonia médica na área de saúde da comunidade, que são menos significativas, na área hospi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

talar. Isto nos leva a refletir sobre o fato de nesta última área existir um maior quantitativo de enfermeiras, as quais, por motivos ainda pouco pesquisados, parecem ratificar o poder médico no espaço hospitalar, sobretudo, referente ao exercício das próprias práticas de enfermagem. O que surge desta observação é:

QUESTÃO 1

As enfermeiras se submetem ao poder médico, no espaço hospitalar, admitindo o poder masculino, paterno, do marido, devido à vivência no seu ambiente familiar?

QUESTÃO 2

As enfermeiras ratificam o poder masculino no espaço hospitalar e o reproduzem na sua própria equipe de trabalho.....?

Estas são questões/hipóteses a serem testadas mediante pesquisa, haja vista a constatação, no cotidiano do trabalho e referente às prescrições de enfermagem, de que as próprias auxiliares e técnicas de enfermagem seguem mais as orientações dos médicos do que as das enfermeiras. Eis uma situação urgente para o reconhecimento da missão institucional da profissão da enfermeira e do seu papel no espaço hospitalar; porque não é somente a autonomia e hegemonia do saber de enfermagem que se encontram em risco neste caso, mas sim e, principalmente, a autonomia do cliente em questões de saúde, pelo ensino do autocuidado de si, por parte da enfermeira; a mais rápida recuperação do cliente hospitalizado e conseqüente brevidade do seu retorno ao convívio familiar, social e de trabalho. Sendo estes resultados observáveis que traduzem o impacto de uma prática qualificada de enfermagem.

Para explicar o que se entende por instituição, recordamos a definição de Baremblitt (1994, p. 177-178):

> *São árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressadas em leis (princípios, fundamentos), normas ou pautas.*

Fazendo uma analogia dessa definição com o que se observa no contexto das organizações hospitalares podemos afirmar que vivemos a situação inicialmente referida nesta capítulo quanto à palavra, ao ato médico, ser uma coisa instituída para todas as ações profissionais e ocupacionais desenvolvidas nestas organizações.

Para demonstrar esta afirmação, lembramos o pensamento de Lourau (1995) que reflete sobre a existência das pessoas a partir de determinadas instituições humanas, as quais se caracterizam num movimento dialético, com os momentos denominados instituído, instituinte e institucionalização, que passam de um para outro na dependência da aceitação e ratificação na sociedade onde coexistem.

QUESTÃO 3

O que é instituído?

> *"São as relações de dominação, poder, de recalcamento e normalização que caracterizam a vida "normal" das organizações e que mudam somente para reproduzir, conservar as mesmas dominações fundamentais." (Santos; Gauthier, 1999)*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 4

Como pensamos que o ato médico se tornou instituído?

Estamos no início do século XXI e refletimos que o motivo de se admitir a hegemonia médica nos serviços de saúde hospitalares encontra-se defasado em, pelo menos, meio século devido aos avanços na aquisição de competência em questões de saúde por parte de outros profissionais, inclusive o enfermeiro. Na época, referida no início deste capítulo, era a prática médica ocidental que supostamente detinha o maior saber na área da saúde, até por se privilegiar o corpo físico do ser humano, em detrimento de suas outras dimensões mental e espiritual.

Manter íntegra, forte e "saudável" a dimensão física do homem era o maior interesse do poder que se instituía, sobretudo o capitalista, e para isto contribuía a medicina que dominava o conhecimento sobre o corpo biológico do homem quanto a sua anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia e o tratamento e cura destas situações pela aplicação da farmacologia e cirurgias e o apoio de outros profissionais, a exemplo do enfermeiro.

Então, o investimento na formação do médico e manutenção de seu poder hegemônico era almejado por diversas indústrias, sobretudo a farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Assim, a medicina passou a ser o objeto de desejo de muitas pessoas devido ao seu suposto poder quanto à sobrevivência do ser humano. Com este poder, ela própria se sentiu instituída na área da saúde, na medida em que cada vez mais acreditávamos na sua interferência nas questões de vida e morte biológica dos humanos.

O espaço hospitalar, antes (desde o século XII até a metade do XIX) o lugar, a casa destinada às pessoas pobres com doenças, isoladas devido a doenças contagiosas e mendigos que precisavam ficar afastados da sociedade, segundo o conceito discriminante da época (Trevizan, 1988), foi o território demarcado pelos que praticavam a medicina para instituir e confirmar sua ação, sobretudo, após a sua reformulação baseada e influenciada no trabalho de Florence Nightingale (1989), a qual, também, instituiu a enfermagem como profissão científica.

A reformulação do hospital aconteceu com o apoio de forças e desenvolvimento externos característicos de países economicamente desenvolvidos, tornando-se conseqüentemente no produto de revoluções industriais e científicas (Trevizan, 1988) — um campo/território propício para se estabelecer a instituição medicina pois, citando Rosen, a autora descreve que o alvo deste moderno hospital é o cuidado médico norteado por normas científico-tecnológicas, cuja implementação exige requisitos de racionalidade e economia organizacional.

Esta exigência para aplicação do ato médico demandou o surgimento de estabelecimentos que comportassem os produtos complexos e sofisticados produzidos pelos avanços da medicina científica, resultando no aumento de custos para a sobrevivência dos serviços de saúde implementados nas organizações hospitalares. Tal situação, por sua vez, exigia freqüente e continuado controle, tornado possível com a aplicação dos conhecimentos da administração científica (Trevizan, 1988).

Admitindo que a enfermeira Florence Nightingale foi a pioneira no emprego de conhecimentos de administração nas organizações hospitalares, Trevizan (1988) advoga a utilização da administração como um instrumento para o desenvolvimento da enfermagem, questionando o motivo de as enfermeiras, não assumirem sua *função administrativa*, à qual, desde aquela época até a atualidade, encontra-se em conflito com a função de assistência direta aos clientes.

Refletindo sobre esta situação, indaga-se:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 5

Por que o conflito entre as funções administrativa e assistencial de enfermagem?

Consideramos que a resposta é a força desencadeada pela medicina para se INSTITUIR no espaço hospitalar. Haja vista que ela vinha se desenvolvendo, com fins lucrativos no ambiente familiar dos privilegiados socialmente e sem os recursos das indústrias de equipamentos, farmacêuticas e outras e, também, dos conhecimentos de administração empregados pela enfermagem moderna. Recursos estes que se encontravam no hospital moderno, ao dispor de ricos e pobres, a serem predominantemente financiados pelo poder público, societário ou caritativo.

Para ser instituída, a medicina precisou estabelecer relações de dominação, de poder, de recalcamento, inclusive dos saberes e da posição social dos demais profissionais, sobretudo da enfermeira, de cuja aliança dependia, para à aplicação dos conhecimentos de administração necessários a previsão, provisão, controle e avaliação dos recursos indispensáveis ao funcionamento da organização hospitalar. Esta utilização do saber administrativo da enfermeira para uso próprio permitiu-lhe a posição de mandatária suprema do hospital, fato confirmado na direção geral do hospital ser conferida ao médico, até a atualidade, pois, com poucas e honrosas exceções, no Rio de Janeiro-RJ, ao que sabemos, somente dois hospitais — um público e outro particular — são dirigidos por enfermeiras.

Questionamos o fato de a enfermeira "assessorar" o médico e o administrador do hospital, dando-lhes um suporte indispensável na administração geral. Isto nos parece uma submissão ao poder médico e recalcamento do seu conhecimento administrativo, já secular, pois iniciou-se com Florence no final do século XIX. E, assim, ela continua reproduzindo o poder médico, alienada dos outros saberes profissionais e do profissional como ser humano singular, e do seu cliente, dentro de sua própria equipe de trabalho. Evidente que esta afirmação não abrange as poucas e raras exceções.

Os que conhecem o funcionamento das organizações hospitalares reconhecem, na atuação da enfermeira, a proteção dispensada ao ato médico e à palavra médica, desde o momento em que se propõe dar suporte às ações médicas em detrimento da implementação de suas próprias ações, na crença (?) de que estas resultarão no bem-estar do cliente. Um exemplo característico é quando a enfermeira ordena que sua equipe realize o banho no leito do cliente às sete horas da manhã, a fim de que ele esteja higienizado e preparado para o exame médico, às oito horas, independente do fato de o cliente desejar e até necessitar dormir até mais tarde, devido ao agravamento de seu estado durante a noite.

A reprodução deste poder na equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos) pode, também, ser observada quando a enfermeira ordena o horário de 21 horas para administração de medicamentos soníferos, e a equipe acorda o cliente, exatamente neste horário, para tomar a medicação prescrita pelo médico e, assim, cumpre religiosamente a ordem escrita pela enfermeira.

Também, sobre o cliente, este poder é imposto quando, nas maternidades, principalmente no horário noturno, as enfermeiras (não obstetras) esperam o trabalho de parto chegar ao clímax para chamar o médico, no seu quarto de plantão, para atender as parturientes. Muitas vezes, tal fato tem conseqüências desastrosas, com prejuízo para mãe e filho, uma vez que o médico obstetra deveria dar o seu plantão acompanhando de perto o trabalho de parto e não dormindo com a "cumplicidade" da enfermagem.

Estes fatos parecem folclóricos mas, na verdade, fazem parte da normalização e caracterizam a vida "normal" da organização hospitalar onde o ato médico encon-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tra-se instituído. Aqui tentamos demonstrar como o poder médico muda para outro profissional, sendo reproduzido pela enfermeira, conservando, assim, as mesmas dominações fundamentais. Portanto, não é o elaborar regulamentos, normas, rotinas, manuais e procedimentos institucionais que ratificam o poder administrativo da enfermeira, no espaço hospitalar, sobre sua equipe e o cliente. Da mesma forma não é o ato de transcrever as prescrições médicas que demonstra sua autonomia do saber. Estes instrumentos e atividade apenas formalizam a submissão da enfermagem e do cliente ao poder médico contribuindo para a reprodução deste.

QUESTÃO 6

O que é instituinte?

" É o momento revolucionário, inovador, criador, produtor de novas normas, novas pautas, seja criando uma nova instituição, seja transformando uma instituição já existente, obstruindo as relações verticais de poder existentes." (Santos; Gauthier, 1999)

QUESTÃO 7

Como a enfermgem pode ser instituinte?

Crendo e admitindo outra filosofia de vida e morte, além da ocidental, redescobrimos as dimensões do ser humano e entendemos que, para passar a ver e cuidar dele integralmente, precisamos de outros saberes além dos predominantemente biológicos e biomédicos. Daí a necessidade de nos unirmos em equipe multidisciplinar para tratar de assunto tão complexo tal qual a saúde integral do homem, admitindo que os saberes de todos, inclusive os do nosso cliente, são importantes para cumprirmos nossa privilegiada missão do cuidar e nosso compromisso social com a sociedade.

Para isto muito tem contribuído a busca de saberes de áreas como antropologia cultural, psicologia, sociologia, educação e outras já incluídas no currículo de formação do enfermeiro. A implementação de pesquisas científicas junto ao cliente, sobretudo as de abordagem qualitativa tal como a fenomenologia e, mais recentemente, a sociopoética, permitiram à enfermeira compreender melhor quem é o sujeito do seu cuidado e, assim, delimitar o seu objeto de saber, que se centralizava no saber biomédico, biológico e correspondentes tecnologias assistenciais para o atendimento do corpo físico do ser humano. (Santos; Clos, 2001).

Atualmente, lutar para implementar os conhecimentos produzidos com estas pesquisas, significa um ato de enfermagem revolucionário e, portanto, instituinte. Aplicar estes novos conhecimentos e os advindos de teorias tais como a humanista de Imógene King, do alcance dos objetivos de Callista Roy, do autocuidado de Dorothea Orem, e mesmo a de necessidades humanas básicas de Wanda Horta, conforme as descreve Leopardi (1999); requer uma ré orientação na própria filosofia e ideologia da profissão enfermagem, de uma forma realista e desde um diagnóstico e avaliação de como nossa força de trabalho está sendo utilizada. Responder o por quê, para que, para quem e, sobretudo a quem interessa o saber específico de enfermagem, conforme propõe Santos; Gauthier (1999) é uma responsabilidade dos que desejam mudar esta profissão, fazendo com que ela efetivamente cumpra sua missão e conseqüente compromisso social.

Para os primeiros passos nessa direção procuramos refletir sobre algumas situações problemáticas, para as quais apresentamos questões, cujas respostas, certamente, só serão encontradas desde o engajamento, sensibilidade e criatividade dos leitores a respeito do desenvolvimento digno, autônomo e instituinte da enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÃO A

No Brasil, 80% das ações de saúde são desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem. Dizemos pessoal porque em nosso país o conhecimento desta área é aplicado por pessoas de categorias profissionais e níveis de formação diferentes. Entretanto, a orientação e responsabilidade pelo exercício desta profissão cabe à(ao) enfermeira(o). Com isto, os esforços dos enfermeiros estão mais voltados para supervisão de sua equipe de trabalho, composta predominantemente por membros de nível médio de formação, segundo já alertava Santos (1993), do que para a orientação do atendimento de enfermagem, propriamente dito, ao cliente. Acrescente-se a esta situação o fato de que à enfermeira é, também, atribuída a incumbência de dirigir os serviços e unidades de enfermagem nos quais atua, de acordo com a legislação do exercício profissional descrita no Decreto-Lei n.94.406 /87, anexada em, Santos e cols. (2001).

SITUAÇÃO B

Comparando os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2000) sobre o número de médicos, odontólogos e enfermeiros segundo as grandes regiões (norte, nordeste, sudeste, sul, centro- oeste) do Brasil, verificamos que o menor quantitativo destes profissionais é o de enfermeiro, como se descreve: Médicos — 13,04%; Odontólogos — 8,41%; Enfermeiros — 4, 23%.

Ressalte-se que este último quantitativo corresponde quase à quarta parte do primeiro. Lembrando que, ao pessoal de enfermagem, cabem 80% das ações de saúde, até porque realiza atividades de colaboração aos demais profissionais de saúde, principalmente, ao médico.

QUESTÃO 8

Como o enfermeiro pode atender o cliente hospitalizado, de uma forma holística, conforme preconizam diversas teorias de enfermagem, se na realidade do ambiente hospitalar o quantitativo desse profissional é menor do que o do profissional médico, o qual para implementar sua prática conta com o apoio da equipe de enfermagem?

SITUAÇÃO C — A ENFERMEIRA IMPLICADA COM A BASE ORGANIZACIONAL DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Quando no ambiente hospitalar, onde se desenvolve o atendimento de saúde, principalmente nas unidades operacionais que não internam clientes denominados críticos, observamos a dificuldade das enfermeiras em atender diretamente os clientes considerados de média complexidade. Isto geralmente acontece por estarem constantemente envolvidas com o preparo do ambiente terapêutico, para a equipe de saúde atender o cliente. Para tanto, elas realizam previsão, provisão (e até acondicionamento), controle e avaliação dos recursos ambientais (local de acolhimento, hospedagem do cliente, locais de realização de exames e cirurgias), materiais (equipamentos, aparelhos, mobiliário hospitalar próprio de unidade de internação, roupa, drogas e soluções) e documentais (impressos componentes do prontuário do cliente, receituários, formulários de exames diagnósticos e de pareceres específicos da situação de saúde).

A QUESTÃO É: esta atividade exaustiva, que muitas vezes afasta a enfermeira do sujeito do seu cuidar, não poderia e deveria ser executada pelo administrador hospitalar e equipe de técnicos de administração e/ou por secretárias/ecônomas de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

unidade de internação a fim de liberá-la para a orientação e avaliação dos cuidados de enfermagem?

AS RESPOSTAS têm sido sempre: só a enfermeira tem sensibilidade para realizar tal atividade porque conhece a intimidade do cliente, a rotina hospitalar, tem profundos conhecimentos de administração, apesar de algumas vezes ela não ter tempo de chegar perto de quem mais necessita do preparo do ambiente terapêutico. Um outro fato é que o recurso referido é utilizado por toda equipe de saúde e não somente pela de enfermagem. Então, apresentamos outras questões:

QUESTÃO 9

É realmente só para o cliente que a enfermeira prepara o ambiente terapêutico?

QUESTÃO 10

Por que somente à enfermeira cabe a responsabilidade do preparo do ambiente terapêutico para o atendimento de saúde ao cliente?

SITUAÇÃO D — A TRANSVERSALIDADE NO SABER E FAZER DA EQUIPE DE SAÚDE

Além do preparo do ambiente terapêutico, outras atividades de colaboração, ditas de interdependência com a equipe de saúde são: administração de medicamentos prescritos pelo médico e a supervisão da dieta alimentar, segundo a prescrição da nutricionista. Muitos e antigos questionamentos já foram levantados, inclusive quanto a maior competência para administrar medicamentos ser do médico ou do farmacêutico.

Aqui se coloca em QUESTÃO o fato de estas atribuições já terem sido instituídas e legisladas, há tanto tempo, que esquecemos do fator tempo, disponibilidade física, intelectual e emocional da equipe de enfermagem para executar suas atividades específicas e não, prioritariamente, as de interdependência, que deveriam ser executadas pelos profissionais que identificaram essas necessidades e as prescreveram.

QUESTÃO 11

O que acontecerá quando outros profissionais de saúde, a exemplo do fisioterapeuta, passar a prescrever, também, atividades para serem executadas pela equipe de enfermagem?

SITUAÇÃO E — AFINAL POR QUE E PARA QUE O CLIENTE SE HOSPITALIZA?

Retornando à pergunta sobre como a enfermagem se pode tornar instituinte lembramos que se 80% das ações de saúde são desenvolvidas pela enfermagem, certamente existem atividades muito específicas e da competência exclusiva desta área do conhecimento. Pensamos que estas não se inscrevem na área de interdependência e/ou de colaboração com a equipe de saúde. Pensamos ser estas atividades determinantes da necessidade de o cliente se hospitalizar, haja vista que cabe à enfermagem acompanhar, observar, avaliar, estar presente, ser presença viva (de corpos físico, mental e espiritual) e não apenas de corpo físico, mecanizado, portanto, disponível para ouvir, sentir, perceber sensivelmente, principalmente o que se expressa além da fala e do olhar. Estar disponível para ajudar no atendimento do cliente

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

em suas necessidades e desejos de saúde física, emocional, intelectual, social e espiritual — o que se caracteriza no cuidar específico de enfermagem, segundo Roy, citada por Leopardi (1999). Estas são atividades determinadas somente à enfermagem no seu cotidiano trabalho nas 24 do dia e diariamente. A nenhum outro profissional de saúde exige-se este acompanhamento do cliente até porque é a enfermagem que recebe o cliente no ato de internação e dele se despede na hora final de sua alta, transferência para outras unidades, organizações ou morte.

Assim sendo, apresentam-se as questões:

QUESTÃO 12

Quem tem maior competência para avaliar se ao cliente é imprescindível à realização destes cuidados?

QUESTÃO 13

Quem pode avaliar se o ambiente hospitalar possui o indispensável, inclusive pessoal de enfermagem, para atender o cliente em suas necessidades de saúde?

QUESTÃO 14

Quem deve decidir, em última análise, se o cliente necessita de hospitalização e se pode sair de alta por estar independente dos cuidados de enfermagem?

SITUAÇÃO F — O DILEMA DO COTIDIANO FAZER ENFERMAGEM

Na Situação E sugere-se que o cliente se hospitaliza por necessitar de cuidados diuturnos e ininterruptos da equipe de enfermagem, conforme assevera Santos (1993). Se não fosse assim seria exigida a presença constante dos demais profissionais de saúde ao lado do cliente. Entretanto, sabe-se que alguns deles apenas o visitam para realizar avaliações diagnósticas, de evolução e prognósticas e prescrições da terapêutica específica. Um fato marcante é que na dependência desta visita muitas ações de saúde são desenvolvidas pela enfermagem e não por quem identificou sua necessidade, o que acresce significativamente as atividades de colaboração incumbidas ao pessoal desta área do conhecimento. Por outro lado, alerta-se que, além disso, alguns descuidados com o cliente hospitalizado devem-se ao acúmulo de atividades de enfermagem que são desenvolvidas por um número quantitativa e qualitativamente pequeno destes profissionais.

Este é um dilema vivenciado por esta equipe — fazer sem qualidade o que racionalmente caberia a outros membros da equipe de saúde, muitas vezes em detrimento do seu próprio cuidar específico, o qual poderia ser executado com qualidade caso fossem disponibilizados quantitativo e qualitativo de pessoal, material e ambiental, adequados às necessidades do cliente.

SITUAÇÃO G — O ACASO VALIDANDO O ACONTECIMENTO

A situação descrita também é instituída não só pela hegemonia médica, mas, pressionada por esta, devido à própria reprodução do poder médico, que é feita pelo enfermeiro. Isto pode-se constatar no Decreto-Lei 94.406/87, referente a: Art. 8, item I,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

alínea g, a qual incumbe ao enfermeiro somente os cuidados diretos a clientes graves com risco de vida, delegando o atendimento dos demais clientes aos profissionais de nível médio.

Tal fato nos parece um ato discriminatório que induz o enfermeiro a se preocupar apenas com os clientes chamados críticos e, para atender esta lei do exercício, aumenta o quantitativo de enfermeiros lotados nas unidades de terapia intensiva onde se desenvolve predominantemente a alta tecnologia, principalmente para implementar a prática médica. Sabe-se que os interesses financeiros e econômicos privilegiam esta prática, investindo no quantitativo de médicos enquanto pouco se aplica no provimento do quadro de pessoal enfermeiro.

Neste caso, a QUESTÃO 15: Qual é o interesse e por que se submete o enfermeiro a ser subutilizado, recebendo por isto um salário aquém do investimento social e público para sua formação, quando assume funções meramente administrativas/burocráticas, para as quais muitas vezes encontra-se despreparado?

Como RESPOSTA, podemos refletir que esta subutilização refere-se ao fato de o enfermeiro ter competência para um cuidar de enfermagem com qualidade e se contenta em apenas dar suporte à prática administrativa da organização hospitalar e médica. Entretanto, esta submissão tem impedido evidenciar a contribuição deste profissional na prevenção dos agravos à saúde, recuperação da saúde integral e reabilitação dos agravos das doenças/mal-estar dos clientes hospitalizados. Isto porque no registro do desenvolvimento de suas ações não se encontram atividades relacionadas com as práticas citadas.

Então, a RESPOSTA é: Para ser e ter uma enfermagem instituinte no ambiente hospitalar, é preciso aos profissionais refletirem sobre o que fazem, em que aplicam o seu saber, entenderem o que desejam como projeto de vida integral, no qual se inclui sua saúde profissional. Aqui não se propõe uma revolução para destituir o poder médico, mas uma tomada de consciência de que na equipe de saúde um saber não se pode sobrepor a outro, até porque coloca em questão o próprio significado e o sentido de ser da equipe de saúde.

QUESTÃO 16

Que sentido tem a equipe de saúde quando UM (Enfermeiro) dos membros procura fazer tudo por todos (da equipe) e TODOS não se propõem a fazer alguma coisa por UM?

Para responder a esta pergunta, devemos refletir sobre alguns fatos do cotidiano do trabalho em saúde quando observamos, inclusive nas unidades de terapia intensiva, um profissional médico avaliar que determinado cliente precisa de aspiração traqueal urgente e corre para chamar a enfermeira para realizar este procedimento. Será que neste momento ele lembra que é a vida do cliente que está em jogo e não a desvalorização da prática médica, haja vista que a palavra médica instituiu "certos" procedimentos considerados pouco nobres como atividade de enfermagem?

Da mesma forma, este ato é reproduzido pela enfermeira, até em unidades de internação, ditas de baixa complexidade, quando as técnicas de atendimento ao cliente em suas necessidades de higiene corporal e de eliminação vesical e intestinal são sempre delegadas ao pessoal auxiliar de enfermagem

SITUAÇÃO H — QUEM DESEJA FAZER ENFERMAGEM?

As repercussões do fato exemplificado são graves para o cliente e para os profissionais. Os primeiros porque muitas vezes são mal atendidos e os últimos porque

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

passam a considerar sua profissão desgastante, repulsiva e aterrorizante. Com tanto sofrimento, quem deseja fazer enfermagem? Há que se resgatar a dignidade de um trabalho digno, sobretudo porque destinado ao cuidar do ser humano.

Há que se refletir sobre a fragilidade, potencialidade e o caráter de doação do indivíduo a ser cuidado que, ao se despir do seu orgulho, mesmo pressionado pela doença/ mal- estar, se dispõe a ser visto, tocado por um outro, a enfermeira, a qual com ele aprende uma lição de vida, humildade, paciência e resignação.

Há que se instituir uma enfermagem dialógica, interativa, transacional e, portanto, solidária, na qual seus profissionais utilizam seus órgãos do sentido, suas intelectualidade, emoções e intuição; utilizam a alquimia, a troca de energias dos corpos (seus e os dos clientes) para concretizar sua ciência, ética e arte em favor do ser humano.

Para fazer esta enfermagem exige-se ao menos o cuidado de si em termos de sua saúde integral visando não só ao poder profissional, social e econômico, mas a qualidade do atendimento do cliente, lembrando que esta só será alcançada se houver satisfação para cliente e profissional. Se sabemos que ao tocá-lo trocamos de energia com ele, de que vale e que impacto terá um cuidar desenvolvido por um profissional doente, amargurado, humilhado e sofrido?

O momento instituinte da enfermagem acontecerá quando tomarmos consciência da verdadeira natureza e dignidade desta profissão. Aí, então, teremos força para exigir dos administradores de saúde o direito de destinar as ações para as quais temos a vocação, o dom, o preparo para exercermos, não somente no sentido missionário de servir ao ser humano, como num ato de caridade, mas no sentido da solidariedade que coloca cliente e profissional em situação de parceria. Isto porque, conforme afirmam Gauthier; Hirata (2001, p. 138),

> *"a enfermagem é uma prática transversal, que passa através de disciplinas instituídas diversas, da mesma maneira que os conceitos de bem e mal-estar atravessam diversos momentos da vida e vários modos de atuação."*

Com esta prática, poderemos pleitear o sermos instituinte no ambiente hospitalar, pois teremos força para não chegarmos plenamente ao momento da institucionalização.

QUESTÃO 17

O que é institucionalização?

> *"É quando o trabalho de decodificação, de colocação em crise do instituído pelo instituinte, acaba: o instituinte, então, torna-se um instituído, num movimento dialético: por um lado ele muda o instituído velho, modificando as relações de poder, torna-se menos opressivo; de um outro lado, ele perde as suas forças revolucionárias, tornando-se opressivo, gerando relações de poder, mais naturalizado, no esquecimento de suas origens históricas de luta." (Santos; Gauthier, 1999, p. 21)*

Então, para se tornar e se manter instituinte de novas relações sociais, conforme pensamos exige este terceiro milênio, a enfermagem deve-se configurar numa proposta de educação para o bem-estar, bem-viver e luta para a cidadania de todos. Neste sentido, lembramos Figueiredo; Santos; Sobral; Silva Jr. (1998) em sua proposta de implementação de um novo paradigma científico para esta profissão do cuidar. Aqui, reforçamos que para uma enfermagem instituinte não advogamos a substituição do imperialismo biomédico, em favor do imperialismo da enfermagem, mas sim o incentivar a reflexão dos enfermeiros, despertar-lhes para a abertura de novas e profícuas oportunidades para trilhar novos caminhos instituintes, linhas de fuga inespera-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

das que aparecem no trabalho dos clientes, segundo sugerem Gauthier e Hirata (2001, p. 138-139), sejam eles encontrados no ambiente hospitalar, social, empresarial, familiar, comunitário. Para tanto é preciso acreditar nesta definição destes autores:

"O cuidar é, em si, um processo educativo que caminha entre as culturas instituídas, nas suas bordas e a partir de multiplicidades.

É uma ciência prática, que suporta, que supera as fronteiras instituídas entre ciência e arte, conhecimento e ética, sensibilidade e espiritualidade."

Para ser instituinte, a enfermagem precisa institucionalizar um novo paradigma que:

- revele a especificidade do seu conhecimento;
- dê visibilidade á sua prática;
- seja reconhecido por profissionais das equipes disciplinar e multidisciplinar, clientes e sociedade;
- demonstre o impacto do seu cuidar no bem-estar e conforto e portanto, na satisfação do cliente;
- conduza á auto-realização individual e profissional e, portanto, satisfação dos trabalhadores de enfermagem.

Certamente, a enfermagem como instituição possui para seu funcionamento as bases estruturais citadas por Lourau (1995): ideológica, organizacional e libidinal. A ideológica e libidinal já foram descritas no capítulo introdutório deste livro. A base organizacional foi apresentada em dois capítulos do v. 1 da Série Atualização em Enfermagem, intitulado *Enfermagem Fundamental*. Haja vista que a base organizacional é, também, condicionante da qualidade das relações que se estabelecem no espaço institucional, nos capítulos subseqüentes apresentam-se estratégias de condução à desejada qualidade do funcionamento do Serviço de Enfermagem. Evidentemente, neste caso, o paradigma aqui proposto não é considerado, ficando dependente dos pesquisadores, teoristas, enfermeiros da prática assistencial e docente a idealização e implantação de novos e instituintes padrões de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAREMBLITT, GF. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes — Teoria e Prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
2. FIGUEIREDO, N; SANTOS, I; SOBRAL, V; SILVA, Jr. O cuidar: lugar da invenção de um novo paradigma científico. REBEn. Brasília, v. 5, n. 1, 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 3. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, p. 32-33, 2001.
4. GAUTHIER, J; et al. Pesquisa em Enfermagem — Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1-17, 1998.
5. GAUTHIER, J; SOBRAL, V. Análise Institucional e Esquizo-análise — Uma abordagem política na pesquisa. In: Gauthier J et al. Pesquisa em Enfermagem — Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 88-121, 1998.
6. _____, HIRATA, M. A Enfermeira como Educadora. In: SANTOS, I et al. Enfermagem Fundamental. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 123-142, 2001.
7. LEOPARDI, MT. Teorias em Enfermagem. Florianópolis: Papa Livro, 228 p, 1999.
8. NIGHTINGALE, F. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália C. de Carvalho. São Paulo: Cortez/ ABEn-CEPEn, 174 p, 1989.
9. SANTOS, I; GAUTHIER, J. Enfermagem — Análise Institucional e Sociopoética. Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ, 208 p, 1999.

10. SANTOS, I; CLOS, AC. Pesquisa Quantitativa e Metodologia. In: Santos I et al. Enfermagem Fundamental — Realidade — Questões — Soluções. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 281-284, 2001.
11. SANTOS, I. Supervisão em Enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 98 p, 1993.
12. TREVIZAN, MA. Enfermagem Hospitalar — Administração e Burocracia. Brasília: UnB, 142 p, 1988.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 7

Comissões Administrativas, no Cenário Hospitalar

Antonio de Magalhães Marinho

GENERALIDADES

A gerente de departamento de enfermagem Magdala Marinho tinha um problema técnico difícil que estava afetando a produtividade do serviço de enfermagem. Uma enfermeira-chefe do serviço tinha estudado o problema, mas sua recomendação não o resolveu adequadamente. Embora geralmente cética quanto à utilidade das comissões, Magdala, em desespero, nomeou uma comissão de cinco pessoas de diferentes áreas a fim de estudar o problema e criar uma proposta de solução. Esta não apenas resolveu o problema de produtividade como também proporcionou uma solução que capacitaria o departamento a melhorar a qualidade dos serviços prestados aos clientes.

A situação relatada mostra a razão, a contribuição, a importância e o porquê de serem constituídas as comissões. Elas se constituem em ferramentas de grande importância para o estudo e análise de várias situações. As comissões apresentam soluções ou alternativas para soluções de problemas de várias áreas e níveis de complexidade que se apresentam no cotidiano das organizações.

O *objetivo* das comissões é coordenar e intercambiar informações, aconselhar o *gerente* ou a alta administração de uma organização e até mesmo tomar decisões. Portanto, comissão é um *grupo de pessoas* a quem se dá um assunto para estudar e propor soluções.

É a característica de *ação em grupo* que distingue a comissão dos outros instrumentos administrativos.

Quanto à natureza e conteúdo das comissões, não há uma uniformidade de critérios, uma vez que há comissões que desempenham funções administrativas, outras, funções técnicas, e ainda outras que estudam problemas e outras que forne-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cem apenas recomendações. A autoridade dada às comissões também é muito variada e isso gera bastante confusão em relação à sua natureza.

A comissão pode assumir a função de assessoria, não possuindo características de linha. Pode, ainda, ser um grupo de pessoas especificamente designadas para desempenhar um "ato administrativo". Uma comissão administrativa, dependendo da autoridade de que é revestida, pode ter autoridade de tomada de decisões sobre um conjunto de subordinados de um mesmo segmento ou de diversos segmentos, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Investigação Científica, Comissão de Ética, ou pode ter autoridade de aconselhamento como a Comissão de Assessoria de Assuntos Legais ou, ainda, pode ser utilizada como meio de recepção de dados e análise de informações, a Comissão de Processamento de Dados.

QUESTÃO 1

Assinale com "V" para as respostas verdadeiras e "F" para as falsas.
A formação de uma comissão pode ser determinada quando:

1) ( ) Uma conclusão justa exige uma grande variedade de informações, como é o caso da formação de comissões de pesquisa de preços, de produtos, de serviços etc.
2) ( ) Um grupo necessita alcançar um objetivo.
3) ( ) Uma efetiva coordenação exige que as atividades de algum departamento ou divisão sejam bem ajustadas.
4) ( ) É necessário obter o julgamento de várias pessoas qualificadas para a tomada de uma decisão importante.
5) ( ) Especificamente quando alguma coisa esta errada na organização.
6) ( ) O êxito do cumprimento das decisões depende da perfeita compreensão de todos os seus aspectos e detalhes.
7) ( ) A equipe não está resolvendo suas atividades dentro do prazo preestabelecido.

Quase todas as organizações têm comissões, elas são caracterizadas por membros designados por "portarias". Elas são constituídas por um presidente ou coordenador, que geralmente tem uma categoria hierárquica acima dos demais membros, podendo ser até o seu superior imediato, um secretário, e realizam reuniões, de certo modo, regulares.

A comissão não é propriamente um tipo de organização, mas uma excelente ferramenta de trabalho para desenvolvimento de idéias e recomendações sobre decisões a serem tomadas. Essa ferramenta pode e deve ser aplicada em qualquer tipo de organização.

As comissões constituem um fato da vida organizacional. Cerca de 80% dos executivos da alta administração servem pelo menos em uma comissão; cerca de 75% dos administradores intermediários também o fazem, o que também ocorre com 50% dos administradores dos níveis mais baixos e com mais de 30% dos que não são administradores.

As comissões são de dois tipos: *ad hoc* e estruturais. As estruturais, algumas vezes, são chamadas de comissões permanentes, isto é, são parte da estrutura de uma organização, como a comissão de ética médica, a comissão de investigação científica, a comissão de controle de infecção hospitalar, a comissão de prontuários do cliente e a comissão de óbito.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As comissões *ad hoc* funcionam de maneira semelhante a uma força-tarefa, procurando realizar algum propósito específico, sendo dissolvidas após o alcance do seu objetivo. Elas não são permanentes.

QUESTÃO 2

Complete as lacunas no texto com as palavras da seguinte relação:

Quando _____, com diferentes histórias de vida e _____, se reúnem, há uma quantidade maior de conhecimento, e quase sempre serão identificadas mais _____ para resolver o problema do que as que seriam encontradas por _____. Em muitos casos, diversas pessoas com experiência e antecedentes diferentes surgirão com uma solução melhor do que o mesmo número de pessoas trabalhando individualmente. Há uma _____ na busca da melhor opção para a solução dos _____. Por outro lado, as propostas originadas de comissões favorecem: — o aumento da aceitação. A _____ tende a aumentar a aceitação de novas idéias. As pessoas que participam de uma decisão geralmente têm um sentimento de posse a esse respeito (a que se dá o nome de propriedade) e, por conseguinte, um interesse em que a _____ seja apropriadamente implementada. Ainda que seus pontos de vista não prevaleçam, pelo menos os participantes entendem o raciocínio que respalda a decisão.

VANTAGENS DAS COMISSÕES

QUESTÃO 3

Classificar em ordem de importância, para uma organização de saúde, as vantagens e desvantagens a seguir discritas.

Ordem	*Class*	*Vantagem*	*Justificativa*
01		Previne o abuso do poder	Uma outra vantagem possível é a dispersão de poder que ocorre pela indicação de uma comissão para resolver um problema.
02		Evita conseqüências desagradáveis	Uma outra vantagem é que um gerente ou executivo pode usar uma comissão para extinguir uma idéia ou proposta. Esta situação ocorre ocasionalmente quando um gerente se defronta com uma decisão que será impopular e por razões políticas ou de relações públicas prefere não estar associado a ela. É uma tática simples "semear" a comissão com pessoas de antemão instruídas para acabar com a proposta. Esta tática deve ser usada com muita cautela, já que o tiro pode sair pela culatra. Desde que bem dosadas, as comissões podem dar excelentes resultados. Elas podem ser usadas nos seguintes casos:
01		1-Transmissão de informações	A comissão tem se prestado eficientemente como um meio de transmitir informações às partes interessadas,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ordem	*Class*	*Vantagem*	*Justificativa*
			simultaneamente, com economia e tempo e com provável coleta de sugestões diversificadas, principalmente, quando as partes afetadas pertencem a diversas áreas e órgãos da organização.
02		2-Tomada de decisões e julgamentos grupais	Este parece ser o motivo mais importante para a utilização de comissões. Geralmente, um grupo de pessoas de diferentes especialidades e diferentes áreas da organização traz soluções mais criativas e adequadas para um problema do que uma só pessoa. A comissão traz variedades de abordagens, visão muito mais ampla do problema, intercâmbio de idéias e uma diversidade de opiniões que enriquecem as alternativas de solução apontadas.
03		3-Coordenação	A comissão parece ser uma das melhores e mais eficientes maneiras de se obter a coordenação e o alcance dos objetivos, principalmente quando os planos a serem executados envolvem diferentes áreas, órgãos e pessoas da organização, dentro de uma situação conjunta.
04		4-Consolidação de autoridade	Algumas vezes, podem surgir certos assuntos que exigem o exercício de um volume amplo de autoridade que um administrador de certo nível tenha individualmente. Esses assuntos podem ser resolvidos fazendo os administradores subirem na hierarquia da organização até que alcancem o ponto em que haja autoridade exigida para a decisão. Isto é conseguido através da comissão, que dá a flexibilidade necessária à organização, evitando que a estrutura organizacional seja constantemente modificada para atender a alterações de autoridade para a realização de certas tarefas.
05		5-Restrição à delegação de autoridade	Muitas vezes, a utilização das comissões ou da administração múltipla pode ser decorrente do medo de se delegar autoridade a uma única pessoa ou órgão. O temor à delegação de muita autoridade a um só indivíduo pode ser a causa da organização de muitas comissões. Um executivo, por receio de assumir a responsabilidade por uma decisão difícil ou de confiá-la a um único subordinado, pode utilizar a comissão para obter recomendações a respeito.

DESVANTAGENS DAS COMISSÕES

A dominação por uma ou duas personalidades fortes é possível e portanto é um dos riscos de usar comissões. Esta situação é especialmente nociva se a comissão for dominada por um presidente forte que se impõe. A menos que a pessoa dominante seja a melhor solucionadora de problemas, normalmente uma comissão não consegue sinergia quando há dominação.

Algumas vezes, para conseguir unanimidade, as comissões recorrerão à pressão e a concessões sociais, ao invés de surgirem com a melhor recomendação. Nesta situação, a recomendação é diluída para que todos a apóiem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As comissões também gastam tempo e são caras. O trabalho da comissão leva mais tempo do que o dos indivíduos sozinhos e acarreta o rateio dos salários dos participantes. Além disso, há a questão de custo de oportunidade, já que, enquanto trabalhando na comissão, os membros não podem trabalhar em outros projetos e atividades.

Muitas pessoas se ressentem das comissões mal dirigidas e fracas. O presidente da comissão desempenha um papel essencial em sua efetividade, por intermédio de sua liderança, criando um clima onde é provável que ocorra sinergia.

As comissões podem, com isso, trazer alguns problemas para a organização, tais como:

Ordem	*Class*	*Desvantagem*	*Justificativa*
1.		Divisão da responsabilidade	Como um grupo, a comissão tem autoridade para estudar, recomendar ou decidir sobre algo. Essa autoridade, em princípio, distribui-se por todo esse grupo, mas nem sempre igualmente, na realidade. O perigo oferecido pela comissão é que os seus membros não têm o mesmo grau de responsabilidade que teriam se tivessem encarregado cada um deles da mesma tarefa. Assim, nem sempre todos os indivíduos que compõem uma comissão se sentem igualmente responsáveis pelos seus próprios atos dentro da comissão e, muito menos, por certas deliberações da comissão.
			Exigem um presidente ou coordenador excepcionalmente eficiente, capaz de vencer a tendência para a intransigência ou para a acomodação de alguns participantes, capaz de vencer a lentidão que é característica de qualquer procedimento democrático de deliberação e ainda capaz de evitar que a comissão se torne inativa sem uma coordenação inadequada.
2.		Substituição do administrador	Em alguns casos, por temor à delegação de autoridade centralizada em alguns executivos, a organização pode utilizar comissões. Todavia, nas decisões que individualmente certos executivos podem tomar, as comissões são frágeis e morosas. Poucas são as funções administrativas capazes de serem desenvolvidas adequadamente através de comissões. A liderança é assunto individual. A comissão debilita e tira a iniciativa do comando.
3.		Podem levar a perda de tempo na tomada de decisões	Muitas vezes, uma comissão se torna indecisa, devido ao tempo gasto e o exigido para uma deliberação em aspectos variados e pontos de vista divergentes dos diversos participantes. Daí a dificuldade em se chegar a um termo comum em face da heterogeneidade dos participantes.
4.		Custo em dinheiro	Geralmente, uma comissão envolve especialistas de áreas diferentes, cujo parecer exige argumentação, discussão, ponderação e pouca concisão. O custo financeiro de uma comissão geralmente é elevado quando se conta com especialistas de alto nível, em face dos salários do pessoal envolvido.
5.		Custo em tempo	Absorve tempo útil de numerosos participantes e traz desperdício de tempo aos membros desinteressados em alguns aspectos específicos do assunto tratado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CARACTERÍSTICAS DAS COMISSÕES

Existem certas características genéricas que podem ser aplicadas à maioria das comissões:

a) As comissões podem assumir tipos bastante diferentes. Elas podem ser:
   1. Informais — quando são organizadas por uma pessoa que deseja algum estudo, plano ou decisão grupal sobre algum problema especial. Neste caso, a comissão não tem posição definida, nem qualquer delegação de autoridade.
   2. Formais — quando fazem parte integrante da estrutura formal da organização, com deveres e autoridade especificamente delegados. Assim, a maioria das comissões tem existência duradoura e posição definida na estrutura da organização.
   3. Temporária ou *ad hoc* — quando sua existência está relacionada com o estudo ou trabalho, ou tratamento de algum assunto, sendo sua duração relativamente curta.
   4. Permanentes — quando sua existência é mais prolongada no tempo. Normalmente, as comissões formais devem ser mais permanentes do que informais.

b) A comissão não é um órgão da estrutura organizacional. A comissão, principalmente a informal, não é propriamente um órgão, pois:
   1. Como órgão deveria ter um objetivo específico (próprio e particular), entretanto, a comissão tem um objetivo que geralmente abrange vários órgãos (assuntos interdepartamentais e interdisciplinares). A comissão é geralmente criada para analisar certos problemas que ultrapassam os limites ou a competência de um ou mais órgãos da organização.
   2. Enquanto um órgão é permanente e definitivo na organização, a vida da comissão é provisória e instável. A comissão dura enquanto não atingir o seu objetivo ou não realizar a tarefa para a qual foi criada.
   3. O órgão tem o seu próprio pessoal, já acomissão tem participantes que, na realidade, pertencem a vários e diferentes órgãos e a vários e diferentes níveis hierárquicos da organização e que são cedidos provisoriamente.
   4. Como o órgão teria posição definida na estrutura da organização, normalmente a comissão é colocada em termos de assessoria de algum órgão, em situação de dependência da posição desse órgão.
   5. Enquanto o órgão atua ininterruptamente durante todo o período de funcionamento da organização, a comissão funciona esporádica ou intermitentemente durante certos dias ou em determinadas horas.

Princípios Básicos que Sustentam a Criação de uma Comissão

a) As comissões devem ser constituídas após uma necessidade sentida pelos representantes dos diversos departamentos ou áreas da organização e por todo o pessoal nela envolvido, nos casos em que cada departamento ou área tomada isoladamente é insuficiente para resolver ou para estudar amplamente o assunto. A comissão deve ter assuntos ou objetivos apropriados.
b) A comissão deve ter uma agenda bem preparada e escalonada, sob pena de se estenderem indefinidamente no tempo, perdendo sua produtividade.
c) O presidente da comissão deve oferecer oportunidade de participação a todos os seus membros.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

d) As comissões devem representar as funções e o pessoal interessado, para poderem envolver todas as posições, pontos de vista e abordagens. Em suma, as comissões devem ter membros apropriados em função do assunto que devam estudar.
e) As comissões devem compensar o seu custo. Os benefícios que uma comissão pode trazer devem ser comparados com o custo de sua instalação, principalmente porque a maior parte deles são intangíveis ou colocados a médio ou longo prazo.
f) O funcionamento das comissões deve ser baseado na cooperação entre seus membros participantes, uma vez que os participantes de uma comissão, por pertencerem a diversos órgãos da organização e por estarem situados em níveis nem sempre equivalentes, não recebem autoridade linear por parte do presidente e/ou coordenador da comissão.
g) O tamanho da comissão deve ser cuidadosamente estudado. Ela deve ser suficiente para, de um lado, poder incluir a quantidade de especialistas exigida pelo trabalho e promover o intercâmbio de idéias e as deliberações, e, de outro lado, não apresentar um custo elevado de tempo e de pessoal aplicados, ou de se tornar indecisa pela grande quantidade de membros. Normalmente as comissões devem ser constituídas por cinco ou seis membros, porém há comissões constituídas por quinze ou dezesseis membros.

GABARITO

QUESTÃO 1

2F; 5F; 7F

QUESTÃO 2

várias pessoas; experiências; alternativas; um único indivíduo; sinergia; problemas; participação; decisão

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO 1 — ESTATUTOS — COMISSÕES E ATRIBUIÇÕES

1. Comissão de Farmácia e Terapêutica
2. Comissão de Análise de Óbito e Biópsias
3. Comissão de Ética Multiprofissional
4. Comissão de Revisão de Prontuário
5. Comitê da Qualidade
6. Comitê de Ética em Pesquisa

Estatuto da Comissão de Farmácia e Terapêutica

CAPÍTULO I
DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE

Art.1º — A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital X será constituída por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes, sendo um representante de cada uma das seguintes áreas:
I — Clínica Médica;
II — Clínica Cirúrgica;
III — Clínica Ginecológica;
IV — Clínica Pediátrica;
V — Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
VI — Enfermagem;
VII — Residência Médica;
§ 1º — O Chefe do Serviço de Farmácia é membro nato da Comissão;
§ 2º — Os representantes de cada área serão indicados pelos seus respectivos diretores e/ou coordenadores, sendo designados por Portaria do Diretor Geral.

Art. 2º — O Presidente da Comissão será escolhido entre os seus membros, com mandato igual aos componentes da Comissão.
§ Único — A Secretaria da Comissão será exercida pelo Chefe de Serviço de Farmácia.

Art. 3º — A duração do mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo permitida a reeleição uma só vez.

Art. 4º — A Comissão terá sede na Sala das Comissões Permanentes e usufruirá de sua infra-estrutura administrativa.

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º — São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:
I — estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
II — aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados, por iniciativa própria ou por proposta encaminhada pelos chefes dos Serviços Médicos;
III — estudar os medicamentos, sob o ponto de vista clínico, químico e biofarmacocinético, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia terapêutica e bioequivalência medicamentosa, como critério fundamental de escolha;
IV — relacionar, objetivamente, dados farmacológicos e clínicos relativos a novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso no Hospital;
V — padronizar, exclusivamente, medicamentos de valor terapêutico comprovado;
VI — padronizar medicamentos pelo nome genérico do princípio ativo básico, conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB);

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VII — padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se sempre que possível as associações;
VIII — padronizar medicamentos, resguardada a qualidade, levando em conta o menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
IX — padronizar medicamentos, resguardada a qualidade, cujo custo de tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;
X — padronizar, preferencialmente, formas terapêuticas que permitam a individualização da dose, na distribuição e dispensação;
XI — padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens considerando:
a — comodidade para administração ao paciente;
b — faixa etária;
c — facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
d — facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses.
XII — exercer o poder fiscalizador do cumprimento de suas resoluções que terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico;
XIII — arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo;
XIV — reunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6º — A Coordenação das Comissões Permanentes (CCP), ao receber os pedidos de inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados, providenciará o seu registro em livro próprio para este fim.

Art.7º — A CCP distribuirá os pedidos em escala de rodízio entre os membros da Comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art.8º — O relator terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para elaborar o seu parecer.
§ Único — O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Presidente da Comissão, em casos excepcionais.

Art.9º — Nos dias de reunião ordinária da Comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.10 — Este estatuto está em consonância com a Portaria MEC/MS nº 01/94 e o Manual de Implantação de Padronização de Medicamentos /MEC- março/94.

Art. 11 — Este estatuto poderá ser alterado:
a — após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
b — pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
c — em ambos os casos, por proposta do Diretor Geral do Hospital.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2002

.....
Diretor Geral do Hospital

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Estatuto da Comissão de Análise de Óbito e Biópsias

CAPÍTULO I
DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE

Art.1º — A Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias do Hospital X será constituída por 4 (quatro) membros efetivos e 4 (quatro) suplentes do corpo clínico, sendo um representante de cada uma das seguintes áreas:
1 — Serviço de Anatomia Patológica;
2 — Serviços Clínicos;
3 — Serviços Cirúrgicos;
4 — Serviço de Epidemiologia e Avaliação;
§ Único — Os representantes de cada área serão indicados pelos seus respectivos diretores e/ou coordenadores, sendo designados por portaria do Diretor Geral.

Art. 2º — O Presidente e o Secretário da Comissão serão escolhidos entre os seus membros, com mandatos iguais aos dos componentes da comissão.

Art. 3º — A duração do mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo permitida a recondução uma só vez.

Art. 4º — A Comissão terá sede na Sala das Comissões Permanentes e usufruirá de sua infra-estrutura administrativa.

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art.5º — São atribuições da Comissão de análise de Óbitos e Biópsias:
I — comparar o diagnóstico pré-operatório com os exames anátomo-patológicos e peças cirúrgicas;
II — correlacionar os diagnósticos pré-operatórios com os resultados de necrópsias;
III — verificar a incidência de óbitos por nosologias dentro do perfil epidemiológico da região e notificar o Serviço de Epidemiologia, quando da variação do perfil;
IV — zelar pelo sigilo ético das informações;
V — verificar no atestado de óbito as cláusulas pertinentes às seguradoras;
VI — avaliar os óbitos ocorridos na Instituição, bem como os laudos de todas as necrópsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal (IML);
VII — emitir parecer sobre os óbitos que ocorreram na Instituição e cujo resultado deverá ser discutido, previamente, com a Comissão de Ética e Deontologia Médica, encaminhando-o, posteriormente, à Chefia do serviço responsável pelo atendimento do paciente;
VIII — avaliar e emitir parecer, quando solicitado, sobre as biópsias que ocorrerem na Instituição, adotando, em seguida, as medidas descritas no parágrafo anterior;
IX — exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;
X — arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo;
XI — reunir-se quinzenalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPITULO III
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art.6º — O Serviço de Anatomia Patológica, informará à Coordenação das Comissões Permanentes (CCP), através da remessa de cópias dos formulários, abaixo discriminados, a ocorrência dos óbitos e biópsias (estas quando solicitadas):
I — Boletim de Óbito, com resultado da necrópsia, quando for o caso;
II — Pedido do Exame Cito e Histopatológico, com laudo.

Art.7º — Uma vez recebidos os referidos formulários, a CCP providenciará o seu registro em livro próprio para este fim.

Art.8º — A CCP distribuirá os formulários recebidos em escala de rodízio, entre os membros da Comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art. 9º — O relator terá um prazo de 10 (dez) dias úteis para elaborar o seu parecer.
§ Único — O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Presidente da Comissão, em casos excepcionais.

Art.10- Nos dias de reunião ordinária da Comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.11 — Este estatuto está em consonância com a Resolução CREMERJ nº 40/92 e Portaria Conjunta MEC/MS nº 01/94.

Art. 12 — Este estatuto poderá ser alterado:
1 — após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
2 — pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
3 — em ambos os casos, por proposta do Diretor Geral do Hospital.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2002

.....
Diretor Geral do Hospital

Estatuto da Comissão de Ética Multiprofissional

CAPÍTULO I
DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE

Art.1º — A Comissão de Ética Multiprofissional do Hospital X será constituída por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes, sendo um profissional de cada categoria, a seguir descrita:
I — Médico;
II — Enfermeiro;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

III — Assistente Social;
IV — Nutricionista;
V — Fisioterapeuta;
VI — Biólogo;
VII — Psicólogo;
§ Único — Os representantes de cada categoria serão indicados pelos seus respectivos diretores e/ou coordenadores, sendo designados por Portaria do Diretor Geral.

Art. 2º — O Presidente e o Secretário da Comissão serão escolhidos entre os seus membros, com mandatos iguais aos componentes da Comissão.

Art. 3º — A duração do mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, sem direito a recondução imediata.

Art. 4º — A Comissão terá sede na Sala das Comissões Permanentes e usufruirá de sua infra-estrutura administrativa.

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º — São atribuições da Comissão de Ética Multiprofissional:
I — propor ao Diretor Geral medidas administrativas e sanções quando da sobreposição das atividades profissionais;
II — dirimir dúvidas ou desvios de condutas éticas quando no exercício da atividade profissional;
III — emitir pareceres sobre a feitura ou modificações das normas, rotinas e procedimentos operacionais;
IV — fiscalizar e fazer cumprir o que preceituam os códigos de ética de cada profissional de nível superior da área da saúde;
V — emitir parecer sob o ponto de vista ético-legal sobre pedido de execução de laqueadura tubária;
VI — emitir parecer sob o ponto de vista ético-legal sobre pedido de execução de prática abortiva;
VII — convocar servidores e/ou outros funcionários da Instituição, para testemunhar;
VIII — exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;
IX — arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo;
X — reunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6º — A Coordenação das Comissões Permanentes (CCP), ao receber qualquer documento que notifique a inflingência do Código de Ética de cada categoria da área da saúde ou do relacionamento ético entre a Instituição e os seus usuários (Ex.: pedido de execução de laqueadura tubária; pedido de execução de prática de aborto etc.) solicitará à Unidade de Arquivo e Protocolo a abertura de processo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art.7º — Uma vez recebido, o referido processo, a CCP providenciará o seu registro em livro próprio para esse fim.

Art. 8º — A CCP distribuirá os processos recebidos em escala de rodízio entre os membros da Comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art.9º — O relator terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para elaborar o seu parecer.
§ Único — O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Presidente da Comissão, em casos excepcionais.

Art.10 — Nos dias de reunião ordinária da Comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.10 — Este estatuto está em consonância com a Portaria Conjunta MEC/MS nº 01/94 e a resolução CNS nº 218, de 06/03/97.

Art. 11 — Este estatuto poderá ser alterado:
a — após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
b — pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
c — em ambos os casos, por proposta do Diretor Geral do Hospital.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2002

.....
Diretor Geral do Hospital

Estatuto da Comissão de Revisão de Prontuário

CAPÍTULO I
DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE

Art.1º — A Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital X será constituída por 6 (seis) membros efetivos e 6 (seis) membros suplentes do corpo clínico, sendo um representante de cada uma das seguintes áreas.
I — Médico — Serviços Clínicos;
II — Médico — Serviços Cirúrgicos;
III — Médico Residente;
IV — Enfermeiro;
V — Assistente Social;
VI — Serviço de Documentação Médica.
§ Único — Os representantes de cada categoria serão indicados pelos seus respectivos diretores e/ou coordenadores, sendo designados por Portaria do Diretor Geral.

Art. 2º — O Presidente e o Secretário da Comissão serão escolhidos entre os seus membros, com mandatos iguais aos componentes da Comissão.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 3º — A duração do mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo permitida a reeleição uma só vez.

Art. 4º — A Comissão terá sede na Sala das Comissões Permanentes e usufruirá de sua infra-estrutura administrativa.

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º — São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:
I — estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários dos pacientes;
II — recomendar formulários e sistemas, e dar orientação para se obter um prontuário bem estruturado;
III — rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;
IV — avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário do paciente;
V — devolver os prontuários aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso;
VI — apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Instituição;
VII — revisar todos os prontuários glosados e, por amostragem, os demais, sob os seguintes aspectos:
a — quanto à clareza e legibilidade;
b — quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;
c — diagnóstico provável e definitivo;
d — segmento e continuidade das prescrições;
e — temporaneidade da transcrição de dados dos parâmetros vitais;
f — forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;
g — verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;
h — verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Diretor da Divisão Médica sobre tais ocorrências.
VIII — exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;
IX — arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo;
X — reunir-se quinzenalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu presidente.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6º — A Coordenação das Comissões Permanentes (CCP), requisitará ao Serviço de Documentação Médica os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela Comissão;

Art.7º — Uma vez recebidos os referidos prontuários, a CCP providenciará o seu registro em livro próprio para esse fim.

Art. 8º — A CCP distribuirá os prontuários recebidos em escala de rodízio entre os membros da Comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art.9º — O relator terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para elaborar o seu parecer.
§ Único — O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Presidente da Comissão, em casos excepcionais.

Art.10 — Nos dias de reunião ordinária da Comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 — Este estatuto está em consonância com a Portaria Conjunta MEC/MS nº 01/94.

Art. 11 — Este estatuto poderá ser alterado:
a — após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
b — pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
c — em ambos os casos, por proposta do Diretor Geral do Hospital.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2002

.....
Diretor Geral do Hospital

Estatuto do Comitê da Qualidade

CAPÍTULO I
DO OBJETO

Art. 1º — O Programa da Qualidade do Hospital X é constituída por um Comitê de Qualidade e uma Equipe Técnica-Administrativa para desenvolver sistematicamente um conjunto de ações, buscando a melhora contínua dos processos de trabalho realizados e oferecidos aos clientes externos e internos.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE

Art. 2º — O Comitê da Qualidade será constituído por 12 (doze) membros efetivos e 12 (doze) suplentes sendo um representante de cada uma das seguintes áreas:
I — Direção Geral;
II — Ouvidoria;
III — Comissão dos Direitos do Paciente;
IV — Divisão Médica;
V — Divisão de Enfermagem;
VI — Divisão de Engenharia;
VII — Divisão de Apoio Assistencial;
VIII — Divisão de Recursos Humanos;
IX — Divisão de Atividades Gerenciais;
X — Coordenação de Convênios;
XI — Residência Médica:
XII — Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
§ 1º — O Diretor Geral é membro nato do Comitê da Qualidade;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 2º — Os representantes de cada área serão indicados pelo seu diretor ou Coordenador, sendo designados por Portaria do Diretor Geral.

Art. 3º — O Coordenador e o Secretário do Comitê da Qualidade serão designados pelo Diretor Geral, em cargo de confiança.
§ Único — O Coordenador do Comitê será o representante da Direção Geral.

Art. 4º — O Comitê terá uma Comissão Executiva composta pelo Diretor Geral do Hospital, Coordenador do Comitê da Qualidade, Secretário, Representante do Comitê da Qualidade e Representante da Equipe Técnica-Administrativa
§ Único — O representante do Comitê e o da Equipe Técnica-Administrativa serão escolhidos entre os seus pares que compõem o Comitê.

Art. 5º — A designação dos representantes de cada segmento será de responsabilidade dos seus diretores e/ou coordenadores.

Art. 6º — A duração do mandato será de 24 (vinte e quatro meses), sendo permitida a recondução por mais uma vez.

Art. 7º — O Comitê terá sua sede na Assessoria da Direção Geral e usufruirá de sua infra-estrutura administrativa.

CAPÍTULO III
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º — São atribuições do Comitê da Qualidade:
I — Traçar políticas e objetivos para o Programa da Qualidade;
II — Planejar e deliberar sobre prioridades relacionadas às frentes de trabalho do Programa;
III — Deliberar sobre investimentos necessários ao Programa;
IV — Assegurar o desenvolvimento do Programa e medir suas atividades;
V — Análise crítica das informações, relativas à Qualidade provida pelo hospital aos seus clientes, de forma sistemática;
VI — Comunicar regularmente à Direção Geral e aos Diretores/coordenadores de todo o hospital o nível de satisfação dos clientes internos e externos;
VII — Acompanhar a implantação das melhoras da qualidade por meio de visitas aos vários setores do hospital;
VIII — Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação das normas e rotinas técnico-administrativas visando a aplicação dos Princípios Básicos do Programa da Qualidade (satisfação do cliente, envolvimento de todos os colaboradores, gestão participativa, gerência de processos de trabalho, valorização do servidor, constância de propósitos, melhoria contínua, ação pró-ativa [preventiva] para evitar falhas);
IX — Cooperar com o treinamento, capacitando adequadamente o quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito aos princípios da Qualidade;
X — Pesquisa sistemática do grau de satisfação dos clientes internos e externos;
XI — Viabilização de canais de comunicação com os clientes para avaliação do grau de satisfação com os serviços do hospital;
XII — Elaborar e divulgar relatórios;
XIII — Cooperar com a ação de vigilância quanto a aplicação dos fundamentos do Programa da Qualidade;
XIV — Notificar aos responsáveis por cada serviço os problemas identificados nas áreas de trabalho, atuando de forma cooperativa com a implementação das ações corretivas no Hospital.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6º — A Coordenação do Comitê da Qualidade (CCQ), de posse dos dados (críticas, sugestões e elogios) provenientes dos canais de comunicação com os clientes (caixa de sugestões, pesquisa de opinião, entrevista, canal 0800, E-mail, ou correspondências postadas) selecionados e relatados segundo as normas estabelecidas pela Comissão;

Art.7º — Uma vez selecionados e relatados a CCQ providenciará o seu registro em livro próprio para esse fim.

Art. 8º — A CCQ distribuirá para cada representante de segmento os relatórios recebidos para análise para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.
§ 1º — Os pareceres dos relatórios de segmentos deverão ser analisados no próprio segmento com a participação dos responsáveis pela unidade/serviço envolvidos;
§ 2º — Os relatórios das áreas sem representação no Comitê serão analisados pelo coordenador do comitê e encaminhados para o Diretor/Coordenador do segmento envolvido.
§ 3º- Uma cópia do Relatório Completo será encaminhada ao Diretor Geral.

Art.9º — O relator terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para elaborar o seu parecer.
§ Único — O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Presidente da Comissão, em casos excepcionais.

Art.10 — Nos dias de reunião ordinária do Comitê, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.
§ Único — Os pareceres, após avaliação do Comitê, serão divulgados por meio de comunicação adequada e os clientes receberão as respostas às suas contribuições (críticas, sugestões ou elogios), quando for o caso.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 — Este estatuto está em consonância com a Política Estabelecida para o Hospital X para a busca da melhoria contínua dos seus processos de trabalho rumo à Excelência da Assistência prestada aos clientes/pacientes.

Art. 11 — Este estatuto poderá ser alterado:
a — após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
b — pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
c — em ambos os casos, por proposta do Diretor Geral do Hospital.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2002

.....
Diretor Geral do Hospital

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Estatuto do Comitê de Ética em Pesquisa

CAPÍTULO I
DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE

Art. 1º — O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade X e do Hospital Y é composto por 13 (treze) membros efetivos, sendo: 6(seis) representantes da Faculdade (4 professores, 1 estudante de graduação e 1 estudante de pós-graduação), 6(seis) representantes do Hospital (1 de cada uma das seguintes áreas: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Serviço Social e 1 (um) representante dos usuários do Hospital.
§ 1º — Haverá igual número de membros suplentes;
§ 2º — Na primeira gestão, os membros foram indicados pela Congregação da Faculdade X e pela Direção Geral do Hospital Y e designados por portaria conjunta assinada pelos Diretores das duas Instituições;
§ 3º — Nas gestões seguintes, os representantes de cada categoria profissional serão eleitos por seus pares e designados por portaria conjunta assinada pelos Diretores das duas Instituições.
§ 4º — Nas gestões seguintes, o representante dos usuários do Hospital será eleito por seus pares, obedecendo diretrizes emanadas do Conselho Distrital de Saúde da Área Programática (AP) e designado por portaria conjunta assinada pelos Diretores das duas Instituições.

Art. 2º — O Coordenador e o Secretário do Comitê serão eleitos entre os seus membros com mandatos iguais aos dos demais membros do Comitê.

Art. 3º — A duração do mandato será de 3 anos, sendo permitida a reeleição uma só vez, com renovação de pelo menos 2/3 dos seus membros, a cada gestão.

Art. 4º — O Comitê terá sede na Coordenação das Comissões Permanentes (CCP) do Hospital e usufruirá de sua infra-estrutura administrativa.

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º — São atribuições do Comitê de Ética em Pesquisa:
I — revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos oriundos dos Departamentos da Faculdade X e dos Serviços do Hospital Y, com a finalidade de avaliar a observância dos princípios éticos e normas vigentes relativos à pesquisa em seres humanos;
§ Único — o Comitê poderá, se solicitado, revisar protocolos de pesquisa de outras instituições.
II — emitir parecer consubstanciado no prazo máximo de 30 (trinta) dias e informá-lo ao pesquisador principal.
III — reunir-se quinzenalmente ou em caráter extraordinário por convocação do seu Coordenador ou de 2/3 dos seus membros.
§ Único — são motivos de convocação extraordinária:
a — denúncia de violação dos postulados e normas éticas no andamento de protocolos de pesquisas já aprovados;
b — denúncia de andamento de protocolo de pesquisa ainda não revisado pelo Comitê.
c — acúmulo de serviço.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

IV — exercer o poder fiscalizador do cumprimento dos protocolos de pesquisas por ele aprovados.
V — promover a divulgação das normas éticas referentes à pesquisa em seres humanos, através de eventos e circulares internas.
VI — arquivar os protocolos de pesquisas, pareceres consubstanciados e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo.

CAPÍTULO III
DA TRAMITAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Art. 6º — Para que possa ser recebido, todo e qualquer protocolo de pesquisa encaminhado ao Comitê deverá conter informações precisas e completas da sua metodologia, casuística e objetivos, resumo de seus fundamentos técnicos, bibliografia pertinente, *curriculum vitae* dos pesquisadores e orientadores de tese e demais documentos considerados pertinentes pelo CEP.
§ Único — Nenhum protocolo de pesquisa será apreciado se não vier acompanhado da folha de rosto, devidamente preenchida, e do modelo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelos pacientes submetidos à investigação, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Art. 7º — Uma vez recebido o protocolo de pesquisa, o CEP/CCP providenciará o seu registro em livro para este fim destinado.

Art. 8º — Os protocolos de pesquisa serão distribuídos, em escala de rodízio, aos membros do Comitê para que os mesmos funcionem como relatores e elaborem o parecer consubstanciado de cada protocolo de pesquisa ou outro qualquer documento que lhes couber.

Art. 9º — A participação de qualquer membro do Comitê no protocolo de pesquisa a ser revisado o impedirá de ser relator e de votar, sendo convocado um dos suplentes para a votação.

Art. 10º — O relator de qualquer protocolo de pesquisa terá um prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data de distribuição, para elaborar o seu parecer consubstanciado e o entregar na Secretaria do Comitê.
§ Único — O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Coordenador do Comitê em casos excepcionais.

Art. 11º — Nos dias de reunião ordinária do Comitê, os relatores apresentarão os pareceres consubstanciados relativos aos protocolos de pesquisas e/ou documentos recebidos e distribuídos, os quais serão apreciados pelos demais membros efetivos.

Art. 12º — A avaliação pelo plenário do Comitê poderá resultar em: **aprovado; com pendência; retirado de pauta; não aprovado; aprovado e encaminhado à CONEP.**
§ 1º — **Aprovado** o protocolo de pesquisa, será entregue, ao pesquisador responsável, documento informando a aprovação, acompanhado de uma cópia do protocolo de pesquisa;
§ 2º — No caso da avaliação ser **com pendência**, o responsável pelo protocolo de pesquisa será notificado e receberá um prazo de 30 (trinta) dias para cumprir a(s) exigência(s). Atendida(s) a(s) exigência(s), a(s) mesma(s) será(ão) enviada(s) ao relator para avaliação e emissão de novo parecer consubstanciado, o qual será reavaliado na sessão ordinária subseqüente;

§ 3º — Caso não seja cumprido o prazo acima estabelecido, o protocolo de pesquisa será **retirado de pauta**, sendo notificado o pesquisador;
§ 4º — O responsável pelo protocolo de pesquisa **não aprovado**, após ser notificado, poderá recorrer à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
§ 5º — O responsável pelo protocolo de pesquisa **aprovado e encaminhado à CONEP** será notificado que o mesmo só poderá ser iniciado após recebimento de resultado da apreciação daquela Comissão.

Art. 13º — Será excluído do Comitê e substituído por seu suplente o membro efetivo que não cumprir os prazos de entrega dos pareceres consubstanciados por mais de uma vez, ou que faltar a duas reuniões seguidas sem justa causa.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º — Este estatuto está em consonância com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, Resolução nº 251, de 5 de agosto de 1997 e Resolução 292, de 08 de julho de 1999 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 15º — Este estatuto poderá ser revisto e atualizado por exigência de nova legislação pertinente ao assunto.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2002

.....
Diretor Geral do Hospital Y Diretor da Faculdade X

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro
Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das suas atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e
Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;
Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas",
Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);
Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções hospitalares. Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhora da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;
Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:
Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV, e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de infecções Hospitalares.
Art. 3º A secretaria de Política de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.
Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).
Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.
Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

Barjas Negri

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
Compete ao SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar):

- Elaborar, implementar, manter, avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares
- Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares.
- Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando ao tratamento e à prevenção das infecções hospitalares.
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que for indicado implementar medidas imediatas de controle.
- Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do Órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes.
- Cooperar com o Setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.
- Notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica.
- Elaborar e divulgar regularmente relatórios.
- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções.
- Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.
- Estratificar as taxas de infecções hospitalares, especialmente em pacientes críticos, associando as infecções aos possíveis procedimentos de risco realizados nos pacientes.
- Divulgar os índices de infecções hospitalares aos diversos setores e profissionais do hospital, mensal e anualmente.
- Executar e fiscalizar a execução de normas sugeridas e aprovadas pelo CCIH.
- Supervisionar e monitorização bacteriológica de autoclaves; supervisionar e controlar os processos de tratamento de materiais.
- Solicitar colaboração de outras áreas para elaboração de rotinas afins.
- Emitir parecer técnico sobre rotinas elaboradas por outros serviços, que sejam pertinentes à prevenção e controle de infecção hospitalar.
- Estabelecer prioridades de internação em quartos individuais para pacientes com infecções transmissíveis ou com imunodepressão de qualquer etiologia.
- Emitir parecer técnico prévio relativo a mudanças e/ou reformas da área física com repercussão no controle de infecções.
- Participar na elaboração da política de uso e controle de antimicrobianos no Hospital.
- Apresentar relatórios de suas atividades para os demais membros da CCIH.
- Manter registro de suas atividades.
- Elaborar e auxiliar na elaboração de rotinas e procedimentos relacionados a Controle de Infecção hospitalar e atualizá-las.
- Fixar normas e critérios para a aquisição, indicação e uso de soluções germicidas a serem utilizadas no Hospital.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 4 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1999.
2. DARFT, RL. Administração. 4. ed. Trad. Fernando Gastaldo Morales. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
3. FARIAS, AAN. Organização de empresas. V. 3: Informática, produtividade e glossário. 2. reimp. da 5. ed rev. e atual. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1980.
4. MARQUIS, BL; HUSTON, CJ. Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Aplicação. 2. ed. Trad. Regina Machado Garcez e Eduardo Schaan. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
5. SCHERMERHORN, Jr JR. Administração. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1996.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 8

Sistemas de Comunicação e Informação em Saúde

Maria Catarina Souza Motta

INTRODUÇÃO

A informática, hoje, desempenha uma função bem definida na vida profissional do enfermeiro. Sabemos que esta não é a realidade da maioria, mas é parte do cotidiano de muitos colegas, principalmente nas instituições privadas.

Com o aumento da utilização de computadores na prática de enfermagem, educação e administração, a necessidade de enfermeiros que possuam habilidade e conhecimento para usar a tecnologia da informação também aumenta. Nossa tarefa como enfermeiros educadores está mudando. Nossa nova responsabilidade é ensinar nossos alunos e colegas a se tornarem usuários da informação.

O enfermeiro deve ser perito na utilização de sistemas de informação informatizados nas instituições em que trabalham. Deve utilizar a tecnologia como uma ferramenta para a prática da profissão escolhida, ao invés de praticar a profissão se esquivando desta. Cabe ressaltar que o objetivo primeiro dos computadores na área da saúde, tanto na administração, educação, cuidado ou pesquisa, é o aprimoramento do cuidado prestado ao cliente.

Mas o que é informática e o que significa para a enfermagem? Atualmente, enfermeiros do mundo inteiro estão aumentando rapidamente a utilização de computadores e ciências da informação para ajudar em suas atividades diárias (Ball, 1998, p. 71).

Resgatando um pouco da história do computador na Enfermagem, podemos dizer que de início ele significava um problema. Poucos profissionais viam a possibilidade de sua aplicação na Enfermagem. Como preparar alunos, futuros enfermeiros, com esta habilidade, se os próprios professores não a possuíam? Neste momento as companhias de desenvolvimento de *software* entram com toda força no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mercado, levando-nos assim a pensar o computador como solução. Começaram a surgir idéias brilhantes para a utilização do computador na Enfermagem, como estudo de casos em ambiente controlado. Com esta tecnologia, o enfermeiro pode aprender sem colocar em risco a saúde do cliente. O médico já havia incorporado a nova tecnologia e o mercado de trabalho começou então a clamar por profissionais enfermeiros com conhecimento mínimo em informática. Novos caminhos começaram a surgir. O pesquisador passa a utilizar aplicativos de banco de dados, o que facilitou principalmente a análise dos dados, possibilitando para os pesquisadores um maior tempo para leitura e eficácia de resultados. O início, então, deu-se na academia, pelos pesquisadores, em seguida pelos professores. Hoje a assistência e administração em Enfermagem desfrutam das facilidades apresentadas com a utilização da ferramenta.

O que podemos vislumbrar para o futuro? Mais poder do computador, computadores portáteis, terminais manuais para cabeceira de leitos hospitalares, videodiscos nos dando uma grande quantidade de dados e informação visual. Seremos beneficiados pelo prontuário eletrônico. Os profissionais de enfermagem serão os grandes beneficiados, pois para acompanhar esta evolução estará se capacitando.

Em 1992 a Associação Norte-americana de Enfermagem (ANA) reconhece o enfermeiro especialista em informática e define a especialidade como sendo a que apresenta a combinação da ciência da enfermagem, ciência da computação e a ciência da informação; identificando, coletando, processando, gerenciando dados e informação, com o objetivo de dar suporte à prática da enfermagem, administração, educação, pesquisa e expansão do conhecimento da enfermagem. Em 1994 a ANA divulga através de publicação o campo de ação do enfermeiro especialista em informática.

A informática na enfermagem abrange uma grande variedade de atividades direcionadas à disseminação da informação. O enfermeiro especialista em informática tem função de apoiar e auxiliar todos os outros enfermeiros no seu trabalho de enfermagem de maneira eficiente e eficaz. Em 1995 a ANA divulga a padronização da prática do enfermeiro especialista em informática.

Atualmente em alguns países como Estados Unidos, Austrália, Canadá, dentre outros, já estão à disposição dos enfermeiros cursos de mestrado e doutorado na área de informática na enfermagem, o que vem fortalecendo esta nova especialidade.

No Brasil, surge o primeiro Curso de Especialização de Informática em Enfermagem na UNIFESP, iniciado em março de 1999. Tem como principais objetivos: incentivar o ensino e pesquisa de informática em enfermagem; participar no desenvolvimento de Sistema de Informação em Saúde.

A profissão precisa se capacitar, no entanto, como podemos exigir que o enfermeiro tenha um conhecimento quando poucas universidades no Brasil oferecem disciplinas em seu currículo endereçando o assunto? Menos ainda são aquelas que têm um enfermeiro ministrando a disciplina. Manusear a máquina pode-se aprender em qualquer curso de informática, mas inserir o computador na nossa rotina profissional, somente o enfermeiro especialista em informática pode transmitir este conhecimento com eficiência.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Conhecer o campo de ação do enfermeiro especialista em informática.

Analisar a participação do enfermeiro na implantação e gerência de sistemas de informação informatizada em saúde.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

CASO/SITUAÇÃO 2.1 — A ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM INFORMÁTICA

Marina foi contratada como enfermeira especialista em informática em um hospital da rede privada, tendo sido lotada no Setor de Educação Permanente. Inicialmente se deparou com atividade de seleção de pessoal para a qual deveria elaborar questões de concursos públicos. Entretanto, Marina refletia que, com sua formação, ela poderia dar maiores contribuições à instituição de saúde onde estava trabalhando.

QUESTÃO 2.1

Marque C se a afirmativa for correta e F se a alternativa for falsa para o que você entende ser as ações do enfermeiro especialista em informática.

a) ( ) desenvolver ou colaborar no desenvolvimento de sistemas de informação informatizados;
b) ( ) realizar pesquisa básica sobre tomada de decisão na enfermagem clínica;
c) ( ) contribuir na implementação de pesquisa aplicada e desenvolvimento de sistemas protótipos;
d) ( ) desenvolver projetos de pesquisas ergonômicas sobre as conseqüências dos sistemas informatizados para enfermeiros e pacientes;
e) ( ) implementar e divulgar os resultados de pesquisa avaliativa sobre as conseqüências dos sistemas no processo e resultados do cuidado de enfermagem;
f) ( ) conduzir pesquisa usando banco de dados e colocar à disposição para enfermeiros e outros sistemas de informação;
g) ( ) ser responsável pelo funcionamento dos equipamentos do sistema de informação informatizado (computadores, impressoras, servidor, rede etc.);
h) ( ) ensinar enfermeiros, estudantes de enfermagem, e outros profissionais da equipe de enfermagem sobre o uso ético e eficaz da informação tecnológica na prática de enfermagem;
i) ( ) participar no processo de desenvolvimento de sistemas de informação de qualidade para enfermeiros.

CASO/SITUAÇÃO 2.2 — O ENFERMEIRO E A IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO INFORMATIZADOS EM SAÚDE

Um hospital público de assistência primária e secundária passa por um momento de transição na sua administração. A preocupação da nova administração é atender toda demanda e incentivar o aumento da oferta de serviços. Após consulta em alguns relatórios, fica claro que os profissionais não estão atendendo o preconizado pelo hospital, alegando que os clientes estão faltando às consultas. Outro problema detectado pela nova direção é o controle ineficaz do almoxarifado. O quantitativo de material que entra na unidade nunca coincide com o que sai. A direção constatou ainda que o hospital sempre fica sem material antes da chegada de nova remessa.

Cabe ressaltar que o hospital não apresenta uma condição financeira muito confortável. Depende de verbas públicas para continuar oferecendo atendimento à população de baixa renda. Os funcionários estão desmotivados para desenvolver suas tarefas e até de comparecer ao serviço. A estrutura física dificulta a comunicação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

entre os funcionários. Forçando-os a buscar meios de dar continuidade ao trabalho sem se ausentar por muito tempo do seu setor.

A direção então vislumbra uma solução: informatizar o hospital, acreditando que a falta de informação em tempo hábil seria o fator principal para a situação apresentada.

QUESTÃO 2.2

Que caminho seguir para informatizar o hospital?

a) ( ) Desenvolver um sistema de informação informatizado específico para o hospital.
b) ( ) Comprar um sistema de informação informatizado.
c) ( ) Entrar em contato com o Departamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS) com o objetivo de conhecer e implantar o Sistema Integrado de Informações Hospitalares (HOSPUB).

GABARITO FUNDAMENTADO

CASO 2.1

QUESTÃO 2.1

a) (C) Na especialização o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver sistemas de informação informatizados com o conteúdo da ciência da enfermagem, ciência da computação e a ciência da informação adquiridos. O enfermeiro não tem necessariamente que desenvolver, mas sim que participar do desenvolvimento. Sabemos que o enfermeiro especialista em informática pode vir a se afastar da assistência direta ao cliente, por desenvolver a atividade de ligação entre a equipe de desenvolvimento e manutenção e a equipe de enfermagem.

b) (C) Sendo a pesquisa básica aquela que gera conhecimento, o enfermeiro especialista em informática desenvolve pesquisa sobre tomada de decisão na enfermagem clínica com o objetivo de aprimorar o cuidado de enfermagem.

c) (C) Onde a pesquisa resulta em mais do que conhecimento, gera um produto, seja ele um *software* educacional, sistemas de informação, *home page* etc. O perfil do enfermeiro especialista em informática parece ser de um profissional objetivo, que prefere produtos de pesquisa que causem impacto e sugere utilização imediata.

d) (C) Este tipo de pesquisa beneficiará a profissão com o diagnóstico da adaptação do profissional com a utilização de sistemas de informação informatizados. O mobiliário (mesa e cadeira) foi adequado para receber o equipamento? O ambiente tem refrigeração adequada? Enfim, a pesquisa endereça todas as questões físicas provenientes da utilização do computador.

e) (C) Outra possibilidade de desenvolvimento de pesquisa que tem o objetivo de avaliar mudanças no atendimento ao cliente. O que mudou no atendimento ao cliente? O que mudou para o cliente? O que mudou no serviço?

f) (C) As pesquisas ganharam um impulso significativo com a construção de banco de dados inserido nos sistemas de informação informatizados. Hoje é possível obtermos dados complexos para serem utili-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

zados em planejamento, gerência e cuidados ao cliente. Há bem pouco tempo levantava-se a bandeira de que "Quem tem informação, tem poder", hoje, com a utilização da INTERNET, sabemos que quem tem informação e dissemina, cumpre sua missão. Não tem valor nenhum uma pesquisa que gera resultados importantes e é esquecida na gaveta. Infelizmente ainda convivemos com muitas pesquisas "de gaveta", o que impede o crescimento da profissão.

g) (F) O enfermeiro especialista em informática não pode ser responsável pela manutenção dos equipamentos do sistema. Para esta função a unidade de saúde precisa contar com a colaboração de um analista de sistemas, além de um técnico de informática para dar manutenção aos equipamentos e rede..

h) (C) A utilização de sistemas informatizados trouxe para o Brasil, como para todo o mundo, como preocupação adicional a utilização ética da informação. É de grande importância que a formação acadêmica do enfermeiro contemple este aspecto ao longo de todo o período. O enfermeiro por sua vez, tem o dever de disseminar este aprendizado. Os sistemas de informação informatizados estão cada vez mais "inteligentes". O usuário encontra campos obrigatórios e acesso restrito de acordo com a senha de cada profissional. O enfermeiro especialista em informática desenvolve periodicamente, com a equipe de enfermagem de sua instituição, atividades de educação permanente que têm como tema a utilização ética das informações inseridas no sistema.

i) (C) Muitos são os sistemas disponíveis para compra. As empresas traçam um perfil maravilhoso do seu produto, no intuito de seduzir o comprador. O enfermeiro especialista em informática tem a competência de analisar e avaliar a qualidade do sistema para a enfermagem. Conjugando os conteúdos da ciência da enfermagem, ciência da computação e ciência da informação, o enfermeiro especialista pode participar do processo de desenvolvimento de sistemas de informação de qualidade para enfermeiros com propriedade.

CASO 2.2

QUESTÃO 2.2

a) Esta opção é inadequada para a situação que o hospital apresenta no momento. O desenvolvimento de um sistema de informação informatizado específico para uma unidade de saúde é muito dispendioso e leva em torno de 2 anos para ser considerado pronto para uso. O hospital necessita de resultados em curto prazo e baixo custo.

b) Comprar um sistema de informação informatizado está fora da realidade financeira do hospital, embora saibamos que os sistemas existentes no mercado apresentam uma interface (apresentação das telas no computador) bastante amigável, abusando dos recursos financeiros na utilização de cores, desenhos, animações, e até em alguns casos de sons, sem falar nos recursos de animação das próprias telas.
Sabemos também que é indiscutível a necessidade de se adequar o sistema à realidade da clientela atendida no hospital. Um sistema que funciona perfeitamente no Rio Grande do Sul em uma unidade de saúde com características semelhantes, pode não atender da mesma forma uma unidade no Rio de Janeiro, pois os fatores humanos e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

culturais podem fazer a diferença. Corremos o risco de gastar um tempo precioso na adequação do sistema.

c) Entrar em contato com o Departamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS) com o objetivo de conhecer e implantar o Sistema Integrado de Informações Hospitalares (HOSPUB). Este sistema é gratuito e pode ser implantado em hospitais públicos sem nenhum custo.

O HOSPUB é um recurso informatizado e sua utilização resulta em maior eficiência e qualidade no registro e acesso aos dados referentes aos serviços prestados, além de ser ferramenta de auxílio à gestão e planejamento da Unidade de Saúde. Opera em rede, onde o microcomputador funciona como servidor do Banco de Dados e os demais microcomputadores operam como Estações de Trabalho, interligados através de uma rede de Comunicação de Dados.

Tem como uma das suas principais características a modularidade, sendo constituído por subsistemas que cobrem as funcionalidades dos diversos setores de uma Unidade de saúde. É configurável e pode ser ajustado de acordo com as características de cada unidade, além de já possuir tabelas e códigos utilizados no âmbito do Ministério da Saúde.

Neste momento é a melhor solução para o hospital em questão. Como o hospital é de assistência primária e secundária, implantaremos apenas os módulos de Administração, Arquivo Médico, Ambulatório, Laboratório e Almoxarifado. Não temos necessidade dos módulos de Emergência, Centro Cirúrgico e Internação. Como não será necessária a compra do sistema, pagamento do serviço de implantação, treinamento de recursos humanos e manutenção, os gastos serão resumidos à aquisição do equipamento necessário para a implantação do sistema. Neste caso, os equipamentos poderão ser adquiridos através de projetos submetidos aos órgãos de fomento à pesquisa.

Assim, com o sistema implantado, a direção do hospital espera melhorar a comunicação entre funcionários, disponibilizar informações em todos os setores, checar a agenda de atendimento por profissional e por especialidade, ativar a lista de espera, bem como ter subsídios para sugerir o aumento da oferta de serviços para a população.

Mudança sempre evoca medo porque envolve o desconhecido. Neste caso, o treinamento dos recursos humanos é de fundamental importância para o sucesso da implantação do sistema. Sabemos que a sensibilização dos funcionários e a demonstração de que não se trata de fiscalização e sim de sistematização do atendimento, apresenta um resultado positivo. Não se pode deixar de mencionar que a formação de um grupo multiprofissional que acompanhe o processo de implantação desde o início, trazendo as necessidades de cada especialidade, é condição inquestionável para o desenvolvimento das atividades propostas. No entanto, sugerimos que a gerência do sistema seja delegada a um(a) enfermeiro(a), pois este profissional se apresenta na unidade em todo o seu período de funcionamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AVERILL, CB. ANA standards for nursing data sets in information systems. Computers in Nursing 16(3), May-June 1998.
2. BALL, MJ. Nursing informatics: where caring and technology meet. 2. ed. Springer, 1998.
3. EVORA, YDM. Processo de informatização em enfermagem. São Paulo: EPU, 1995.
4. MARIN, HF. Informática em enfermagem. São Paulo: EPU, 1995.
5. MOTTA, MCS. *Software* educacional em puericultura: desenvolvimento e validação. Escola Anna Nery/UFRJ, 2001.
6. SOTTOMAIOR, V. Assistência de enfermagem: o que mudou com os computadores. In: Caderno de Atualização Científica. São Paulo: Frôntis Editorial, p. 37-52, 1997.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 9

Os Registros como Meio de Informação e Integração na Enfermagem e Equipe Multidisciplinar

Enedina Soares

Vivemos num País que ensaia passos largos de progresso em algumas atividades e em alguns ramos da ciência, mas que arrasta pesada herança de subdesenvolvimento em outras.

Augusto A. Mezzomo

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Nossa formação profissional como enfermeiros generalistas nos permite transportar para os tempos atuais grande preocupação quanto à qualidade de registros encontrados nos prontuários dos clientes. A experiência vivida ao longo de um espaço temporal bastante distante, tanto como enfermeiro assistencial atuando em diferentes áreas técnicas ou gerenciais, nos leva a reafirmar, com certa preocupação, os conceitos a respeito da importância na elaboração desses registros, chamando a nossa atenção àqueles firmados nos boletins de atendimento de emergência.

A aceitação conceitual desta problemática torna-se imperativa, face às atuais políticas de saúde que impulsionam a máquina administrativa dos serviços de saúde, a considerar a porta de entrada para cura de todos os males físicos, mentais ou sociais, incluindo-se neste último a fome nas unidades de pronto-socorro, sem contudo preocupar-se com a qualidade destes serviços e, menos ainda, em guardar sua memória.

Um relatório bem elaborado, com anotações e/ou registros precisos e essenciais no boletim de atendimento de emergência, tanto auxilia o diagnóstico, como garante a continuidade do tratamento do cliente, fornece dados que servem de base para observações posteriores; atendendo assim aos aspectos éticos e exigências jurídicas que cada caso requer.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A memória de um boletim de atendimento de emergência, além de beneficiar o cliente, traz contribuições inestimáveis para a administração, para o ensino e pesquisa, assim como atende às exigências éticas e legais.

A nossa preocupação encontra-se centrada na completude e na compreensibilidade de registros nos relatórios de atendimento de emergência extensivo, também, em outros tipos de prontuários, seja nas unidades de internação, unidades ambulatoriais e até mesmo em unidades especializadas de tratamento intensivo. Podendo-se até afirmar que há uma certa desobediência às normas recomendadas para execução e excelência de um registro.

D'Amigo *et al.* (1980) recomendam que, nos boletins de emergência, os registros devam ter o máximo de precisão possível. Deve ser completo e conciso, porém incluindo todos os detalhes importantes; deve ser de leitura fácil e de fácil preenchimento

> *"{...} que a importância de registros completos e precisos devem ser enfáticos e explicitam: a omissão em obter uma história médica completa do cliente, quando este dá entrada no serviço, quando esta história poderia ter indicado uma condição prévia, é o bastante para imposição de responsabilidade legal".*

O boletim de atendimento de emergência, chamado também de folha, de ficha, deveria fazer referência às exigências de dados gerais de responsabilidade do médico, com espaço ou condições de registros para outros profissionais que constituem a equipe de pronto-socorro, em particular os enfermeiros.

Mezzomo (1984) faz algumas contestações quanto às expressões usualmente utilizadas — o serviço médico, o prontuário médico, boletim médico, chegando até a ser cômico, quando descreve: Os pais, por vezes dão aos filhos nomes tais que com o tempo se revelam verdadeiras aberrações — Prudentes, Gentil, Brusco, Severo, Felicidade, Branca, Piedade e outros que na vida poderão ser tudo, menos o que o nome significa ou representa.

A propósito deste comentário de Mezzomo é exatamente, no nosso entender, o desejo de contestar o chamado prontuário médico, folha do médico, ficha do médico, boletim médico, onde parece que a exigência do registro é de propriedade do médico, quando esses documentos são do cliente.

Quando Mac Eachern, na segunda década do século XX, distinguiu e promoveu no hospital a atividade relativa à documentação do cliente e denominou *medical record*, sem dúvida queria significar os apontamentos que deveriam ser registrados para facilitar ao médico o atendimento ao cliente e interpretar suas carências — naquele tempo a expressão poderia ser aceita, por ser o médico o único profissional que anotava no prontuário (Mezzomo, 1984).

Portanto, entende-se que a diagramação de um boletim de atendimento, eficientemente planejado, deva oferecer espaço para execução de registro pelos demais profissionais que participam do atendimento, pois certamente a melhor pessoa capaz de relatar informações é aquela que faz com cuidado a observação das alterações do cliente, neste caso, os enfermeiros. Essas informações formam a base para as adequadas tomadas de decisões. Portanto, providenciar para que os registros estejam completos é importante para o atendimento.

QUAIS DADOS SÃO CONSIDERADOS NOS REGISTROS DO CLIENTE?

Identificação
Causas que propiciam o atendimento
Dados essenciais para o diagnóstico
Execução da terapêutica recomendada e/ou implementada
Avaliação
Encaminhamento dado aos clientes

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Não é raro as incompletudes, incorreções e ou omissões de registros acentuarem-se na maioria dos casos: nos aspectos gramaticais e ortográficos; nas redações factuais; nos termos gerais, podendo, desta forma, estender o enfraquecimento da informação. Pois um relato bem formulado no prontuário reflete não somente a qualidade do cuidado prestado, mas, também, um elemento essencial para os casos de compensação econômica e para os fins médicos legais.

Não há dúvida que a construção de um boletim bem estruturado estimula os profissionais envolvidos neste sistema de atendimento a um registro de forma sistematicamente adequada de todos os dados, tais como: identificação, avaliação, diagnóstico, procedimentos exploratórios e terapêuticos recomendados e os cuidados a serem instituídos.

O QUE ABRANGE A COMUNICAÇÃO FORMAL ACERCA DO CLIENTE?

— Registro da história; progresso, isto é, evolução e cuidados dispensados;
— Instruções para o tratamento e cuidados a serem realizados. Estas comunicações devem ser escritas de maneira a constituírem registros permanentes e legais, mas também são geralmente objetos de comunicação verbal (Clarke, 1977 p. 231).

A tentativa de buscar elementos que possam servir de indicadores para avaliação da qualidade dos registros e conseqüentemente da assistência de enfermagem prestada aos clientes nas unidades hospitalares, nos conduzem ao estudo dos fatores que condicionam qualificar a essência dos registros em prontuários de clientes. Os registros devem ser suficientes para demonstrar e verificar se a operação do sistema de qualidade foi eficaz (Mezzomo, 1992 p. 59).

O registro representa a comunicação escrita dos fatores essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante um período de tempo (Du Gas, 1984). O registro é, sem dúvida, um instrumento poderoso de comunicação escrita de vital importância na interligação entre os serviços de emergência, e os demais sistemas de saúde. Este instrumento está representado pelos "prontuários médicos" expressão contestada por Mezzomo (1984), quando trata da organização do serviço de documentação médica.

A expressão, como é fácil de notar, é absolutamente incompleta e inadequada para designar o que pretende. Não se trata apenas de documentação médica e sim a de toda equipe de saúde. Para o autor, o objetivo *medical* pode ser compreensível para os idiomas inglês e francês, pelo fato de que o prontuário surgiu em tempos anteriores à existência de enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e demais profissionais da saúde, que hoje participam da redação do prontuário.

Atkinson/Murray (1985) consideram que a papeleta é um registro de assistência à saúde sobre o que o cliente tem recebido, como resposta ao tratamento e planos de saúde futuros. Assim, considera-se importante que haja espaço para que cada membro da equipe de saúde faça os registros de suas ações.

Mezzomo (1982) lembra que o ponto de origem de quase tudo que hoje existe, permanece perdido na nebulosa do tempo, e faz mais algumas considerações quando relata a tradição do que ainda hoje se denomina prontuário do cliente, que foi buscada no antigo mundo grego, de onde despontou para a cultura ocidental, a arte de curar em bases científicas.

Também não se pode deixar de referenciar o grande enfermeiro São Camilo de Lellis, no século XV, que modificou o sistema de assistência aos clientes e a administração dos hospitais, enfrentando, para tanto, muitas discórdias e tabus, exigindo ventilação nas enfermarias e banho de leito para estes. São Camilo criou o prontuário dos clientes e nele fez as seguintes exigências:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Prescrição médica individual para os clientes.
— Prescrição de regime alimentar.
— Passagem de plantão (enfermeiros e médicos).
— Relatório da enfermagem por plantão.

A exemplo das medidas tomadas por São Camilo, os hospitais de Roma, Gênova e Milão passaram a adotar informações escritas sobre os clientes.

Lira e Bonfim (1989), referindo-se às idéias de Nightingale sobre a habilidade de avaliar o doente, que não se restringe apenas à observação, fazem o seguinte relato:

"A face, o semblante do cliente, não é um indicador seguro das suas condições. Esta classificação de sinais que dinamizava e padronizava a manutenção de sobrevivência humana, é a última parte do corpo a tornar-se pálida; portanto, face corada pode parecer sadia e iludir uma enfermeira." Essas observações devem ser postas mais significativamente pelo uso sistemático de registros.

Kron (1978) considera que os formulários usados para registrar as notas de progressão denominados "anotações médicas de evolução", são notas a respeito do cliente, não do médico. Qualquer pessoa da equipe de saúde: médico, enfermeiro, assistente social ou outro membro da equipe, deve ter direito de fato à responsabilidade de registrar a reação do indivíduo à sua contribuição particular, à assistência integral prestada.

O principal objetivo do prontuário é, sem dúvida, proporcionar uma anotação escrita de todos os dados acerca do cliente, servindo assim como forma de comunicação entre aqueles cujos talentos profissionais são dirigidos no sentido de dar uma assistência competente e holística. O registro de dados serve de embasamento sobre o qual o médico planeja a abordagem diagnóstica e terapêutica e o enfermeiro planeja o cuidado.

Na comunicação escrita, Atkinson/Murray (1985) apresentam doze variações de modelos e suas especificidades de registros encontrados dentro das papeletas dos clientes.

QUE FORMULÁRIOS COMPÕEM O PRONTUÁRIO DO CLIENTE?

- Folha de Rosto — Identifica o cliente e inclui dados como queixa que levou à necessidade de hospitalização, o médico assistente, os parentes mais próximos, as alergias alimentares ou medicamentosas, medicação atual, condições de deambulação.
- Formulário de História Médica e de Exame Físico — Deve ser preenchido por um médico ou por um enfermeiro.
- Histórico de Enfermagem — Documenta as experiências passadas com a assistência à saúde e as respostas físicas e psicológicas do cliente à doença. A finalidade do histórico de enfermagem é identificar problemas que requeiram a intervenção da enfermagem. Ajudam também a adaptação do cliente ao ambiente de assistência à saúde.
- Folha de Gráfico — Uma página com gráfico que permite à enfermeira documentar a temperatura, pulso, respiração, pressão arterial, ganhos, perdas e peso.
- Fluxograma — Uma página dividida em colunas que o enfermeiro pode datar e depois checar ou colocar iniciais para indicar atividades como banho, deambulação e tratamentos realizados. Essa folha tem a finalidade de economizar tempo, por reduzir o número de anotações repetitivas manuscritas, mas o enfermeiro ainda é obrigado a fazer e registrar observações. Um visto na coluna de deambulação indicaria que a cliente andou, mas, nas anotações dos enfermeiros a resposta dela estaria documentada.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Registros de Medicações — Está na papeleta do cliente ou em uma papeleta separada no carrinho de medicação, dependendo de qual sistema de administração de medicamentos foi usado. Há espaço para registrar a medicação, dose, via, data, hora e assinatura da pessoa que administra a medicação.
- Anotações da Enfermagem — São usadas para registrar os tratamentos de enfermagem, a resposta dos clientes ao tratamento e as observações sobre os clientes; os enfermeiros podem incluir documentação de atividades de outros membros da equipe de saúde.
- Anotações Médicas sobre Evolução — Representam a documentação das observações, evoluções dos tratamentos e visitas médicas escritas por médicos.
- Folha de Exames laboratoriais e radiografias — São freqüentemente afixadas em uma seção especial da papeleta do cliente, através de papel auto-adesivo ou folhas de fichário de três furos.
- Lista de Problemas — Se a Instituição está usando uma abordagem de registro na papeleta baseada nos problemas, uma folha para problemas numerados dos clientes é incluída sob esse sistema; alguns dos modelos acima serão alterados, uma vez que todos os membros da equipe de saúde fazem o registro no mesmo formulário.
- Anotações da Equipe de Saúde — Fisioterapia, inaloterapia ou outros departamentos terão seus próprios formulários dentro da papeleta, com o propósito de registrar problemas, tratamentos e progressos do cliente.
- Plano de Alta — O plano de equipe de saúde para a assistência continuada à saúde após a alta hospitalar ou da unidade pode incluir instruções dietéticas, restrições a atividades, programação de exames de *follow-up* (seguimento) e tratamento ambulatorial anterior.

Portanto, com a obediência a esses dados, pode-se deduzir da necessidade de o enfermeiro estar sempre atento à observância da completude dos registros no prontuário do cliente.

Quanto à problemática da compreensibilidade da legenda, problema que enfraquece a eficácia da comunicação, Atkinson/Murray (1985) enumeram a existência de várias diretrizes que o enfermeiro pode usar para melhorar a clareza.

O QUE É SUGERIDO PARA A MELHORA DAS ANOTAÇÕES EM PRONTUÁRIOS?

1. A escrita precisa ser legível. É essencial escrever legivelmente com tinta preta, e se a letra for ilegível, anote com letra de fôrma e assine seu nome em estilo cursivo. Se você não puder ler outra anotação na papeleta peça esclarecimento a quem escreveu. Adivinhar as palavras da escrita de uma outra pessoa pode resultar em erros prejudiciais e isso é indispensável em uma Côrte Legal. Tal recomendação é aplicável tanto aos médicos quanto aos enfermeiros.
2. As anotações dos enfermeiros têm de ser factuais, sem julgamento ou conclusões sem sustentação.
3. Inclua a data e a hora de todas as anotações na papeleta do cliente.
4. Inclua todas as informações necessárias, mas ainda assim seja tão breve quanto possível.
5. Documente as ocorrências cronologicamente: o que surgiu primeiro, em seguida e por último.
6. Assine cada registro.
7. Use apenas as abreviaturas aprovadas, as que em nosso entender significam as conhecidas internacionalmente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Outra recomendação importante no sentido de elaborar um registro consubstancial de qualidade e compreensível faz Kreitzer (1981), é que todos os registros devem ser isentos de "sentimentos" ou conclusões tiradas em evidência documentada.

A continuidade dos cuidados e o alcance dos objetivos comuns no tratamento dependem da comunicação eficiente entre os diferentes membros da equipe, da manutenção de registros cuidadosos, de relatórios claros, objetivos, e de exatas instruções verbais e escritas. Consta nas recomendações do The Committee on Allied Health — AAOS (1979, p. 326) que, nas unidades de emergência, estes registros têm uma importância singular, uma vez que oferecem subsídios para: a assistência médica, a saúde comunitária, a administração, para fins legais, ensino e pesquisa, subsidiar dados estatísticos.

Assistência Médica — são descritas como características básicas do cliente, causa das lesões ou natureza da doença, sinais e sintomas, cuidados de emergência e ou medidas de salvamento adotadas, medicamentos usados pelo cliente ou ministrados pelo socorrista.

Saúde Comunitária, no caso de morte súbita ou acidentes ou doenças transmissíveis e ou moradia de animais, perigos relacionados a substâncias químicas ou irradiantes.

Administração — um serviço, a exemplo do setor de emergência pública ou privada, necessita de dados no seu departamento de administração, dentre os quais consideram-se:

- Uma ficha diária com a data de todas as saídas de ambulância e o tempo despendido.
- Identificação do veículo e equipe de saída.
- Localização da emergência e a Instituição para onde o cliente foi transportado.
- Identificação da pessoa que fez a chamada.
- Tipo de serviço requerido.
- Tipo de lesão ou doença relatada.

Fins Legais — constitui um documento legal e serve de evidência diante dos tribunais.

Fins estatísticos — apresenta o perfil epidemiológico do atendimento, a incidência de casuísticas, além de oferecer dados para previsão de recursos materiais e humanos necessários ao desenvolvimento do atendimento de emergência.

Ensino e Pesquisa — o registro constitui a memória e material de referência ao ensino e à pesquisa.

Finalmente, registros consistentes e de boa qualidade são imprescindíveis para as auditorias. Essas auditorias podem ser realizadas no sentido de verificar a qualidade de assistência proporcionada pelos profissionais que atuam nos serviços de emergência, individualmente e/ou em equipe, bem como para análise institucional.

UNIVERSALIDADE DOS REGISTROS

No atendimento de emergência, um componente necessário é a documentação das decisões tomadas. Estrada (1981) relata que no sistema do atendimento de emergência existe muito pouca documentação das decisões tomadas, limitando-se a apenas anotar a natureza da urgência, ou situação não emergente e encaminhamento à área de tratamento, e adverte que esses relatos devem conter também uma menção da queixa principal, embora reconheça que a queixa principal nem sempre é suficiente.

Carter (1973) refere-se às informações do cliente relatadas no boletim de emergência, que refletem somente a qualidade de cuidados prestados, mas que são, tam-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bém, essenciais para as questões de recompensas econômicas. Não há dúvida de que nos primeiros registros dos casos de acidente de trabalho, cada parte do corpo lesado representa um custo diferenciado. Portanto, é preciso que se tenha em mente a finalidade de registrar a informação e a audiência para quem se destina. Lembre-se que no registro do cliente deve-se evitar redundância. O registro escrito deve ser sucinto, porém compreensivo para o leitor.

As referências encontradas na literatura são enfáticas quanto aos aspectos legais, a exatidão, a precisão e a objetividade dos fatos. Deve-se evitar inexatidão e interpretação intempestiva. Só se deve fazer uma avaliação e emitir um juízo depois dos fatos obtidos, reunidos com muito cuidado e inerentes ao documento assinado. Documentar uma ação imediatamente após a sua execução é de singular importância, principalmente quando o ato é de emergência, a fim de evitar eventuais duplicidades de procedimentos. Outra situação que nos chama atenção são os casos da emergência quando a rapidez é crucial. Soares (1995) recomenda que em emergência deve prevalecer o bom senso.

Se o cliente tem uma parada cardíaca, o médico pode dar ordens rápidas e freqüentes. A enfermeira anota a hora e a quantidade dos medicamentos administrados num bloco de notas e passa para outras enfermeiras. Essas informações são importantes e necessárias para que não haja uma overdose ou uma dose inadequada. Quando o tratamento estiver concluído, médicos e enfermeiros precisam documentar as ocorrências e a medicação no boletim de atendimento.

A documentação das ações deve ser organizada de forma a ter sentido para todos os membros da equipe que atendem e cuidam do cliente em situação de emergência, para que possa orientar a avaliação e a terapêutica. Brunner & Suddarth (1997), assinalam que os registros de dados mesmo que sejam resumidos trazem orientações de grande importância no que se refere de qualidade da assistência prestada. A documentação completa auxilia a eliminar a repetição e previne omissão dos dados. Ajuda a criar relações positivas entre clientes e os provedores de cuidados à saúde.

Iyer; Tapitsch; Bernocchi- Losey (1993) fazem algumas considerações quanto à documentação, tais como, a de criar um registro legal permanente dos cuidados proporcionados ao cliente. Embora o boletim de atendimento de saúde seja considerado confidencial, ele está disponível como um documento legal numa variedade de situações. Essas situações podem servir para avaliar a perícia e ou imperícia dos profissionais que cuidam do cliente, no entanto, ela pode ser usada, também, para documentar o que é de direito do cliente, determinar tratamentos específicos, reembolsos, para a descoberta do histórico de saúde, proteger o provedor de assistência, enfim, a instituição.

É preciso compreender que a arte de documentar oferece, também, fundamentos para a pesquisa, assim, reafirmando os valores atribuídos aos registros do prontuário. Costa (1882) declara que esses valores somente se fortalecem e assumem os papéis a ele designados na conotação da importância para o processo de avaliação, se formalizados numa estrutura básica de forma e conteúdo, conferindo-lhes validade e confiabilidade ao relatar uma realidade configurada e refletir a assistência profissional prestada ao paciente.

Amado (1979); Duarte (1980) reconhecem que as anotações inseridas no prontuário fornecem informações indicativas de uma ação que certamente foi desencadeada em razão de um problema apresentado pelo cliente e do tratamento a este dispensado. E reconhecem que a enfermagem comparece nos registros dos prontuários com freqüência e com responsabilidade. Assim, na construção de registro nos boletins de atendimento de emergência em pronto-socorro são consideradas três grandes verten-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tes de responsabilidade das pessoas que fazem este tipo de registro: administrativa, médica e enfermagem.

Uma Pesquisa sobre Registros

Um estudo realizado por Soares (1995) sobre a qualidade de registros nos boletins de atendimento efetuados em hospitais de pronto-socorro, localizados na cidade do Rio de Janeiro, buscou nos arquivos daqueles nosocômios informações que pudessem dar suporte a suas inquietações. No primeiro momento, constituído pela busca da informação, em especial aquelas descritas para indicar a identificação, a causa que levou ao atendimento, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o encaminhamento e as orientações para alta. Procurando encontrar indicadores para a existência de registros de qualidade e, dentro deles, a completude e a compreensibilidade em seu conteúdo, a autora utilizou as três vertentes de responsabilidade de registro, com vistas à identificação dos aspectos recorrentes num processo intensivo de desvendar a qualidade de completude e de compreensibilidade através de leituras dos registros.

Nos itens referentes à identificação e destino dado ao cliente, e em caso de óbito, constatou que os registros são de responsabilidade do pessoal administrativo, do médico e do enfermeiro. Quanto aos itens, causa que propiciou o atendimento, diagnóstico, procedimentos terapêuticos constatou que são de responsabilidade do enfermeiro.

Nos dados de identificação deve-se observar as instruções contidas no modelo universal, relacionadas às formas principais de registros exigidos para identificação.

Considerando a abrangência do estudo e os aspectos levantados serem muito polêmicos, a autora refere que: não houve intenção de esgotar a dimensão do tema, mesmo porque este tema carece de decisão política bem definida para sua resolubilidade. Portanto, levantar o cerne da questão que poderá vir a oferecer subsídio para desenvolvimento de outros estudos, uma vez que cada categoria representa um tema a ser estudado.

A Evidência, Transparência nos Registros

American Academy of Orthopedic Surgeons (1979, p. 327) chama atenção para a completude e clareza, e determina as exigências para a ficha relatório, devido ao fato de vários órgãos obterem informações a partir dos relatórios feitos pelos socorristas. Embora se encontre na prática a presença de dados, como a idade, o sexo e a cor, esses elementos são frágeis para identificação de uma pessoa, principalmente, quando o atendimento é feito em "massa", como é o caso do pronto-socorro.

Na impossibilidade de se fazer uma identificação completa, respeitando as regras constituídas, deve-se adicionar outras características, tais como — a cor dos olhos, o tipo de cabelo, o uso de próteses (fixas ou removíveis), tipos de dentes, sinais ou manchas em determinadas partes do corpo, dentre outras, são dados importantes para completar a identificação. E isto: — experienciado na prática — homem branco, mulher parda, com idades presumíveis, são várias e várias vezes colocados no mesmo espaço físico. Os Josés da Silva ou de Souza e os Severinos têm ocupado grandes manchetes na imprensa escrita e falada, denunciando troca de cadáveres e por vezes até de vivos.

Na concepção de Mezzomo (1982), o registro de identificação é de responsabilidade do serviço de cadastro e registro. Entretanto, os médicos e os enfermeiros devem partilhar deste processo, pois a completude, compreensibilidade e legibilidade de um registro pode causar danos irreversíveis.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As informações contidas na folha de admissão segundo Du Gas (1984), incluem: o nome completo do cliente, inclusive o nome de solteiro; endereço; número de registro; unidade de internação ou serviço; data e hora da admissão; data do nascimento; nome do médico; detalhes de responsabilidade financeira; sexo e estado civil; parente próximo; profissão e empregador; diagnóstico; admissão anterior ou consulta prévia; e religião. Podendo-se acrescentar nesta relação, pseudônimo, se existir, motivo que propiciou o **atendimento**; procedência; o nome de quem prestou os primeiros atendimentos; suspeita do diagnóstico que propiciou o atendimento.

A descrição da causa que motivou o atendimento e das lesões ou natureza da doença são dados valiosos ao cliente de emergência, pois não somente vai corresponder às necessidades da pessoa atendida, mas assegurar e servir de subsídio e proteção à saúde comunitária: para fins administrativos, à pesquisa e às exigências legais.

Ao cruzar dados dos boletins do cliente atendido, muitas aberrações podem ser verificadas. Poderá até ter sido bem atendido, diagnosticado e tratado, porém, se não houver registro destes procedimentos, não terão nenhum valor, nem possibilitarão a continuidade do tratamento nem atenderão aos inquéritos do judiciário por ventura existentes.

É importante salientar que os acidentes de trabalho não são considerados pelas Companhias Seguradoras, e até mesmo pelo judiciário, se os registros da causa do acidente não estiverem bem explicitados. O nome da clínica por si, não dá nenhum diagnóstico. Neste contexto não se está dando valor ao homem como ser holístico, não se está valorizando o cliente como ser biopsicossocial, nem tampouco se observam os princípios éticos e legais.

Nos procedimentos diagnósticos surge a avaliação, que compreende o exame físico incluindo sinais vitais, análise do sangue e da urina e exames radiológicos; os pedidos de parecer; e a confirmação do diagnóstico.

A preocupação com ausência de registros ou, para bem dizer, completude dos registros, torna-se evidente diante do fato de que os boletins são guardados por tempo indeterminado, para se fazer o quê? Quem amanhã poderá saber o tipo de atendimento que essa pessoa recebeu? Quando em alguns desses casos a causa do atendimento foi a colisão, o atropelamento, pergunta-se: que parte do corpo foi radiografada? Nos pedidos de exames de sangue ou urina foram indicados os tipos de exames solicitados?

O processo terapêutico é entendido como: prescrições de medicamentos e procedimentos não invasivos, procedimentos cirúrgicos e clínicos e reanimação cardiopulmonar. Estes procedimentos exigem registros da equipe de médicos socorristas, do enfermeiro que atua diretamente no atendimento, assim como de todos os demais profissionais que foram solicitados a dar parecer, ou que participaram de procedimentos interventivos impostos pela situação apresentada.

A maioria dos achados bibliográficos que trazem informações acerca de registro recomenda que desde o momento em que o cliente dá entrada no serviço de emergência até a sua alta, deve ser mantido o registro da história pessoal, considerando: diagnóstico; consentimento com validade legal para o tratamento; tratamento e medicação administrados. Estes registros não só servem de base para um tratamento adequado, mas, também são um forte testemunho médico em caso de alegações de imperícia e negligência.

Referindo-se à prescrição de medicamentos, há que se considerar as orientações de Elhart (1983) quanto às prescrições médicas, no que diz respeito ao nome do agente ou medida terapêutica a administrar, a dosagem do medicamento e concentração, hora e freqüência da administração, a data, a hora e a assinatura do médico e do enfermeiro que os administrou.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Além destes princípios orientados para a prescrição médica, a autora adverte que a prescrição seja legível e compreensível, pois é exatamente nas prescrições de medicamentos e tratamentos que se verificam as falhas na completude e compreensibilidade.

Não se admite que, em pleno final deste século, ainda se possa conviver com problemas tão desatentos como é o caso dos registros nos boletins de emergência em pronto-socorro, em especial as prescrições que quando bem feitas trazem benefícios imensuráveis. Porém, quando incompletas ou incompreensíveis, podem se tornar verdadeiros instrumentos complicadores da assistência de emergência. Assim, a problemática dos registros mal redigidos é, possivelmente, o indicador de erros irreversíveis e conseqüentemente de questões legais.

Angerami; Mendes; Pedrazzani (1976), numa análise crítica das anotações de enfermagem, fizeram o seguinte comentário:

... as anotações feitas na papeleta do paciente, conseqüentemente deverão ter as mesmas características, além de serem legíveis, claras, precisas e virem acompanhadas de horários e assinatura legíveis, esse procedimento indica o nível profissional que as elaborou.

Diante do processo tão complexo, parece não existir um espaço aberto que possibilite um questionamento em torno do assunto, nem tampouco uma contextualização do controle de qualidade da assistência prestada pelos profissionais que compõem a equipe de saúde atuante em pronto-socorro.

A assistência de emergência institucionalizada, em unidade de pronto-socorro, representa um universo de ações que precisa ser melhor qualificado. A integração multidisciplinar carece de uma proposta de desempenho de programas educativos, em torno do controle de qualidade dos registros efetuados nos boletins de atendimento de emergência (Soares, 1995).

ENCAMINHAMENTO EM PRONTO-SOCORRO

Toda pessoa atendida em pronto-socorro recebe uma classificação de acordo com a prioridade de atendimento. Pool (1970) descreve três tipos de classificação: urgente, emergente e não emergente:

Na classificação de emergência, incluem-se as afecções que ameaçam a vida; na classificação de urgente, relacionam-se os problemas que exigem tratamento dentro de poucas horas; e os considerados não emergentes são aquelas condições que podem esperar para serem atendidas ou que podem ser encaminhadas para tratamento ambulatorial.

Rossini (1961); Amado (1962) alertam sobre a permanência de pacientes na unidade se fosse considerado nessa rubrica por qualquer emergência: atendimento urgente ou de emergência. Não se admite que o paciente passe mais de 24 horas, somente em casos especiais ele deve permanecer até 48 horas na unidade de emergência.

Entende-se portanto, que o cliente atendido no departamento de emergência deve ter seu destino de acordo com a classificação em que for incluído.

Para facilitar o entendimento do leitor sobre a expressão destino, são dadas como sinônimos outras designações para encaminhamento do cliente. Neste sentido, cria-se um instrumento extremamente valioso para informar sobre o paradeiro do cliente atendido. Assim, qualquer que seja o encaminhamento na unidade de emergência, deverá ser traduzido pela alta.

Soares (1995) identificou cinco situações que indicam o encaminhamento do cliente e, conseqüentemente, a alta: à S.O. (Sala onde se procedem os atos cirúrgicos).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Da S.O. deve ser encaminhado à unidade de internação. Portanto, neste caso, ao sair da emergência ele recebeu alta por transferência, seja para S.O., C.T.I. (Centro de Tratamento Intensivo), à U.I. (Unidade de Internação) no caso de internação para dar continuidade ao tratamento. À UPE (Unidade de Pacientes Externos ou de ambulatório), ou para residência.

Na busca de registros sobre este último destino dado ao indivíduo, são encontradas três expressões que designam a alta — "Liberado", "Evadiu-se" e "Retirou-se".

Sabendo-se que o registro sobre o paradeiro do cliente é sem sombra de dúvida uma informação de grande responsabilidade de quem a presta, e principalmente para a instituição, não se pode admitir que tal informação possa ser tão vazia (liberado, evadiu-se ou retirou-se com ordem médica).

Este tipo de informação tem gerado seríssimos conflitos entre familiares e as equipes que atuam no pronto-socorro. E, o que se torna mais grave, é a abrangência que tal fato suscita em torno da qualidade da assistência prestada, e conseqüentemente se traduz pela falta de credibilidade dos profissionais e da Instituição à qual pertencem.

Na nossa experiência, enquanto enfermeiras de pronto-socorro, entendemos que ao dar alta, encaminhar, liberar ou "retirar-se com ordem médica" um cliente, deve-se ter o cuidado de indicar para onde ele será levado e deixar bem claro se ele saiu sozinho, acompanhado por familiares, em condução própria ou de aluguel (táxis), ambulância da instituição ou particular, remoção simples ou em UTI móvel, pelo Corpo de Bombeiros ou veículos da polícia. Deve-se também fazer um registro completo sobre as condições de saúde desse cliente no momento da liberação ou do encaminhamento.

Um outro aspecto a ser considerado é que todo o cliente, ao sair do Departamento de Emergência, deve ser sempre encaminhado ao serviço médico pertinente, não havendo portanto, alta definitiva, alta curada. A liberação ou retirada do indivíduo do Departamento de Emergência carece de um plano de alta bem elaborado. Entretanto, é muito frustrante encontrar no boletim uma liberação sem nenhum registro de recomendação, ou seja, orientação que atenda à necessidade básica afetada, pelo menos as somáticas.

Rogers (1992) em sua concepção de enfermeira, recomenda que o plano de alta deve ser um esforço colaborativo entre a equipe de saúde. Portanto, o plano de alta no atendimento de emergência é tão importante quanto o próprio atendimento. Nenhum cliente deve ser liberado do departamento de Emergência sem ter antes recebido orientações escritas quanto à seqüência do tratamento, desde o caso mais simples até o mais complexo. Nos casos de uma possível complicação, o plano de alta deve ser fornecido por escrito ao cliente.

Brunner; Suddarth (1999) advertem que se o cliente está inconsciente e foi trazido para a emergência sem familiares ou amigos, esse fato deve ser documentado. As mesmas autoras são enfáticas quanto aos procedimentos recomendados para alta e orientam: ... Após o tratamento, registra-se a condição do cliente por ocasião da alta ou transferência, assim como as instruções que foram dadas para assistência de acompanhamento.

Quanto à transferência para outro serviço, deve-se fazer um relatório de todos os procedimentos realizados, o diagnóstico e a terapêutica, o estado geral da pessoa e as condições de como está sendo removida.

Atkinson/Murray (1989) reconhecem o plano de alta como uma obrigação da equipe de saúde para assistência continuada e alertam: "após alta do hospital ou unidade, deve-se incluir instruções dietéticas, restrições com a atividade, programação de exames de *follow-up* (seguimento) e tratamento ambulatorial ulterior". Tais recomendações devem ser registradas sucintamente no boletim, pois a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

grande maioria que procura o departamento de emergência não tem indicação para essa unidade, porém é na realidade a única porta aberta para atender as suas necessidades. Por outro lado, e principalmente, olhando-se para as pessoas mais carentes, portadoras de doenças crônicas, não é raro que essas patologias passem do estado crônico para o estado agudo e esse ser humano venha precisar de um tratamento de urgência ou emergência. Neste rótulo encontram-se os portadores de doenças degenerativas, as coronariopatias congênitas, as doenças obstrutivas pulmonares crônicas (DPOC), as crises miastênicas, os portadores de bronquite alérgica, dentre outras.

Portanto, no boletim de um portador de uma ou mais dessas doenças, não pode constar apenas a causa que levou ao atendimento, às vezes o nome da clínica, ou uma ampola da medicação x ou y, bem como as expressões "liberado" ou "retirou-se", para indicar que cliente já foi atendido e que está de alta. Se assim o fizermos devemos ter consciência de que estamos prestando um serviço de má qualidade.

PROCEDIMENTOS EFETUADOS PÓS-MORTE — ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Sabe-se que todos os casos de morte súbita, acidentes e agressões, ou seja, casos rotulados como CP (casos policiais) no Departamento de Emergência, são encaminhados ao Instituto Médico Legal. Sabe-se também, que os médicos são amparados por lei quanto ao fornecimento de atestado de óbito para esse tipo de ocorrência — Código de Ética Médica, Capítulo X, artigos 114 e 115 (Gauderer, 1993). Vale ressaltar que nesta circunstância, as implicações legais são as mais respeitadas. É por essas razões que os registros nesses casos devem ser concisos, precisos, fidedignos, completos e compreensíveis, isto é, legíveis.

Embora se verifique a necessidade de atendimento aos preceitos da lei, os profissionais atuantes em pronto-socorro parecem não estar alertados para tais implicações e aqui justifica-se a crítica. É comum encontrar registros de óbitos, com o rótulo CP no boletim, sem constar o devido registro de encaminhamento ao IML (Instituto Médico Legal) além de não se verificar informações acerca dos procedimentos legais pós-morte. Por vezes, nesses casos, os únicos registros existentes são data, hora do óbito e o número de horas após a entrada no Departamento de Emergência. Acredita-se que esses corpos tiveram o seu destino certo, ou seja, o IML, e que, por algum lapso de tempo ou memória, deixaram de ter o seu registro em boletim. Entretanto, caso seja necessário, como comprovar posteriormente na Justiça? Não consta no boletim, e esse boletim tem vida indeterminada. Portanto, torna-se necessário refletir mais neste sentido, podendo dessa forma evitar o desagradável e preservar a credibilidade do profissional, da instituição e principalmente, da qualidade da assistência prestada.

O principal objetivo do prontuário é proporcionar uma anotação escrita de todos os dados acerca do cliente. Serve, assim, como forma de comunicação entre aqueles cujos talentos profissionais são dirigidos no sentido de sua assistência ao cliente (Du Gas, 1975). Com base nos argumentos de Du Gas, verificar a completude e a compreensibilidade de registros nos boletins de atendimento de pronto-socorro e, por entender que a comunicação escrita é a forma mais segura, portanto deve ser completa, sucinta, objetiva, possibilitando desta forma subsidiar a continuidade do tratamento aos princípios éticos e legais. Entretanto é nesta categoria que se verifica o mais baixo índice de informações escritas pelos enfermeiros.

Os valores atribuídos aos registros no boletim de atendimento de emergência só se fortalecem pelo menos para assumir a importância que lhe é atribuída, se todos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os profissionais, tanto administrativos como os técnicos da área de saúde, tentarem melhorar esse tipo de informação, que nada mais é do que a representação de registros bem formulados. Podendo contribuir, dessa forma, para a melhora da qualidade da assistência prestada, atender as exigências legais, ao ensino, à pesquisa e conferir-lhe confiabilidade.

Não obstante essas considerações apresentarem um desafio, pode-se acreditar na viabilização de um trabalho em que os profissionais busquem alternativas no sentido de minimizar o problema e assim, poder oferecer uma assistência de qualidade ou ter que considerar seriamente sua responsabilidade frente às questões levantadas, sob pena de se ter que redefinir os conceitos do que seja completude e compreensibilidade dos registros contidos nos boletins de clientes atendidos em emergência. Outro aspecto a ser considerado é a evolução do sistema de comunicação computadorizada não ter alcançado, em algumas instituições, os programas de cuidados prestados no que se refere às prescrições e planos de cuidados diretos ao cliente. Limita-se apenas aos registros de identificação, admissão, diagnóstico médico e alta.

Enquanto não se processa essa transformação, cabe a todos que compõem o quadro de profissionais técnicos e administrativos lotados nas instituições hospitalares, senão iniciarem de imediato, pelo menos refletirem sobre o quanto é importante e imprescindível a clareza, a compreensão e a completude de registro frente à administração, a Instituição, a comunidade assistida, ao judiciário, aos princípios éticos, à continuidade da assistência, ao ensino e à pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMADO, G. Registros de Enfermagem — Sua importância em auditoria. R Med 28 (4): 313-318. Rio de Janeiro, 1976.
2. AMERICAN ACADEMY OF ORTOPEDIC SURGEONS. Socorros médicos de urgência, registros e relatórios. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.
3. ANGERAMI, ELS et al. Análise Crítica das Anotações de Enfermagem. REBEn. DF. Ano XXIX out/nov/dez. 1977.
4. BRUNNER/SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
5. CARTER, JH. La Unidad de Cuidados Intensivos-Projecto y Funcionamento, Barcelona: Toray, 1973.
6. CLARKE, M. Enfermagem Geral. Publicações Europa-América, 1986.
7. D'AMICO, S et al. Enfermagem nas Emergências. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
8. DUGAS, BW et al. Enfermagem Prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
9. DUARTE, AB et al. Importância das Anotações de Emergência. REBEn. Brasília, 29(3):83-91, jul-set 1976.
10. ELHART, D; FISICH, SC; GRAGG, S; REES, OM. Princípios Científicos de Enfermagem — Preparação e Administração de agentes terapêuticos. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.
11. ESTRADA, EG. Clínica de Enfermagem da América do Norte — Simpósio sobre Enfermagem em Emergência. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
12. GAUDERER, EC. Os Direitos do Paciente. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
13. IYER, PW et al. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
14. KEITZER, M. Aspectos legais do abuso em crianças. Clínica de Enfermagem da América do Norte. Rio de Janeiro: Interamericana, março de 1981.
15. KRON, T. Manual de Enfermagem. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1987.
16. LIRA, B. História da enfermagem e Legislação. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

17. MACEACHERN, RM. Hospital Organization and Management. 3. ed. Chicago: Physicians Record, 1957.
18. MEZOMO, JC. Qualidade Hospitalar: reinventando a administração do hospital, São Paulo: CEDAS — Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1993.
19. MEZZOMO, AA. Serviço de Prontuário do Paciente — Organização e Técnica. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1984.
20. POOL, M. Triagem Nursing as Problem Solving. J Emerg Nursing 2:25, 1976.
21. ROSINI, J. Unidade de Emergência do Hospital Geral. R Paul Hosp 9(9): 27-30. Set. 1961.
22. ROGERS, JH; OSBORN, HH; POUSADA, L. Enfermagem de Emergência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
23. SOARES, E. Qualidade dos Registros de Atendimento em Pronto-Socorro. Rev Enferm UERJ. Rio de Janeiro, 3(1):10-18, maio 1995.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 10

Cuidando do Pessoal de Enfermagem e da Qualidade do Cuidar

Sergio Corrêa Marques
Marcos Antonio Tosoli Gomes
Maria Yvone Chaves Mauro

INTRODUÇÃO

O trabalho humano tem um caráter de obrigatoriedade e se constitui numa atividade convencional que, diferente de tempos remotos, tem várias funções que não só o provimento das necessidades biológicas de sobrevivência tais como, nutrição, moradia, vestuário, tratamento da saúde, entre outras. O reconhecimento social, o alívio da tensão emocional, o estímulo à imaginação e à criatividade e a satisfação pessoal são identificados como outras funções do trabalho.

Embora tenhamos no trabalho todos esses aspectos positivos, por outro lado ele também pode trazer transtornos à saúde física ou mental dos trabalhadores. Algumas profissões ou ocupações, dada as suas peculiaridades, por si só, já causam agravos à saúde do trabalhador, outras, nem tanto pelas atividades, mas por outros fatores como condições ambientais inadequadas, escassez de recursos tecnológicos, organização do trabalho, relações sociais ou interpessoais no trabalho e por falta de orientação, entre outros fatores.

A enfermagem não foge a estas regras. Se por um lado o exercício da prática profissional pode trazer aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem satisfação pessoal e até mesmo financeira, por outro lado esses mesmos profissionais estão expostos a estes fatores acima mencionados e a tantos outros que provocam distúrbios ou alterações de ordem física, mental e emocional, além de acidentes de trabalho.

O trabalho da enfermagem é desgastante tanto fisicamente como mentalmente, pois exige não só o uso biomecânico do corpo mas também de demandas cognitivas importantes. A par disso, Mauro *et al.* (2001) destacam que:

> *"a quantidade de informações recebidas ou repassadas, tomadas de decisão, memorização de dados, vigilância, entre outros, são atividade-*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

des cognitivas múltiplas e intensas que muitas vezes não ocorrem dissociadas das solicitações físicas, o que se constitui também num fator de desgaste mental, acarretando fadiga mental e riscos de acidentes, com prejuízo para a instituição e o cliente".

O uso biomecânico constante (andar, sentar, levantar, inclinar, abaixar, etc) somado à postura e a mecânica corporal incorretas têm sido mencionados como as causas mais freqüentes de diversos distúrbios, principalmente os problemas osteomusculares, em profissionais da enfermagem, razão pela qual estamos abordando esse assunto neste capítulo.

A postura refere-se às posições ocupadas pelo corpo ou o modo de manter o corpo e os seus movimentos. A função motora ou a mecânica corporal resulta da ação conjunta dos sistemas esquelético, muscular e nervoso; o sistema circulatório participa como um sistema acessório a medida que nutre os tecidos desses outros sistemas. As variedades de movimentos do corpo também são possíveis em virtude das articulações, que atuam como dobradiças ou sistemas de alavancas. A relação entre esses sistemas e a postura corporal é direta e recíproca uma vez que um beneficia ou prejudica o outro. Assim sendo, a manutenção de ambos é de fundamental importância para evitar lesões e desgastes físicos.

A Ergonomia, embora considerada uma ciência nova, vem há algum tempo estudando as implicações da postura corporal no processo de produção e na saúde do trabalhador. Portanto tem contribuído para prevenir distúrbios provocados pela má postura do trabalhador no desenvolvimento do seu trabalho, bem como tem reduzido gastos com tratamentos de saúde, evitando aumento de taxas de absenteísmo devido às licenças por doenças e contribuído também para proporcionar mais satisfação do trabalhador na realização do seu trabalho.

Na formação de profissionais de enfermagem, enfermeiros e professores sempre abordam essa questão da postura corporal do profissional na mobilização e transporte de clientes e em outros procedimentos, mas com um enfoque mais estético, da arte do cuidar, do que propriamente como posturas que minimizem os esforços e preservem os profissionais de danos a sua saúde. No entanto, os enfermeiros vêm, ultimamente, apropriando-se dos conhecimentos da ergonomia e aplicando-os em vários aspectos do processo de trabalho da enfermagem, inclusive, no que tange a prevenção de distúrbios relacionados à postura corporal. Por meio da educação postural e vigilância constantes, os enfermeiros poderão corrigir vícios de postura e contribuir para a saúde do trabalhador da enfermagem e por conseguinte para a melhoria da qualidade da assistência prestada à clientela.

OBJETIVOS DA APRENDIZAGEM

Ao abordar essa temática pretendemos

- Alertar a equipe de enfermagem quanto aos riscos para a saúde dos trabalhadores da enfermagem, provenientes da postura corporal e utilização inadequada da mecânica corporal no exercício da profissão.
- Destacar a atuação do enfermeiro na eliminação dos fatores que propiciam a postura corporal inadequada dos demais profissionais da enfermagem.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Um estudo recente foi realizado por Mauro *et al.* (2001) numa unidade de internação de clínica médica de um hospital universitário com o objetivo de analisar a postura corporal de um profissional de enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O sujeito da investigação foi uma auxiliar de enfermagem, com 42 anos, que atua há nove anos numa unidade de clínica médica geral, que se destina a assistência a clientes adultos e idosos de ambos os sexos, portadores de distúrbios clínicos agudos e/ou crônicos e, em sua maioria, com alto grau de dependência da enfermagem para o atendimento das suas necessidades básicas.

O método para essa investigação foi o estudo de caso e consistiu em acompanhar e observar a profissional de enfermagem durante 4 horas (240 min) da sua jornada de trabalho, nos horários de 8h às 10h e das 16h às 18h, por meio da observação sistematizada e observação assistemática. Para o primeiro tipo de observação foi utilizado um formulário onde eram registrados os horários, as atividades desenvolvidas e a postura corporal assumida pela profissional. Na observação assistemática buscou-se registrar aspectos relacionados ao ambiente de trabalho.

Os resultados da investigação são relatados a seguir:

1. As posições corporais da auxiliar de enfermagem e o tempo de permanência em cada posição foram as seguintes:

	Tempo (min)	
Posição	**Manhã**	**Tarde**
Em pé — parada	40	49
Marcha	25	35
Inclinada	52	10
Sentada	01	28

2. A postura inclinada esteve associada, a maior parte do tempo, ao cuidado direto com o cliente;

3. A auxiliar de enfermagem permaneceu 35,4% do tempo desenvolvendo atividades de assistência direta ao cliente; 27,9% realizando atividades tais como: atendendo telefone, dando informações a outros profissionais, recebendo orientações da enfermeira chefe, arrumando o posto de enfermagem; 12,6% providenciando material; 12,1% transportando materiais diversos e clientes, estes em cadeira de roda em condições precárias;

4. Embora pudesse posicionar as pernas sob a mesa, a auxiliar de enfermagem optou por sentar-se de forma lateralizada, num banco sem apoio, cuja altura também não era adequada para o seu porte, em relação à altura da mesa;

5. Ao movimentar um cliente, totalmente dependente, em direção à cabeceira do leito, com a ajuda de outra profissional, a auxiliar de enfermagem procedeu da seguinte maneira: posicionou-se de pé, voltada para a lateral esquerda do leito, com as pernas pouco afastadas e em seguida com o auxílio do lençol móvel ergueu o cliente, dirigindo o seu tórax em direção à cabeceira do leito, concomitantemente à mobilização deste;

6. A média de altura dos leitos da unidade era de 61 cm e altura da profissional era de 1,80m.

QUESTÃO 1

O quadro do item 1 dos resultados da investigação retrata, entre outras, quais situações em relação às posições da profissional de enfermagem?

A ( ) ficou 89 minutos em pé, parada

B ( ) permaneceu sentada por muito tempo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C ( ) esteve em pé por 211 minutos, ou seja, a maior parte do tempo
D ( ) durante o período da manhã a posição mais freqüente foi a inclinada.

QUESTÃO 2

No mesmo quadro do item 1 dos resultados, fica evidente que a profissional permaneceu em pé por um período prolongado, situação esta que predispõe a quais disfunções orgânicas?

A ( ) fadiga
B ( ) cãibras
C ( ) distúrbios circulatórios
D ( ) problemas osteomusculares

QUESTÃO 3

Observou-se que a profissional ao prestar assistência aos clientes manteve-se, a maior parte do tempo, na posição inclinada e quando sentou-se posicionou-se conforme registrado no item 4 dos resultados. Essas posturas podem acarretar quais problemas orgânicos?

A ( ) fadiga
B ( ) infecção
C ( ) distúrbios osteomusculares
D ( ) edema de membros inferiores

QUESTÃO 4

Ao mobilizar o cliente no leito a profissional de enfermagem não atentou para qual aspecto da dinâmica do trabalho?

A ( ) utilização do lençol móvel
B ( ) uso correto da mecânica corporal
C ( ) colaboração de outro profissional
D ( ) o grau de dependência do cliente

QUESTÃO 5

As situações e as condições de trabalho observadas na investigação descrita, se não forem corrigidas, poderão acarretar problemas para a profissional de enfermagem, tais como, distúrbios orgânicos, riscos de acidentes, erros na assistência e insatisfação no trabalho. A enfermeira chefe da unidade de hospitalização deve atentar para estas situações e buscar soluções para eliminar ou reduzir esses fatores de risco que podem afetar a saúde e o desempenho da profissional. Portanto, deverá adotar quais condutas?

A ( ) orientar a servidora em relação à postura e a mecânica corporal corretas
B ( ) providenciar a troca dos mobiliários inadequados
C ( ) propor à Chefia de Serviço rotatividade da equipe
D ( ) reavaliar a divisão técnica do trabalho

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GABARITO COMENTADO

QUESTÃO 1

A opção A está correta pois pode-se notar que a profissional permaneceu em pé, parada, por 89 minutos, somando-se os períodos da manhã e da tarde.

A opção B está errada, pois nesta posição a profissional permaneceu o menor período de tempo.

Pode-se verificar que estando parada, em marcha ou inclinada a profissional manteve-se em pé durante 211 minutos, o que corresponde a 87,9% do total de tempo em que foi observada. Portanto a alternativa C também está correta. Cabe destacar que este dado guarda estreita relação com as atividades do auxiliar de enfermagem que atua em unidade de internação, já que essas atividades em sua maioria são realizadas em pé.

A alternativa D também está correta pois o quadro evidencia que durante o período da manhã a posição inclinada é a mais constante. Este dado está associado ao cuidado direto com o cliente, haja vista que a profissional assumia essa posição com maior freqüência ao realizar as atividades assistenciais. A freqüência dessa posição no período da manhã relaciona-se com o fato de que nesse período concentram-se as atividades de higiene corporal no leito, de conforto, curativo, entre outras, realizadas diretamente com os clientes.

QUESTÃO 2

A permanência prolongada em pé pode provocar câimbras, distúrbios circulatórios, osteomusculares e fadiga muscular nos membros inferiores, além da fadiga generalizada, assim sendo, todas as alternativas estão corretas.

Ao permanecer de pé, o corpo tem que ser mantido em posição vertical por um esforço muscular estático, que se for por um período prolongado tem como conseqüência a fadiga (Magalhães e Másculo, 2000). De acordo com esses autores, a fadiga é o resultado da diminuição reversível da capacidade do organismo e uma degradação na qualidade desse trabalho. Os mesmos autores destacam também que "tanto a fadiga como a câimbra e as varizes são decorrentes de uma jornada de trabalho excessiva, onde é necessária a permanência da posição em pé por um período contínuo e repetido rotineiramente". Outras alterações como os distúrbios osteomusculares também são conseqüências da fadiga (Ranney, 2000).

QUESTÃO 3

Somente as alternativas A e C estão corretas.

A postura inclinada acarreta problemas nos músculos das costas, como distensões e fadiga, na coluna vertebral com conseqüências para outras partes do corpo como a região do quadril e dos membros inferiores. Na coluna vertebral, os discos vertebrais são os que mais sofrem com essa postura, principalmente os da região lombar (Grandejean, 1998). A mesma autora (1998, p. 88-89) afirma que "quando o curvar das costas causa a curvatura da coluna lombar a sobrecarga nos discos não é só grande mas também assimétrica".

Sentar de forma lateralizada é uma forma incorreta de sentar que pode acarretar distúrbios circulatórios, nos músculos das costas e na coluna vertebral. Grandejean (1998, p. 62) coloca que "os problemas mais difíceis são apresentados pela coluna e pela musculatura das costas, que em várias posturas de sentar não só não são alivia-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

das, mas de uma maneira especial, são sobrecarregadas". Tem sido recomendado uma postura sentada ereta ou levemente inclinada para a frente. Esta última justifica-se pelo fato de que o peso do tronco repousa de forma balanceada e faz com que o trabalho estático da musculatura das costas fique consideravelmente reduzido. A posição ereta reduz a pressão no disco intravertebral (Grandejean, 1998). A postura sentada é também influenciada pelo assento e pelo local de trabalho. O tamanho da bancada ou mesa de trabalho também deve ser compatível com o porte do profissional de maneira a favorecer o apoio dos braços ou evitar a elevação dos mesmos, ou ainda, a inclinação da coluna.

A alternativa B está errada pois só poderá ocorrer como uma condição secundária à fadiga. Esta quando prolongada provoca a redução da resposta imunológica predispondo a pessoa à infecções.

O edema de membros inferiores ocorrerá se a pessoa tiver algum problema circulatório e permanecer por um período prolongado sentada, independente de ser de forma lateralizada ou não. Assim sendo, a alternativa D está errada.

QUESTÃO 4

A única resposta correta é a letra B.

A profissional ao mobilizar o cliente deveria posicionar-se de pé ao lado do leito, ligeiramente virada para a cabeceira e colocar o pé mais próximo do leito a um passo atrás do outro pé, ficando ambos direcionados para a cabeceira (Du Gas, 1978).

É importante que o profissional de enfermagem conheça os princípios que regem a mecânica corporal e os aplique na sua prática de forma que os movimentos se tornem suaves e se realizem com um mínimo de esforço para os músculos do corpo. Du Gas (1978, p. 244) relaciona nove desses princípios e afirma que "se a enfermeira utiliza seu próprio peso para empurrar ou puxar um cliente, seu peso aumenta a força aplicada ao movimento". A utilização inadequada da mecânica corporal pode trazer conseqüências sérias ao organismo, principalmente relacionadas aos distúrbios osteomusculares.

As demais alternativas estão incorretas tendo em vista que, conforme consta do item 5 dos resultados do estudo, a profissional utilizou da referida técnica e do auxílio de outra profissional face o grau de dependência do cliente para com a enfermagem. Consta também que utilizou o lençol móvel para facilitar a mobilização do cliente, o que é muito comum quando este não pode flexionar os membros inferiores para colaborar com a sua mobilização no leito.

QUESTÃO 5

Todas as alternativas estão corretas.

A maioria dos problemas posturais podem ser corrigidos orientando-se o profissional para adotar uma postura adequada, utilizar corretamente sua mecânica corporal e, na medida do possível, intercalar períodos de atividade e de descanso, enfatizando os conseqüentes agravos à sua saúde. Para tal situação o enfermeiro deve também adotar as medidas necessárias à modificação dos mobiliários, como as cadeiras, os armários e as camas que induzem a profissional a adotar uma postura incorreta.

As atividades de enfermagem, principalmente nesse tipo de unidade de internação, são muito diversificadas e desgastantes física e emocionalmente e a profissional nela atua há nove anos. Em função disso a enfermeira Chefe da Unidade deve propor à Chefia do Serviço a relotação da profissional, ainda que temporariamente, em outra unidade menos desgastante.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DU GAS, BW. Necessidade de Movimento e de Exercício. In: DU GAS, BW. Enfermagem Prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, Cap. 17, 1978.
2. GRANDJEAN, E. Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 338 p, 1998.
3. MAGALHÃES, RAS; MÁSCULO, FS. Identificação de Riscos Ergonômicos no Posto de Trabalho de Médicos Cirurgiões em um Hospital Universitário. Bahia: Associação Brasileira de Ergonomia, p. 22-33, 2000.
4. MAURO, MYC. Riscos Ocupacionais em Saúde. Enfermagem Científica, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1 p. 7-16, 1990.
5. MAURO, MYC; MARQUES, SC; GOMES, AMT; FERREIRA, SS. Introdução à Análise Ergonômica: um estudo da postura corporal de um profissional da enfermagem. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 29-32, jan/abr, 2002.
6. RANNEY, D. Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho. São Paulo: Rocca, 344 p, 2000.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TERCEIRA PARTE

Prevenção/Promoção/ Proteção/Recuperação e Educação para a Saúde dos Clientes no Ambiente Hospitalar

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 11

Enfermagem Ambulatorial – O Cliente em Condição Crônica de Saúde

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Miriam Susskind Borenstein

INTRODUÇÃO

Para introduzir a discussão do cuidado de enfermagem ao cliente em condição crônica de saúde, faz-se necessário refletir sobre a compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como um complexo conjunto de fatores sociais, culturais e emocionais, que são enfatizados para além do diagnóstico e tratamento das doenças.

O processo saúde-doença tem um cunho social e histórico, portanto, é importante que a equipe de saúde compreenda que o cliente, como parte de uma sociedade, também influencia e é influenciado por ela no cuidado de sua própria saúde, como também na concepção sobre a mesma. Neste sentido, concordamos com Gelbcke (1992, p. 4) quando esta afirma que:

Pode-se estabelecer uma unidade, um nexo entre o biológico e o social, os quais estão presentes em todos os problemas que cercam o processo saúde-doença do homem e da sociedade. Dependendo do problema concreto, poderá predominar o biológico ou o social, o que determina a existência de uma interação dialética entre estas duas categorias.

A situação de saúde, na nossa sociedade reflete na determinação do processo saúde-doença, variando de indivíduo para indivíduo e mantendo relação com a inserção deste em grupos sociais, além de sofrer influência dos fatores sócio-econômicos e culturais (Stipp, 2000).

Esta discussão sobre saúde e doença pode adquirir outra perspectiva quando passamos a relacionar a compreensão de saúde, enquanto *bem-estar*, com a de doença ou desvio de saúde, como *mal-estar*. Neste sentido, desloca-se a noção de causalidade do *mal-estar* da questão biologicista/patogênica para uma idéia de multicausas, como enfocado por Figueiredo *et al.* (1998), quando introduzem esta relação entre *bem-*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

estar e *mal-estar*, atreladas a fatores que podem influenciar uma ou outra condição de estar no mundo. São eles: **ecológicos** (condições materiais, relações sociais de gênero, subjetividade humana), **políticos** (direitos do ser humano, cidadania), **espirituais** (criar, sonhar, liberdade de ser e estar, transcender), **econômicos** (classes sociais, emprego/desemprego e perspectivas de vida).

A idéia de *bem-estar* como saúde, atrelada a estes fatores, não implica necessariamente a ausência de doenças, mas sim a possibilidade de viver de forma saudável apesar de uma condição aguda ou crônica de saúde, sentindo-se bem no mundo, com qualidade no viver. Qualidade de vida diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam a vida, e ao sentido que cada ser humano dá a ela. Neste sentido, inclui-se a expressão de qualidade de vida através da qualidade de saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, enquanto satisfação de necessidades, como ter comida, trabalho, lazer, interação social, educação, dentre outras.

Por esse motivo, os indivíduos em condição crônica de saúde necessitam de informações suficientes e adequadas para que possam conviver com a doença e minimizar os efeitos por ela causados a fim de que tenham uma "boa vida". Ter uma "boa vida" significa ter bem-estar, capacidade para realizar as atividades diárias o que significará também disposição para o trabalho e possibilidades de melhora das condições financeiras, de manter relações interpessoais e auto-estima (Silva, 1990).

A condição crônica de saúde vem se constituindo como um importante campo de estudos na área da saúde. Essa situação é decorrente das crescentes necessidades das pessoas que vivem nessa condição e também da evolução contínua dos conhecimentos que possam orientar os profissionais da saúde no cuidado a essas pessoas. Temos percebido que a doença crônica, apesar de englobar doenças ou estados de mal-estar com características bastante distintas na forma como se apresentam (etiologia, fisiopatologia, evolução, órgãos afetados e tratamento), possuem algumas semelhanças, especialmente na maneira como afetam a vida das pessoas que passam a viver nessa condição de saúde.

Kleinman (1988, p. 8) compreende a doença crônica como (...) mais do que a soma de vários eventos específicos que ocorrem no curso de uma doença; ela é um relacionamento entre momentos específicos e esse curso crônico. É assimilada na vida da pessoa, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma vida onde a doença se torna inseparável de sua história de vida.

Vários autores vêm abordando a questão da doença crônica nas últimas décadas, num processo de construção do conceito que foi sendo cada vez mais ampliado, no sentido de que, a doença crônica passa a ser percebida como fazendo parte do processo de viver das pessoas, deixando de ser somente uma patologia que afeta um ou vários órgãos e que tem um tratamento padronizado.

Strauss e Glaser (1975) apontaram que a doença crônica afeta vários aspectos da pessoa, levando-a a uma permanente vigilância[1] com relação a sua saúde. Destacaram a necessidade da prevenção e do controle de crises de agudização, a importância do seguimento de determinados tratamentos, a necessidade de reorganização do tempo e de efetuar reajustes constantes no processo de viver, de modo a manter os relacionamentos sociais. Esses autores destacaram a importância da pessoa que vive com uma doença crônica, encontrar maneiras de conviver com essa condição, de modo a manter uma vida com qualidade.

---

[1] Nesta permanente vigilância gostaríamos de acrescentar as vinculações do indivíduo com o meio ambiente e o seu grupo de relações sociais, como partes integrantes de seu bem-estar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Outros autores, influenciados por Strauss e Glaser, iniciaram reflexões e reconhecimento de que viver com uma doença crônica promove mudanças, afetando dramaticamente o processo de viver das pessoas e de seus familiares. Porém, de acordo com Silva (2001), esses autores (Burish e Bradley, 1983 — Sexton e Munro, 1988; Gerhardt, 1990 — Conrad, 1990 — Hymovich e Hagopian, 1992) não conseguiram avançar além do modelo biomédico na compreensão e assistência às pessoas em condição crônica. Burish e Bradley (1983), destacaram quatro dimensões na caracterização da doença crônica: a causa da doença como decorrente do estilo de vida de as pessoas; o tempo de duração, com um começo insidioso e um tempo de duração indefinido; a falta de identidade da patologia (multicausal e sintomas indefinidos ou até mesmo ausentes); e a longa duração da mesma, permanecendo muitas vezes para o resto da vida das pessoas. Esses autores também destacaram a importância de as pessoas refletirem sobre as novas incumbências que a doença traz para suas vidas, requerendo o desenvolvimento de novas habilidades.

Nesse processo de compreensão da condição crônica, os profissionais de saúde também passam a ter novas responsabilidades que requerem diferentes habilidades e conhecimentos, tais como: estratégias de motivação para o tratamento, de promoção da auto-estima e de auxílio no controle da ansiedade. Essas estratégias estão especialmente voltadas para a prevenção de danos decorrentes da falta de controle da evolução das complicações da doença, sejam elas físicas ou sociais.

Outra perspectiva da doença crônica é que ela pode agir como uma ameaça, como fonte de desespero para algumas pessoas, enquanto para outras pode agir como um catalisador, levando-as a cuidarem melhor de si mesmas. De qualquer modo é extremamente complexo integrar a doença crônica à vida das pessoas, especialmente devido à necessidade de contínuos ajustes e reajustes, avaliações e reavaliações, provocados pela dinamicidade como essas doenças se apresentam e evoluem (Donnelly, 1993 — Hymovich e Hagopian, 1992).

Nessas colocações é possível reconhecer que para cuidar de pessoas com doenças crônicas é necessário mais do que conhecimentos sobre os aspectos biomédicos, destacando-se a importância de compreender como a doença crônica afeta a vida das pessoas. Nessa perspectiva, coloca-se como referência uma relação de igualdade entre profissionais da saúde e pessoas que vivem com a doença crônica, onde não há um que sabe e outro que precisa aprender, mas se estabelece uma relação dialógica de respeito pelo saber um do outro, num processo contínuo e dinâmico de compartilhar saberes.

Convergindo a estas idéias, Figueiredo e cols. (1998, p. 455) complementam acrescentando que,

> *"Nesta invenção de um novo paradigma científico incluem-se estratégias para a prática de cuidar e de ensinar a cuidar: a conhecer o sujeito que se encontra no mundo, na família, no social e consigo mesmo, intervir na perspectiva de melhorar seu bem-estar construindo um espaço de comunicação, transformação e produção de saberes e tecnologias, considerando os aspectos econômicos, culturais e político-sociais (...) procurar espaços de encantamentos para a reflexão e discussão dos modos de viver, de ser e de estar no mundo, numa perspectiva transcultural e transdisciplinar."*

Diferentes abordagens de cuidado vêm sendo implementadas, pela enfermagem, na busca por uma assistência que valorize a qualidade de vida e perceba que, mesmo com uma doença crônica, a pessoa pode ser saudável.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Uma das formas de atendimento da equipe de saúde, de um modo geral, e da enfermeira, em particular, ao cliente em situação crônica é oferecida através da consulta de enfermagem ambulatorial. A consulta de enfermagem regulamentada pela Lei nº 7.498/86 formalizou uma atividade que já vinha sendo desenvolvida desde 1925, inicialmente denominada de "entrevista pós-clínica", na qual a enfermeira tinha como atribuição interpretar o diagnóstico, o tratamento, a importância e os meios de prevenção das doenças venéreas. Posteriormente, em 1958, a Comissão de Peritos em Enfermagem, da OMS, reunida em Genebra, ao descrever as funções da enfermeira de saúde pública, introduziu entre elas a "função médica delegada"[2], cuja escolha deveria ficar a critério de cada país, de modo a atender às necessidades locais.

No Brasil, já em 1966, esta atividade era incluída como rotina nos manuais de atendimento às gestantes e às crianças sadias, encabeçada pela Fundação SESP. E em 1968, no segundo curso de Planejamento de saúde da Fundação SESP, os profissionais participantes concluíram que este "atendimento" de enfermagem era uma das atividades FINAIS da unidade sanitária. A partir daí surgiu a denominação "CONSULTA DE ENFERMAGEM", e passa a ser incorporada à prática da enfermeira, e instituída oficialmente pelos órgãos e programas de saúde do país. Esta não era mais parte do processo de trabalho do médico nem atividade delegada, submetida ao controle médico, mas sim com determinação e finalidades próprias. Isto representou uma grande diferença de postura frente à atividade.

A consulta de enfermagem é uma atividade diretamente prestada pela enfermeira ao cliente, através da qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente (Comitê de Consulta de Enfermagem, 1979, p. 407).

A consulta exercida pela enfermeira visa solucionar problemas, analisar e administrar condições, principalmente no que tange à problemática das situações crônicas de saúde, na qual o acompanhamento dos fatores de risco, a promoção do autocuidado e a intervenção nos problemas identificados são pontos primordiais no controle destas situações. Independente da complexidade do problema, a enfermeira como parte de uma equipe que presta assistência multiprofissional, acompanha a evolução do cliente, participa do planejamento desta assistência, e objetiva melhorar o convívio do cliente com a sua condição de cronicidade.

Além disso, o enfoque central da Consulta de Enfermagem transpõe a questão da doença, configurando um espaço no qual a possibilidade de um cuidado mais global leve em conta a subjetividade, o lazer, a espiritualidade, o ambiente, o estilo de vida do cliente como fatores direcionadores para a realização de um diagnóstico de enfermagem e elaboração de um plano de cuidados mais aderente a cada realidade específica.

Neste sentido, entendemos que aspectos importantes na atuação da enfermeira não podem ser relegados ao segundo plano. São eles: o envolvimento da família no processo vivido pelo cliente e a educação para a saúde promovida pela equipe de saúde.

A qualidade das relações entre o grupo familiar, reforçada pelas crenças, valores e os diferentes papéis desempenhados por cada um dos integrantes deste grupo, numa situação de saúde-doença aguda ou crônica, influenciam decididamente na forma

---

[2] Ou seja, como componente vinculada à consulta médica, sem autonomia na ação, e também com um *status* relativo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

como estes assumem o convívio com a nova condição. Elsen (1992, p. 69), afirma que "famílias saudáveis que dão apoio a seus membros, que são flexíveis a mudanças no seu funcionamento para atender a suas necessidades, têm permitido ao indivíduo doente manter aderência ao tratamento, possibilitando sua recuperação e/ou manutenção da saúde".

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde por sua vez é considerada como fundamental para auxiliar o cliente/família na compreensão do significado de uma condição crônica de saúde e a necessidade de uma reeducação em seus hábitos de vida. A educação para a saúde se constitui em uma importante ação de enfermagem, no sentido de otimizar o potencial individual do cliente dos serviços de saúde, no que diz respeito à promoção e recuperação da saúde (Figueroa, 1997).

A educação para a saúde poderá ajudar as pessoas portadoras de uma doença crônica para que conheçam a doença e aprendam a conviver com ela e, assim, superar os seus efeitos através do seguimento consciente ao regime de tratamento.

Dizemos aqui "seguimento consciente" para enfatizar que a pessoa precisa estar plenamente "ligada" àquilo que está fazendo, ao mundo que a rodeia e não somente aceitar o que está sendo imposto "de cima para baixo", tornando-se necessário promover uma participação efetiva do cliente no tratamento. A educação para a saúde, nesse caso, poderá ajudá-los na compreensão da doença e, assim superar seus efeitos através de uma adesão consciente ao regime de tratamento.

A educação para a saúde é vista aqui como um processo de manutenção da saúde e prevenção de doenças ou de complicações por elas causadas (Rabelo e Padilha, 2000).

Estimular o seguimento ao tratamento é imprescindível para que a pessoa não sofra com as complicações. Muitos estudos sobre adesão ao tratamento vêm sendo feitos, mas a mensuração é algo difícil. Um fato importante a ser considerado na educação para a saúde é a história cultural e social do cliente. A história de vida pode indicar as práticas populares de cuidado à saúde e não podem deixar de ser valorizadas no conjunto de saberes.

Além disso, pode-se mencionar a falta de motivação tanto do cliente como dos profissionais de saúde, tornando-se um círculo vicioso: o cliente não se cuida por não ser orientado de forma motivadora e eficaz e o profissional por sua vez não orienta o cliente por vários motivos. Dentre estes, citamos alguns que consideramos mais significativos:

- falta de conhecimento suficiente sobre a importância deste trabalho, decorrente do processo de formação dos profissionais de saúde que não prioriza a educação em saúde;
- o modelo de saúde vigente prioriza o atendimento curativo e imediato, não abrindo muito espaço para as necessidades de saúde como um todo;
- falta de motivação, muitas vezes, causada pelo contexto do sistema de saúde: baixos salários, altas jornadas de trabalho, condições precárias de trabalho com escassos espaços físicos, recursos humanos e materiais.

O seguimento ao regime terapêutico requer que o cliente faça uma ou mais modificações em seu estilo de vida. Por causa dessas alterações, impostas pelo tratamento, muitos clientes passam a adotar uma reação pessimista e fatalista com relação à vida e por isso o rejeitam. Nesse caso, a atuação da enfermeira mostrando ao cliente a importância do tratamento para a manutenção da qualidade de vida é fundamental.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Consideramos, então, que a educação para a saúde contribui para incentivar e possibilitar o seguimento ao tratamento, fazendo-se importante mencionar que a mesma tem por objetivos:

— Ajudar a pessoa a descobrir modos de vida mais saudáveis, ou seja, atingir o máximo de sua saúde, apesar da condição crônica.
— Estimular alterações no estilo de vida para promover a saúde de pessoas com doenças crônicas.
— Contribuir para a redução das reinternações hospitalares decorrentes da condição crônica de saúde.
— Minimizar as complicações provocadas pela doença crônica ao longo do tempo.

Concordamos com Mandú e Silva (1998, p. 224-225) quando apontam que os clientes ao solicitarem atenção nos serviços de saúde, procuram, também, soluções para problemas de seu cotidiano, relacionados ao trabalho, à vida pessoal e às condições de vida.

Grupos vêm se constituindo como uma importante estratégia para desenvolver **educação em saúde**, especialmente para pessoas em condição crônica de saúde**.** Esses grupos têm sido denominados de grupos terapêuticos ou grupos de convivência.

Os Grupos de Convivência são constituídos com a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável. Esses grupos têm como objetivos promover, entre seus participantes: a formação de redes de suporte social; a construção de uma vida mais saudável e com mais autonomia; a ampliação de formas criativas de conviver com sua condição de saúde; a desestigmatização de sua imagem no grupo e fora dele; a livre expressão sobre suas emoções e seus conhecimentos; as articulações com outros grupos e instituições; e promover espaços de interação social e profissional.

De acordo com Dias; Trentini; Silva (1995), os grupos de convivência provocam a educação participativa com a intenção da reconstrução coletiva do viver cotidiano das pessoas que dele participam, problematizando suas situações de vida. Isso requer que a(o) enfermeira(o), que nesses grupos assume o papel de facilitador(a):

a) compreenda a situação das pessoas;
b) ajude-as na perseguição de comportamentos saudáveis;
c) promova a consciência social dos fatores que influenciam na saúde;
d) e ative o desenvolvimento das potencialidades de cada um dos integrantes do grupo.

Objetivos de Aprendizagem

Refletir sobre as especificidades do cuidado ao cliente em condição crônica de saúde.

Contribuir para a implementação, ações de cuidado ao cliente em condição crônica de saúde, considerando-o como participante ativo do processo de cuidar.

Demonstrar a contribuição da consulta de enfermagem no êxito do atendimento ao cliente em situação ambulatorial.

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Caso 1 — A Consulta de Enfermagem do Sr. Carlos

O Sr. Carlos tem 70 anos, casado, três filhas adultas, sendo que uma ainda mora com ele e sua esposa. É aposentado e vive desta aposentadoria, no valor de aproxi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

madamente três salários mínimos. É portador de *diabetes mellitus* há dez anos e freqüenta a consulta de enfermagem há três anos, no ambulatório de um hospital universitário em Santa Catarina, após ter sido internado por dez dias por coma hiperglicêmico. A partir daí passou a freqüentar, com regularidade parcial, o ambulatório para acompanhamento da equipe de saúde.

No momento da consulta de enfermagem, agendada após um ano de ausência, o Sr. Carlos refere não ter queixas. Faz uso de insulina NPH, 10U pela manhã e insulina regular, conforme glicemia. Ele mesmo realiza a auto-aplicação. Faz uso de dieta hipoglicídica incorretamente, ingerindo arroz e macarrão diariamente e doces eventualmente. Hidrata-se em média com 1 litro de líquidos por dia. Dorme 06 horas por noite, porém relata insônia quando se incomoda com a filha. Apresenta poliúria e constipação intestinal, ficando até 6 dias sem evacuar; não faz exercícios ou atividades físicas, sendo que seu único lazer é assistir televisão. Ao exame físico: PA= 180 × 100 mmHg, TPR= 36/70/20, glicemia capilar 350 mg/dl. Couro cabeludo sem anormalidades. Pele e mucosas hipocoradas e hipo-hidratadas. Deficiência visual para perto, em uso de óculos. Audição, olfato e paladar sem anormalidades. MMSS com descamação em toda a extensão. MMII normais, unhas dos pés sujas e mal cortadas. Cliente ansioso, com dificuldade de apreensão das informações. Mal estado higiênico geral.

QUESTÃO 1.1

Analisando a situação do Sr. Carlos, a enfermeira precisa inicialmente estabelecer os principais problemas que estão afetando este cliente para depois traçar o diagnóstico de enfermagem e posteriormente, um plano assistencial. Para você, quais são os problemas mais imediatos a serem atendidos nesta consulta de enfermagem?

a) Uso de insulina, pressão arterial elevada, alimentação inadequada, diminuição da acuidade visual;
b) Uso de insulina, pressão arterial elevada, alimentação inadequada, pele e mucosas hipocoradas, insônia;
c) Uso de insulina, pressão arterial elevada, alimentação inadequada, hidratação inadequada, glicemia capilar elevada;
d) Uso de insulina, unhas dos pés sujas e mal cortadas.

QUESTÃO 1.2

Com relação aos problemas abaixo relacionados, quais os diagnósticos de enfermagem corretos? (um problema poderá corresponder a mais de um diagnóstico e vice-versa).

Problema	**Diagnóstico**
(a) poliúria (b) dificuldade de apreensão das informações (c) alimentação rica em carboidratos (d) glicemia elevada (e) pele e mucosas hipocoradas e hipo-hidratadas (f) insônia	( ) Controle ineficaz do regime terapêutico ( ) Distúrbio no padrão de sono ( ) Déficit no volume de líquidos ( ) Alteração na eliminação urinária ( ) Risco para prejuízo da integridade da pele ( ) Manutenção da saúde alterada ( ) Alteração na nutrição: risco para mais do que o corpo necessita

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 1.3

A partir das situações-problema a seguir, estabeleça os diagnósticos de enfermagem e o plano assistencial adequado a cada situação, numerando as colunas de diagnósticos e de plano assistencial de acordo com a coluna de situações-problema:

Situaçõe Problema	**Diagnósticos de Enfermagem**	**Plano Assistencial**
1) Uso de insulina 2) Hidratação inadequada 3) MMSSs descamados 4) Constipação intestinal 5) Unhas dos pés sujas e mal cortadas 6) Mau estado higiênico geral 7) Pouca atividade de lazer e sedentarismo 8) Dificuldade visual 9) Ausência às consultas de enfermagem	( ) Síndrome do déficit de autocuidado ( ) Constipação ( ) Alteração sensorial perceptiva ( ) Déficit no volume de líquidos ( ) Controle ineficaz do regime terapêutico individual ( ) Déficit de atividade de recreação ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Comportamento para melhorar o nível de saúde ( ) Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene	( ) Conversar com o Sr. Carlos para ver as razões que o levam a faltar às consultas agendadas, e incentivá-lo a integrar-se ao grupo de convivência; ( ) Encaminhá-lo ao oftalmologista; ( ) Evitar calçados muito apertados ou folgados para evitar calor local excessivo ou traumatismos; ( ) Orientar sobre a importância da atividade física para aumentar a oxigenação, diminuir os depósitos de gordura e queimar a glicose em excesso; ( ) Orientá-lo sobre a importância da higiene corporal para ativar a circulação e remover células mortas, auxiliando na transpiração e manutenção da saúde; ( ) Orientá-lo para pedir à esposa ou à filha para auxiliá-lo na auto-aplicação da insulina, por não estar enxergando direito; ( ) Sugerir alimentos ricos em fibras, tais como: feijão, verduras, frutas (laranja, ameixa, mamão, manga) para aumentar a peristalse; ( ) Planejar com o Sr. Carlos as atividades físicas que pode realizar; ( ) Massagear a pele com creme hidratante para auxiliar na absorção e aumentar a circulação periférica; ( ) Lavar e enxugar os espaços interdigitais; ( ) Orientá-lo sobre a importância de escovar os cabelos diariamente e de lavá-los pelo menos uma vez por semana; ( ) Sugerir ingesta de cerca de 2 litros de líquidos por dia para amolecer o bolo fecal, facilitando a sua eliminação; ( ) Pedir ao Sr. Carlos para mostrar como está utilizando a insulina, em termos de dosagem e locais de aplicação; ( ) Orientá-lo quanto a importância de: cuidar das unhas, lixando-as para evitar ferimentos; ( ) Verificar os cuidados que o Sr. Carlos está tendo com a insulina e com a reutilização da seringa; ( ) Falar da importância do seguimento das orientações da equipe de saúde para a manutenção de sua saúde.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 1.4

A partir da situação-problema apresentada e os diagnósticos estabelecidos, elabore um plano de cuidados, contendo o(s) resultado(s) esperado(s) e as ações de enfermagem.

CASO 2 — A HIPERTENSÃO ARTERIAL — ASSASSINA SILENCIOSA

Dona Idalina da Silveira dos Santos, catarinense de Santo Amaro da Imperatriz, é casada, mãe de cinco filhos, todos casados, com 5 netos, possui 57 anos, 86 quilos, e 1,65 m de altura. Refere trabalhar como empregada doméstica há 35 anos, desde que casou, e que no serviço costuma fazer todo o tipo de tarefa, tudo que a "patroa manda", desde a comida, a lavagem de roupa, arrumação da casa, até a faxina geral, na sexta-feira. Trabalha o dia todo, começa às oito horas da manhã e não tem hora para encerrar, em geral chega em casa às oito horas da noite, depois de pegar dois ônibus. Trabalha, inclusive aos sábados, quando então sai do serviço às duas horas da tarde. Não pode deixar de trabalhar, pois só com o salário do marido, que é encanador, não dá para pagar as despesas da casa. Como durante muito tempo não teve sua carteira assinada, ainda faltam muitos anos para se aposentar. Refere estar cansada e cheia desse trabalho e às vezes sente-se estressada. Embora com todas estas atividades, no final de semana costuma ainda colocar sua casa em dia, faxinando e lavando toda a roupa da semana. Informa que normalmente não sente nada, costuma comer de tudo, gosta muito de carne gorda, arroz, feijão, e salada, com bastante tempero. Entretanto, há mais ou menos dois meses, começou a sentir-se muito mal, mas como não tinha tempo para procurar um médico, foi deixando. Na última sexta-feira, dia 14/06, como tinha hora marcada e estava muito ruim, foi consultar-se no ambulatório do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), acompanhada pelo marido. Durante a consulta manifestou queixas de cefaléia intensa, zumbidos, taquicardia e um peso nas pernas. Apresentava ainda, os seguintes sinais vitais: PA: 180 × 120 mmHg. P: 96 bcpm, FR: 28mrpm e T:36,8º C. Informa ser hipertensa há 17 anos e refere apenas utilizar medicação anti-hipertensiva (Metildopa e Furosemida) desde então. Entretanto nem sabe direito o que é hipertensão. O médico e o pessoal de enfermagem informaram apenas que não podia deixar de tomar a medicação. Nos últimos tempos, há aproximadamente 15 dias, deixou de utilizá-las em função da falta destas medicações nos postos de saúde da capital e, também, porque vinha sentindo muita fadiga e intolerância à atividade física. Além disso, refere ainda ser fumante, fumando em média duas carteiras de cigarro por dia. Quanto aos familiares, tem sete irmãos vivos, dois deles são diabéticos e hipertensos e seus pais já faleceram, sendo que a mãe, de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o pai de Enfisema Pulmonar.

QUESTÃO 2.1

A partir dos problemas apresentados por Dona Idalina, assinale com um X as questões corretas sobre os cuidados de enfermagem a serem enfatizados à cliente, para que a mesma previna a ocorrência de complicações mais severas:

a) ( ) Não se deve orientar a cliente sobre o que é a hipertensão, seus fatores de risco e as complicações decorrentes dela, porque a mesma pode se desesperar, entrar em pânico e piorar a sua situação, aumentando ainda mais a pressão arterial.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) ( ) Pessoa com hipertensão como Dona Idalina, que costuma fazer uso de dieta hiperlipídica e hipersódica, deve ser orientada enfaticamente a realizar mudanças nos seus hábitos de vida, passando a ingerir dietas hipolipídicas e hipossódicas.

c) ( ) A enfermeira deve sempre respeitar os hábitos alimentares dos indivíduos com hipertensão, mesmo quando estes ingerem alimentos ricos em gordura e sódio, porque "cultura alimentar não se modifica, aceita-se".

d) ( ) No tratamento não medicamentoso, a cliente com hipertensão deve ser orientada a realizar atividades físicas periódicas e sistematizadas. Entretanto, para pessoas como a Dona Idalina, que costuma realizar atividades braçais, isto não necessita ser enfatizado, pois o próprio trabalho já é uma atividade física recomendável.

e) ( ) A Dona Idalina apresenta inúmeros fatores de risco da hipertensão, que tanto são de origem genética como ambiental, por isso deve ser orientada e conscientizada com relação a todos, para que modifique seus hábitos, buscando uma melhor qualidade de vida.

f) ( ) A Dona Idalina está correta ao deixar de fazer uso de medicação anti-hipertensiva, porque esta provoca fadiga e adinamia, e só é necessária no momento em que a pressão apresenta-se elevada.

g) ( ) O uso de medicação anti-hipertensiva é recomendado a todas clientes que mantêm níveis pressóricos elevados, e que não cede, mesmo quando utilizado outro tratamento, como não medicamentoso. A medicação deve ser utilizada sistematicamente e só suspensa no caso do aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis.

h) ( ) Uma das estratégias que vem sendo utilizada com clientes com hipertensão tem sido o uso de atividades de relaxamento, também chamadas de tratamento não medicamentoso, por isso Dona Idalina, que anda estressada, pode e deve ser orientada sobre os efeitos positivos que estas causam e as possibilidades de redução da hipertensão. Além de realizar atividades de relaxamento, a paciente pode e deve ser aconselhada a buscar um emprego que não tenha tantas exigências e que possibilite um maior tempo para cuidar de si.

i) ( ) Dona Idalina se caracteriza por ser uma pessoa obesa, possui índice de massa corporal igual a 31,6 kg/m^2. Este problema provoca um aumento nos seus níveis pressóricos, por esse motivo, ela deve ser orientada e conscientizada acerca da redução urgente de peso, esta sobrecarga inclusive prejudica sua saúde no todo, em especial o seu coração.

QUESTÃO 2.2

Ainda com relação ao quadro apresentado por Dona Idalina e buscando aprofundar o conhecimento na literatura respectiva (ver bibliografia recomendada ao final do capítulo) procure responder as questões a seguir, assinalando com (V) quando a alternativa for considerada verdadeira e com (F), as alternativas falsas.

a) ( ) Segundo informações do Ministério da Saúde, o indivíduo é considerado hipertenso quando seus níveis pressóricos estão iguais ou acima de 140 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e iguais ou maiores que 90 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD). Esta classificação baseia-se na média de duas leituras da pressão arterial, em

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

geral feitas num mesmo horário, com um aparelho bem calibrado e respeitando algumas condições estabelecidas na verificação da pressão arterial, como: não ter ingerido café no momento, bebidas alcóolicas, alimentos, realizado exercícios físicos, fumado, não estar estressado, entre outros.

b) ( ) A utilização de medicação anti-hipertensiva, como por exemplo os diuréticos, pode provocar nos clientes efeitos colaterais indesejáveis como: naúseas, vômitos, parestesias, epigastralgias, tonteiras, astenias, entre outros. A enfermeira deve estar atenta para o aparecimento destes efeitos e imediatamente tomar as medidas necessárias, como por exemplo estimular os clientes a ingerir alimentos ricos em potássio (laranja, banana, verduras entre outros).

c) ( ) O uso do cigarro contínuo, por um longo período de tempo, tem sido considerado um importante fator de risco não só no aparecimento da doença hipertensiva, como também das doenças cardiovasculares e pulmonares. Por este motivo as equipes de saúde vêm dando ênfase para que os clientes/pacientes reduzam o uso do cigarro ou deixem em absoluto de fazê-lo.

d) ( ) A hipertensão arterial, embora seja chamada de "assassina silenciosa", costuma causar nos clientes manifestações clínicas bastante preocupantes que podem ser consideradas como um sinal de aviso como: epistaxe, otorragia, zumbido, cefaléia, taquicardia e sudorese.

e) ( ) Existem vários fatores de risco que concorrem para o desenvolvimento da hipertensão secundária, como por exemplo os fatores ambientais: dieta com alto teor de sódio e de gorduras, o fumo, o álcool, a medicação anticoncepcional, o sedentarismo e o *stress*; e os fatores genéticos: hereditariedade, raça e obesidade.

Questão 2.3

Com relação aos seguintes problemas abaixo relacionados, qual o diagnóstico de enfermagem correto?

Problema	Diagnóstico
(a) Obesidade	( ) Controle ineficaz do regime terapêutico individual
(b) Cansada e estressada	( ) Déficit no autocuidado
(c) Não sabe o que é hipertensão	( ) Alteração no desempenho de papéis
(d) Não está tomando medicação	( ) Ajustamento prejudicado
(e) Fumante	( ) Alteração na nutrição: mais do que o corpo necessita
	( ) Falta de conhecimento

Caso 3 — Grupo de Convivência

Um grupo de enfermeiras de uma instituição hospitalar que desenvolve suas atividades práticas em duas unidades de internação de clínica médica e no ambulatório se reuniu para discutir aspectos de sua prática cotidiana. Uma das situações que teve destaque em suas discussões foi o grande número de reinternações hospitalares de pessoas com doenças crônicas. Em uma primeira análise perceberam que essas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pessoas vinham recebendo orientações individualizadas, especialmente voltadas para aspectos físicos da doença, com destaque para o tratamento medicamentoso e as restrições que deveriam seguir. Perceberam também que não eram promovidos encontros entre essas pessoas de modo que pudessem receber informações mais sistematizadas e abrangentes.

Decidiram desenvolver educação em saúde em grupos de pessoas em condição crônica de saúde. O grupo seria formado por pessoas internadas que tivessem condições de sair de seu quarto e por pessoas em tratamento ambulatorial. Os encontros se dariam uma vez por semana, numa sala próxima às unidades de internação. Os familiares também seriam estimulados a participarem. Os temas dos primeiros encontros foram definidos nessa reunião e determinados pelas doenças que mais vinham provocando reinternações: hipertensão arterial (fatores de risco e tratamento), *diabetes mellitus* (fatores de risco, manifestações e tratamento, incluindo uma parte prática sobre aplicação de insulina), insuficiência cardíaca (causas, manifestações e tratamento), doenças respiratórias crônicas e tabagismo.

Cada enfermeiro ficou responsável por preparar um tema a ser apresentado ao grupo, levando em conta seu maior domínio sobre o mesmo. Considerando que os recursos inicialmente eram limitados, os encontros contariam com o preparo da(o) enfermeira(o) que iria expor o assunto de uma maneira simples e acessível e procuraria esclarecer as dúvidas das pessoas presentes. Encerraram a reunião animadas(os) com a possibilidade de resolver uma situação que consideravam grave. No primeiro encontro do grupo estiveram presentes 18 pessoas (8 internadas, 6 em tratamento ambulatorial e 4 acompanhantes de pessoas internadas). Todas pareciam meio desconfiadas, algumas disseram que não queriam ir porque já sabiam como cuidar de seu problema, mas as enfermeiras insistiram na importância da participação de todas. As pessoas ouviram atentamente, mas quase não se manifestaram.

No segundo encontro a dificuldade foi em controlar uma senhora que estava acompanhando seu esposo, pois ela monopolizou o encontro falando de seus problemas pessoais. Nos outros três encontros, não retornou nenhuma daquelas pessoas que tinham tido alta hospitalar e que foram orientadas para retornarem. A dinâmica dos encontros foi semelhante, ou seja, houve participação pouco expressiva das pessoas. Em cada encontro as enfermeiras procuravam tornar a sala mais alegre com gravuras coloridas e também com alguns *posters* que abordavam as doenças que estavam discutindo. Após o quinto encontro as enfermeiras resolveram avaliar a proposta, uma vez que sentiam que não estavam tendo os resultados que pretendiam.

Considerando a situação vivenciada pelas enfermeiras e a breve fundamentação teórica sobre grupos de convivência apresentada, solicitamos que você responda as questões:

QUESTÃO 3.1

Assinale, dentre as opções apresentadas a seguir, alguns aspectos que podem ter comprometido o sucesso das atividades educativas realizadas no grupo pelas enfermeiras:

( ) número excessivo de participantes;
( ) falta de envolvimento das enfermeiras;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

( ) escolha dos temas sem considerar a opinião dos integrantes do grupo;
( ) falta de estratégias que pudessem motivar as pessoas a participarem do grupo;
( ) preocupação excessiva com o ambiente onde iria se desenvolver a atividade;
( ) as pessoas tinham diagnósticos médicos muito diferentes e idades também diferentes;
( ) não foram estabelecidos critérios de inclusão para participação nos grupos;
( ) falta de preparo das(os) enfermeiras(os) para desenvolverem atividades com grupos de pessoas;
( ) falta de conhecimento das(os) enfermeiras(os) sobre os temas abordados.

QUESTÃO 3.2

Na formação de um grupo de convivência é importante respeitar alguns aspectos em seu desenvolvimento. Assinale a alternativa que contempla o melhor conjunto de aspectos que devem ser considerados na formação/criação de grupos de convivência de pessoas com doenças crônicas:

a) ( ) Uso de atividades lúdicas; uso de recursos áudio-visuais modernos; dedicação das enfermeiras no aprendizado de técnicas sofisticadas de modo a promover a animação de todos no grupo; e criatividade na forma de desenvolver os temas escolhidos pelo grupo.
b) ( ) Extrema dedicação por parte de todos os envolvidos; escolha dos temas através de sorteio para não privilegiar a proposta de alguém; e não determinação prévia do tempo de desenvolvimento do grupo para que este tenha mais liberdade.
c) ( ) Uso de atividades lúdicas; respeito pelas decisões estabelecidas pelo próprio grupo; e domínio da técnica de desenvolvimento de educação em saúde em grupo pela enfermeira facilitadora.
d) ( ) Uso de recursos áudio-visuais modernos; preparo cuidadoso das aulas; definição prévia do conteúdo a ser desenvolvido; e considerar como critério prioritário na inclusão das pessoas que vão integrar o grupo, a falta de aderência ao tratamento.

QUESTÃO 3.3

Quem deve coordenar/facilitar o desenvolvimento das atividades educativas desenvolvidas em um grupo de convivência?

a) ( ) Não é preciso um coordenador/facilitador, pois todos têm o mesmo interesse no sucesso do grupo e, portanto, são capazes de se auto-organizar.
b) ( ) A cada encontro deve ser escolhido um facilitador, em sistema de rodízio, de forma que todos possam ter a experiência.
c) ( ) Os profissionais de saúde têm que assumir o papel de coordenação, pois eles sabem mais sobre o problema de saúde das pessoas que estão participando.
d) ( ) O coordenador/facilitador inicialmente deve ser o profissional de saúde, uma vez que ele tem preparo para desenvolver atividades educativas em grupo. Posteriormente os integrantes do grupo podem decidir quem irá coordenar/facilitar o desenvolvimento do grupo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GABARITOS FUNDAMENTADOS

RESPOSTA 1.1

Todos os problemas de saúde apresentados pelo Sr. Carlos são importantes e devem ser levados em consideração, porém devido à dificuldade de apreensão das informações detectada pela enfermeira e pelo fato de o cliente estar retornando à consulta de enfermagem depois de um ano de ausência, a enfermeira optou pela resposta contida na **letra C: Uso de insulina, pressão arterial elevada, alimentação inadequada, hidratação inadequada, glicemia capilar elevada**; Esta opção se deve ao fato de que são problemas que necessitam de uma atuação educativa e prescritiva mais imediata por parte da enfermeira. Esta pode, em seguida, marcar uma nova consulta para aproximadamente 15 dias, e assim, continuar o processo educativo que não se encerra em uma consulta apenas.

RESPOSTA 1.2

Problema	Diagnóstico
(a) poliúria	(d) Controle ineficaz do regime terapêutico
(b) dificuldade de apreensão das informações	(f) Distúrbio no padrão de sono
(c) alimentação rica em carboidratos	(e) Déficit no volume de líquidos
(d) glicemia elevada	(a) Alteração na eliminação urinária
(e) pele e mucosas hipocoradas e hipo-hidratadas	(e) Risco para prejuízo da integridade da pele
(f) insônia	(b) Manutenção da saúde alterada
	(c) Alteração na nutrição: risco para mais do que o corpo necessita

Definição dos diagnósticos de enfermagem selecionados:

a) Alteração na eliminação urinária: "estado em que o indivíduo experimenta um distúrbio na eliminação urinária".
b) Manutenção da saúde alterada: "é o estado em que o indivíduo apresenta uma incapacidade para identificar, manejar ou buscar ajuda para manter a saúde".
c) Alteração na nutrição: risco para mais do que o corpo necessita: "estado em que o indivíduo apresenta risco para ingerir mais nutrientes do que o consumo metabólico".
d) Controle ineficaz do regime terapêutico: "é o estado em que o indivíduo não consegue integrar satisfatoriamente à sua vida diária um regime terapêutico proposto e/ou comportamentos saudáveis com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde e prevenir incapacidades".
e) Risco para prejuízo da integridade da pele; Déficit no volume de líquidos: Neste item encontramos dois diagnósticos relacionados ao problema. No primeiro a definição é: "estado em que a pele do indivíduo apresenta o risco de ser danificada". No segundo, a definição é: "estado em que o indivíduo apresenta diminuição do volume de líquidos nos espaços vascular, celular ou intracelular".
f) Distúrbio no padrão de sono: "é o estado em que o indivíduo experimenta descontinuidade no período de sono noturno, causando desconforto ou interferindo no estilo de vida desejado".

Observação: os diagnósticos de enfermagem estabelecidos seguiram a orientação de: Benedet, Silvana e Bub, Maria Bettina C. **Manual de diagnóstico de enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 1998/2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

RESPOSTA 1.3

Situações-Problema	Diagnósticos de Enfermagem	Plano Assistencial
1) Uso de insulina 2) Hidratação inadequada 3) MMSSs descamados 4) Constipação intestinal 5) Unhas dos pés sujas e mal cortadas 6) Mau estado higiênico geral 7) Pouca atividade de lazer e sedentarismo 8) Dificuldade visual 9) Ausência às consultas de enfermagem	(9) Síndrome do déficit de autocuidado (4) Constipação (8) Alteração sensorial perceptiva (3,4) Déficit no volume de líquidos (1) Controle ineficaz do regime terapêutico individual (7) Déficit de atividade de recreação (3) Integridade da pele prejudicada (9) Comportamento para melhorar o nível de saúde (5,6) Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene	(9) Conversar com o Sr. Carlos para ver as razões que o levam a faltar às consultas agendadas, e incentivá-lo a integrar-se ao grupo de convivência; (8) Encaminhá-lo ao oftalmologista; (5) Evitar calçados muito apertados ou folgados para evitar calor local excessivo ou traumatismos; (7) Orientar sobre a importância da atividade física para aumentar a oxigenação, diminuir os depósitos de gordura e queimar a glicose em excesso; (6) Orientá-lo sobre a importância da higiene corporal para ativar a circulação e remover células mortas, auxiliando na transpiração e manutenção da saúde; (1,8) Orientá-lo para pedir à esposa ou à filha para auxiliá-lo na auto-aplicação da insulina, por não estar enxergando direito; (4) Sugerir alimentos ricos em fibras, tais como: feijão, verduras, frutas (laranja, ameixa, mamão, manga) para aumentar a peristalse; (7) Planejar com o Sr. Carlos as atividades físicas que pode realizar; (3) Massagear a pele com creme hidratante para auxiliar na absorção e aumentar a circulação periférica; (5) Lavar e enxugar os espaços interdigitais; (6) Orientá-lo sobre a importância de escovar os cabelos diariamente e de lavá-los pelo menos uma vez por semana; (4) Sugerir ingesta de cerca de 2 litros de líquidos por dia para amolecer o bolo fecal, facilitando a sua eliminação; (1) Pedir ao Sr. Carlos para mostrar como está utilizando a insulina, em termos de dosagem e locais de aplicação; (5) Orientá-lo quanto a importância de: cuidar das unhas, lixando-as para evitar ferimentos; (1) Verificar os cuidados que o Sr. Carlos está tendo com a insulina e com a reutilização da seringa; (9) Falar da importância do seguimento das orientações da equipe de saúde para a manutenção de sua saúde.

Observação: os diagnósticos de enfermagem estabelecidos seguiram a orientação de: Benedet, Silvana, Bub, Maria Bettina, C.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

RESPOSTA 1.4

Resultado esperado: Sr. Carlos irá considerar diferentes possibilidades terapêuticas efetuando escolhas que possibilitem um viver mais saudável.

Defendemos que a pessoa deve manter o poder de fazer suas escolhas, mas que essas escolhas sejam conscientes, decorrentes de um processo de análises e reflexões, no qual a enfermeira deve participar, a partir de uma compreensão do significado que a doença tem para a pessoa. A relação entre o Sr. Carlos e a enfermeira precisa ser dialógica, uma relação entre pessoas iguais, porém com conhecimentos diferentes a respeito da doença, onde não há um conhecimento mais importante, mas conhecimentos que se complementam. A doença crônica não se constitui somente de alterações corporais, mas é uma construção social que passa a fazer parte da vida da pessoa. Assim, é fundamental que a enfermeira discuta com o Sr. Carlos suas possibilidades, como incorporar a doença em sua vida sem que isso seja visto somente como mais um limite, mas sim compreendido como um desafio que pode ser superado.

Desse modo, o plano de cuidados pode incluir:

— ouvir a história do Sr. Carlos, considerando suas análises e compreendendo suas decisões;
— discutir com o Sr. Carlos sobre as diferentes possibilidades de cuidados com relação a exercícios físicos, medicamentos e dieta;
— encaminhar para nutricionista, em comum acordo com o Sr. Carlos, a fim de que novas opções alimentares sejam oferecidas;
— encaminhar ao médico, em comum acordo com o Sr. Carlos, a fim de discutir conjuntamente o problema da glicemia alterada;
— envolver a família, com a concordância do Sr. Carlos, na discussão das atividades que são realizadas por ela e possibilidades de revisão da distribuição;
— explicitar para o Sr. Carlos o respeito pelas suas decisões e sua disponibilidade para manter o diálogo sempre aberto.

GABARITO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA 4.2

RESPOSTA 2.1

a) Esta questão está incorreta, pois nesta situação se percebe um déficit de conhecimento cognitivo da paciente acerca do seu diagnóstico e terapêutica. Todo os clientes têm o direito de saber sobre sua doença e as complicações decorrentes dela. No caso da cliente com hipertensão, as informações são vitais, pois com base nestas informações, ela poderá aderir ao plano de tratamento, cuidando-se mais efetivamente, reduzindo seus níveis pressóricos e evitando complicações mais graves.
b) Esta questão está correta, pois a dieta hipolipídica diminui as possibilidades de formação de placas de ateroma no espaço intravascular e a dieta hipossódica reduz a possibilidade de retenção de sal e líquidos, também no espaço intravascular. Ambas contribuem para redução dos níveis pressóricos. Dona Idalina possui déficit no autocuidado em relação a alimentação, está com a habilidade prejudicada para desempenhar as atividades de alimentar-se corretamente, necessitando de orientações a respeito.
c) Esta questão está incorreta, pois é o contrário do que diz o gabarito acima e conseqüentemente estas dietas contribuem para o aumento da pressão. Em geral, deve-se sempre procurar respeitar a cultura do cliente, entretanto, quando a saúde está em jogo, deve-se ensinar a este sobre as atitudes mais corretas e saudáveis.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

d) A questão está incorreta. No tratamento não medicamentoso da hipertensão, o exercício físico é bastante enfatizado, este necessita ser aeróbico, com uma freqüência de duas a três vezes por semana, com uma duração de aproximadamente 40 minutos, com aquecimento, alongamento, desaquecimento e relaxamento. Portanto atividades braçais fogem desta proposta, pois não possuem uma periodicidade, nem sistematização, e muitas vezes são realizados exercícios anaeróbicos, ou seja, de curta duração e longa intensidade. Dona Idalina apresenta déficit de conhecimento acerca da necessidade de realização de exercícios físicos como estratégia importante no tratamento para a hipertensão arterial. O déficit apresentado por Dona Idalina é resultante da falta de informações da equipe de saúde sobre a terapêutica na hipertensão arterial.
e) Esta questão está correta, pois novamente Dona Idalina mantém déficit de conhecimento em relação aos inúmeros fatores de risco da doença hipertensiva e concepção incorreta sobre seu estado de saúde, portanto urge que a equipe de saúde a oriente e a conscientize sobre os cuidados que deve ter com sua saúde a fim de contribuir com a redução de seus níveis pressóricos.
f) Esta questão está incorreta. A Dona Idalina não poderá deixar de utilizar a medicação anti-hipertensiva a qualquer tempo ou ser utilizada apenas quando apresentar níveis pressóricos elevados. Embora a medicação possa provocar muitos efeitos colaterais como: fraqueza, adinamia, impotência sexual, entre outros, esta deverá ser suspensa apenas quando efetivamente for comprovada ser inadequada à cliente. Em geral, o uso da medicação anti-hipertensiva se faz por toda a vida, ou enquanto a cliente mantiver níveis pressóricos acima dos considerados normais. Dona Idalina mantém déficit de conhecimento acerca do tratamento medicamentoso, cabe mais uma vez à equipe de saúde, a responsabilidade pela educação da cliente.
g) Esta questão está correta, observe o gabarito acima (f).
h) A questão também está correta, o relaxamento e mudanças no estilo de vida, como, por exemplo, realizar momentos de relaxamento de diversos tipos e mudanças de emprego, têm sido observados como fatores que contribuem sensivelmente, para a redução e manutenção dos níveis pressóricos num nível adequado. Dona Idalina, que mantém déficit de conhecimento acerca do tratamento não medicamentoso da hipertensão, deve ser enfaticamente orientada a respeito.
i) A questão está correta, pois a obesidade é um importante fator de risco genético e Dona Idalina apresenta alteração na nutrição: recebe mais nutrientes do que o seu corpo necessita, ela está ingerindo uma dieta que excede suas necessidades metabólicas. A cliente deverá ser orientada e conscientizada para os riscos que poderá sofrer, caso se mantenha obesa. O índice de massa corporal (IMC) ou índice de Quetelet é calculado pelo peso corporal (em quilogramas) dividido sobre altura (em metros) elevada ao quadrado. Índice acima de 27,8 kg/m^2, para homens e 27,3kg/m^2 para mulheres caracterizam que o indivíduo é obeso (Barros *et al.*, 1999).

Resposta 4.2.2

a) A questão está correta. Estes valores acima estabelecidos pelo Sexto Relatório Internacional do Comitê Nacional sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão, como pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, servem como parâmetros para que a equipe de saúde possa identificar os indivíduos hipertensos e começar a tratá-los.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) A questão está correta, pois normalmente os diuréticos, ao provocarem a liberação de líquidos através de uma diurese copiosa, liberam também os eletrólitos provocando uma perda de sódio, potássio e outros elementos químicos importantes. Isto ocasiona os efeitos colaterais relacionados na questão e por este motivo o paciente deve ser orientado a ingerir determinados alimentos, a fim de repor os eletrólitos perdidos através da diurese.

c) A questão está correta. O uso de cigarros provoca a redução de O_2 para os tecidos de um modo geral e em especial para o coração e os pulmões. Ele reduz as lipoproteínas de alta densidade (HDL) que tem a função de reduzir a produção de gorduras nos vasos e aumenta as lipoproteínas de baixa densidade (LDL), que provocam a formação de placas de gordura no interior dos vasos sangüíneos. Além disso, provocam a inalação de mais de 400 tipos de gases tóxicos ao organismo.

d) A questão está correta. Embora muitos clientes não apresentem nenhum tipo de sintoma, por isso a hipertensão ser chamada de "assassina silenciosa", outros costumam apresentar, entretanto nem sempre aqueles que apresentam conseguem identificar que estes sintomas estejam relacionados com a hipertensão arterial.

e) A questão está incorreta. A hipertensão secundária está sempre relacionada com uma causa específica, como por exemplo, pode ser decorrente de um desses problemas: estenose da artéria renal, doença parenquimatosa renal, coarctação da aorta, feocromocitoma ou hiperaldosteronismo. Este tipo de hipertensão é passível de correção e ocorre em 5% dos casos.

RESPOSTA 2.3

Problema	Diagnóstico
(a) Obesidade	(d) Controle ineficaz do regime terapêutico: individual
(b) Cansada e estressada	(a,d,e) Manutenção da saúde alterada
(c) Não sabe o que é hipertensão	(b) Alteração no desempenho de papéis
(d) Não está tomando medicação	(d) Ajustamento prejudicado
(e) Fumante	(a) Alteração na nutrição: mais do que o corpo necessita
	(c) Falta de conhecimento

a) Alteração na nutrição: mais do que o corpo necessita — Definição: Estado em que o indivíduo está apresentando uma ingestão de nutrientes maior do que as necessidades metabólicas diárias.

b) Alteração no desempenho de papéis — Definição: É o estado em que o indivíduo demonstra um distúrbio na maneira de perceber o desempenho de seu papel.

c) Falta de conhecimento — Definição: É o estado em que o indivíduo, os membros de uma família ou a comunidade apresentam falta de informações relacionada com aspectos da saúde ou com fatores que podem influenciá-la negativa ou positivamente.

d) Ajustamento prejudicado — Definição: É o estado em que o indivíduo apresenta incapacidade para mudar o estilo de vida em resposta a uma mudança na situação de saúde.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e) Manutenção da saúde alterada — Definição: É o estado em que o indivíduo apresenta uma incapacidade para identificar, manejar ou buscar ajuda para manter a saúde.

Observação: os diagnósticos de enfermagem estabelecidos seguiram a orientação de: (Benedet, Silvana, Bub, Maria Bettina C.)

GABARITO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA 4.3

RESPOSTA 3.1

Itens que podem ter interferido no desenvolvimento do grupo:

a) Número de participantes. A literatura destaca que o tamanho do grupo não pode colocar em risco a comunicação (auditiva, visual e conceitual) entre os integrantes do grupo (Munari e Rodrigues, 1997; Gonçalves, 1997; Dall'agnol e Trench, 1999), sendo que o mais indicado é que tenha entre seis e doze a quinze participantes. Na situação apresentada, não houve preocupação das enfermeiras com o número de participantes do grupo, sendo que no primeiro encontro estavam presentes dezoito pessoas.

c) Não participação dos integrantes do grupo na definição dos temas a serem discutidos. O envolvimento das pessoas em todas as etapas de um grupo de convivência é aspecto primordial. Para que as pessoas se sintam incluídas e que o processo educativo seja dirigido para as necessidades dos integrantes, a problematização da situação vai permitir a escolha de temas aderentes à realidade de cada um e do conjunto das pessoas participantes.

d) Motivação para participação do grupo. Estratégias que motivem as pessoas a integrarem um grupo de convivência fazem parte do seu desenvolvimento. Para que as pessoas estejam motivadas a participar é importante esclarecer o objetivo do grupo, o que se espera de cada integrante, como pode ser sua participação, o que vai ser desenvolvido no grupo. A cada encontro, o facilitador do grupo precisa estar atento ao "clima", de modo a estar sempre fazendo as reformulações necessárias.

f) Pessoas com diferentes diagnósticos médicos e idades. Alguns autores como Munari e Rodrigues (1997) destacam que a identificação entre os integrantes de um grupo de convivência é fator de relevada importância. Por exemplo, incluir adolescentes, adultos e idosos numa mesma discussão pode criar barreiras, pois as etapas de vida que cada um está vivendo levam a focalizar diferentes ângulos de uma mesma situação. Tratar problemas específicos de uma determinada condição crônica também pode ser um fator limitante no desenvolvimento do grupo.

g) Falta de critérios de inclusão no grupo. O principal critério deve ser o desejo de participar e essa não foi uma preocupação das organizadoras do grupo. Outros critérios poderiam ser aqueles apontados no item f, além de outros como o tempo de experiência com a doença, a disponibilidade de horário para participar. Vale destacar que os critérios de inclusão deveriam ser discutidos desde o início da formação do grupo, podendo ser reformulados pelo próprio grupo.

h) Falta de preparo das enfermeiras no desenvolvimento de educação em saúde em grupo. Esse foi um fator importante, pois como afirmam Munari e Rodrigues (1997) deve haver um preparo dos enfermeiros para desenvolverem essa atividade, que pode variar de leituras sobre o tema a discussões

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com pessoas com experiência e até a realização de cursos específicos. No entanto, o que é indicado como o mais importante é a afinidade do enfermeiro com esse tipo de atividade.

Com relação aos demais itens (**b, e, i**) esses não interferiram no desenvolvimento do grupo, uma vez que as enfermeiras estavam bastante envolvidas, tinham conhecimento sobre os temas e a preocupação com o ambiente foi um fator positivo no grupo.

RESPOSTA 3.2

A **alternativa correta é a "c",** pois as atividades lúdicas promovem o aprendizado de maneira mais informal (Rabelo, 2000). O respeito pelas decisões estabelecidas pelo próprio grupo é essencial para que se estabeleça um ambiente harmônico e de igualdade. O domínio da técnica de desenvolvimento de educação em saúde em grupo pela enfermeira facilitadora foi discutido na questão anterior (item h), onde foi ressaltada a necessidade de identificação da enfermeira com este tipo de atividade, além do conhecimento (mesmo que apenas teórico) sobre o desenvolvimento de educação em saúde em grupo.

RESPOSTA 3.3

A **alternativa correta é a " d",** pois inicialmente é o profissional de saúde, nesse caso a(o) enfermeira(o), quem geralmente propõe o desenvolvimento da atividade educativa e tem uma proposta a ser colocada ao grupo. Além disso, ele deve ter um certo domínio sobre a técnica de trabalho em grupo. No entanto, é desejável que outros integrantes do grupo possam assumir essa coordenação, a partir do amadurecimento do grupo, especialmente no que diz respeito à apreensão da filosofia que orienta o processo de educação em saúde e ao domínio da técnica de atividades em grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, E et al. Exame clínico: consulta rápida. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
2. BENEDET, S; BUB, MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2002.
3. BEYERS, M; DUDAS, S. Enfermagem Médico-Cirúrgica: tratado de prática clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
4. BORENSTEIN, MS (org.). Manual de Hipertensão. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.
5. BRASIL. Coordenação das Doenças Cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.
6. BURISH, TC; BRADLEY, LA. Coping with chronic disease. New York: Academic, 1983.
7. COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM. Rev. Bras. Enf. Distrito Federal, 32: 407-408, 1979.
8. CONRAD, P. Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. Soc. Sci. Med, London, v. 30, n. 11, p. 1257-1263, 1990.
9. CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, III, 1998, Campos do Jordão. Hipertensão Arterial. Campos do Jordão, S.P.: SBH, SBC, SBN, 1998.
10. ELSEN, I et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias? Texto & Contexto — enfermagem. Florianópolis, v. 1. n. 1, p.106-115, jan/jun., 1992.
11. DALL'AGNOL, CM; TRENCH, MH. Grupos focais como estratégica metodológica em pesquisas na enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 20, n. 1, jan. 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

12. DONNELLY, GF. Chronicity: concept and reality. Holistic Nursing Practice, Aspen, v. 8, n. 1, p. 1-7, 1993.
13. FIGUEIREDO, NMA. e cols. Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 3, p. 447-456, jul./set., 1998.
14. FIGUEROA, AA. Livre vontade do usuário frente a educação em saúde. Texto & Contexto — enfermagem. Florianópolis, v. 6. n. 3, p.131-147, set/dez., 1997.
15. GELBCKE, FL. Processo saúde-doença: a procura da essência. Texto & Contexto — Enfermagem. Florianópolis, v.1, n. 2, p. 4-19, jul/dez, 1992.
16. GERHARDT, U. Qualitative research on chronic illness: the issue and the story. Soc. Sci. Med., London, v. 30, n. 11, p. 1149-1159, 1990.
17. GONÇALVES, P. Psicologia de los grupos: teoria e aplicación. Madrid: Sintesis, 1997.
18. HYMOVICH, DP; HAGOPIAN, G. Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach. Philadelphia: Saunders, 1992.
19. JOINT NATIONAL COMMITTEE. Sexto relatório internacional do comitê nacional sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão. Bethesda: NHLBI (Institutos Nacionais de Saúde Norte — Americanos), 98-4080, 1997.
20. KLEINMAN, A. The illness narrative: suffering, healing, and the human condition. [s.l.]: Basic Books, 1988.
21. MANDU, ENT; SILVA GB. Assistência pública à saúde: mulheres com a palavra. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.32, n3, p.218-230, 1998.
22. MUNARI, DB; RODRIGUES, ARF. Enfermagem e grupos. Goiânia: AB, 1997.
23. RABELO, SE. A ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC, 2000.
24. RABELO, SE; PADILHA, MICS. Compreensão dos déficits de autocuidado a partir da prática assistencial. Texto & Contexto — enfermagem. Florianópolis, v. 9. n. 2, p.312-324, mai/ago., 2000.
25. SEXTON, D; MUNRO, BH. Living with a chronic illness: the experience of women with chronic obstructive pulmonary disease. Westwern Journal of Nursing Research, [s.l.], 10(1): 26-44, Feb., 1988.
26. SILVA, DMGV. Desafios e Enfrentamentos: Um modelo para a prática de enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC, 1990.
27. STIPP, MAC. A saúde da mulher e os fatores de risco coronarianos: práticas de bem-estar e condições de qualidade de vida — indicativos para a assistência de enfermagem ambulatorial. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem).
28. STRAUSS, AL; GLASER, BG. Chronic illness and the quality of life. Saint Louis: Mosby, 1975
29. TRENTINI, M; DIAS, LPM. Ser mais: uma possibilidade de promover a saúde pela prática educativa. Acta Paulista de Enfermagem (São Paulo) 10(1): 53-61, jan./abr. 1997.
30. TRENTINI, M; GONÇALVES, LHT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. Revista Texto & Contexto — Enfermagem. Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, jun./abr. 2000.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 12

O Sistema de Triagem e o Atendimento de Emergência Intra-hospitalar

Enedina Soares

INTRODUÇÃO

No contexto dos estudos que compõem parte deste livro, descrevo o Sistema de Triagem e Atendimento de Emergência Intra-hospitalar. Para consecução desta proposta, delineio os seguintes objetivos:

- Estimular os enfermeiros a desenvolverem o pensamento crítico acerca do processo de trabalho em emergência de pronto-socorro.
- Reconhecer situações problemáticas identificadas no processo de atendimento de emergência a pessoas em risco de vida, valorizando caso a caso e instrumentalizando as ações da enfermagem.
- Contribuir com elementos essenciais para formação de programas de treinamento, com efeito no processo de triagem em pronto-socorro.
- Refletir acerca de aspectos éticos legais determinantes que envolvem as ações da equipe de enfermagem para prevenir situações conflitantes com as comunidades interna, externa e profissional que participam do processo de atendimento em pronto-socorro.
- Auxiliar no desenvolvimento de estudos com vistas à elaboração de programas de treinamento que, numa visão prospectiva, possam conduzir para melhora da qualidade da assistência e propiciar novos estudos.

O SISTEMA DE TRIAGEM

A assistência de emergência oferecida nos serviços de pronto-socorro tem sido, nos últimos tempos, motivo de grande inquietação para todas as pessoas que, de alguma maneira, dela participam — seja na qualidade de prestador, seja como re-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cebedor da assistência. Apesar de se verificar alguns esforços das autoridades e da comunidade comprometida com este tipo de trabalho, na tentativa de melhorar a assistência de emergência, no sentido de torná-la mais eficiente e em condições de acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, tais esforços estão direcionados para a melhora da estrutura física, instalações e equipamentos, sem contudo serem considerados os aspectos organizacionais e a capacidade técnica dos que atuam nesta área de tão nobre e de vital importância (Soares; Aguiar; Costa; Zisko, 1995).

Desperta também nossa atenção a procura desordenada de atendimento nas unidades de pronto-socorro, atendimento esse que, se bem selecionado, poderia demandar para os serviços ambulatoriais. A tendência dessa procura é tornar-se cada vez maior, devido à série de fatores socioeconômicos e culturais que fogem ao controle de seus dirigentes. Entre esses, enumeram-se: crescimento demográfico nos grandes centros; *status* geral da população (modo de vida, habitação, transporte); percentual de criminalidade; estado de saúde, entre outros. Todos esses fatores podem concorrer para a desqualificação do atendimento de emergência prestado, caso não haja um sistema de triagem organizado e um sistema de apoio capaz de absorver a clientela após o atendimento na sala de triagem.

O processo de triagem, segundo Estrada (1981), é parte integrante da assistência em emergência. Portanto, é nesse processo que se verificam a organização na recepção e a separação dos clientes, para garantir o atendimento mais rápido e eficiente aos que necessitam de atenção imediata, sejam politraumatizados ou gravemente enfermos. O êxito desse processo propicia uma assistência com qualidade total. Mac Eachern (1957) e Pool (1981) justificavam os atendimentos de acordo com a situação de saúde apresentada em três categorias, definindo-as como: emergente, urgente e não-emergente. Os autores incluem, na categoria de emergente, as afecções que ameaçam a vida, tais como obstrução de vias aéreas e hemorragias incontroláveis. Na categoria de urgente, os problemas que exigem atendimento em poucas horas; e as não-emergentes, aquelas que podem esperar e ser tratadas ambulatorialmente, sem que isso possa produzir resultados prejudiciais ao cliente.

Portanto, é nesse paradigma que se entende a necessária colocação do processo de triagem, bem organizado, não somente com área física, material e equipamentos, mas, principalmente, com pessoal competente e suficientemente treinado. Em alguns países do Primeiro Mundo — Estados Unidos, Alemanha e Inglaterra — os enfermeiros têm intensificado estudos no sentido de manter a melhora do processo de triagem, visando à qualificação do atendimento prestado nas unidades de pronto-socorro, mediante sistema bem organizado, que possibilita atendimento rápido e eficiente das prioridades selecionadas.

Estrada (1981), num simpósio realizado por enfermeiras, apresenta um estudo com a pretensão de definir e ampliar o processo de triagem, bem como implementar um programa avançado para enfermeiras. Neste mesmo simpósio, foram apresentados, discutidos e analisados cinco tipos de triagem usados no Texas, Virgínia, Pensylvania, Colorado, Washington, Alabama, entre outros. Tais modelos foram assim descritos:

a) Triagem não Profissional — realizada por recepcionistas, secretárias ou funcionários do hospital. Na análise desse processo, as enfermeiras consideraram que, dadas as suas particularidades burocráticas, pode retardar o atendimento, por vezes causar sérios problemas ao cliente até mesmo à instituição, devido a longas esperas nas ante-salas de atendimento.

b)Triagem Básica — feita por enfermeira prática ou licenciada, que avalia o cliente, determina a prioridade e encaminha para área de atendimento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) Triagem Avançada — realizada por enfermeiras, incluindo-se aí uma avaliação inicial, técnicas diagnósticas (estudos radiológicos e laboratoriais), exame físico limitado e a documentação de encaminhamento para instituição adequada.

d) Triagem Médica — realizada por médico. Por vezes essa função se mistura com o tratamento definitivo e alta do cliente da área de triagem, sem contudo atingir os princípios que o sistema de triagem determina.

e) Triagem em Equipe — onde é incluído pessoal médico e de enfermagem. Nesse sistema, até aquela data, não se tinham resultados concretos para se poder avaliar.

Analisou-se também, neste simpósio, o papel da enfermeira na Triagem Avançada, considerando o modelo mais apropriado, e ressaltando a importância do apoio médico e dos administradores hospitalares para a realização de uma triagem bem sucedida, e concluiu-se que a triagem avançada é o sistema mais completo.

Em nosso meio, o sistema triagem vem sendo feito por dois grupos que atuam isoladamente — médico ou recepcionista, prioritariamente funcionário, pertencente ao quadro de pessoal administrativo. A observação que se faz é que, sendo as Unidades de Emergência responsáveis pelo atendimento intra-hospitalar de emergência, devem manter perfil bem definido. Neste capítulo, consciente da importância de um serviço de triagem organizado, adequado às necessidades do atendimento de emergência, procurou-se elaborar um programa alternativo, com a intenção de oferecer subsídio a futuros planejamentos e organização de serviços dessa natureza. Considerando-se que o momento ainda é de reflexão e análise, quanto à introdução de uma proposta nova, que inicialmente nos parece ousada, acreditamos, no entanto, nas perspectivas de melhora deste Sistema que vem sendo desgastado ao longo dos tempos.

Sabe-se que a reorganização e estruturação de um serviço implicam a definição política de recursos financeiros e de recursos humanos suficientemente treinados para esse fim. Segundo as orientações da OPAS/OMS (1993), a simples admissão de uma pessoa pela Unidade de Emergência mobiliza pelo menos sete funcionários. Na concepção de Doris (1980), um sistema eficiente de triagem apresenta as seguintes vantagens:

a) apressa o tratamento do cliente por meio de habilidade e avaliação da pessoa encarregada;

b) assegura ao cliente prioridade, de acordo com a gravidade de suas condições;

c) funciona como ponto de referência para os que necessitam dos serviços de emergência;

d) evita demora na realização de estudos diagnósticos;

e) conseqüentemente diminui o nível de ansiedade e os fatores de tensão;

f) descongestiona as áreas de tratamento com melhora do fluxo de trânsito;

g) e contribui para o melhor aproveitamento de espaço e de pessoal, favorecendo a qualidade da assistência prestada.

QUESTÕES E SOLUÇÕES

Questão 1

Como criar uma estrutura organizacional que permita selecionar as pessoas para o atendimento de emergência de acordo com suas prioridades, promover encaminhamento correto dos casos selecionados, assegurar a continuidade da assistência com rapidez e eficiência em situações normais e de catástrofe?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para responder esta questão a organização do sistema de triagem deve ser composta com pessoal competente e suficiente, liderado por um profissional com poder de decisão para:

a) Planejar recursos materiais e equipamentos adequados ao funcionamento da triagem: exame físico, transporte interno e impressos específicos.

b)Manter um sistema de comunicação direto, interna e externamente, com raio de alcance aos serviços de atendimento pré-hospitalar.

c) Propiciar um sistema de referência que possa atender às Unidades congêneres, hospitais, postos de saúde, organizações de ensino e pesquisa.

QUESTÃO 2

Quais as características para construção da área física do serviço de triagem?

Deve-se apresentar área física adequada, que ofereça segurança e privacidade, que seja de fácil acesso, localizada no pavimento térreo, próximo às salas de tratamento de emergência e de estudos diagnósticos (raios X e laboratórios de análises clínicas), junto a salas de recuperação e portaria principal. As áreas de triagem de adultos devem ser preferencialmente separadas da clientela pediátrica.

QUESTÃO 3

Como deve ser efetuada a dotação de recursos humanos?

A experiência vivida com o sistema de triagem tem demonstrado que o pessoal atuante neste setor deve ser selecionado entre aqueles que apresentam boa interação com atendimento ao público, seja da equipe técnica ou administrativa. Esse pessoal deve demonstrar qualidade de liderança, controle emocional e equilíbrio no trato administrativo de questões conflitantes, facilidade de expressar-se verbalmente, interesse e disponibilidade de horário e, principalmente, conhecimento técnico e científico, além do compromisso profissional.

FUNDAMENTAÇÃO DAS SOLUÇÕES

Embora se verifique que em literaturas atualizadas consultadas em países do Primeiro Mundo o sistema de triagem é provido de pessoal da área de conhecimento da enfermagem, sendo, nos estudos mais atualizados, por enfermeiro, tal fato se justifica pela superioridade numérica em relação à quantidade de médicos. Em nosso País, a situação se apresenta totalmente inversa. Pode-se arriscar um modelo de composição em equipe, com atribuições e responsabilidades bem definidas. Porém, qualquer que seja o modelo, a triagem deve ter cobertura de vinte e quatro horas, com pessoal competente, técnica e administrativamente, e suficientemente preparado para atender à recepção, ao registro, para proceder à avaliação inicial, ao transporte interno e a qualquer encaminhamento que se fizer necessário.

O sistema proposto por Holanda (1976) para provisão e capacitação de pessoal, recomenda a utilização de recursos próprios ou seja, os já existentes, podendo ou não haver acréscimos, de acordo com o planejamento das necessidades de mão-de-obra. O referido esquema baseia-se em:

a) Analisar a situação atual da demanda, elaborando um inventário da força de trabalho existente.

b)Analisar a situação da demanda a curto e a longo prazo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) Analisar as tendências de produtividade: mudanças tecnológicas, experiência de produtividade no passado, mudanças de governo ou no meio ambiente.

d) Avaliar e atualizar os prognósticos: rever os fluxos e tendências da oferta de mão-de-obra em relação às atividades futuras, e fazer uma previsão preliminar dessa mão-de-obra.

e) Avaliar e atualizar periodicamente o prognóstico, a fim de proporcionar à organização pessoal atualizado com novas tecnologias.

Para composição da equipe de acordo com o que preconiza Holanda, a ordem numérica por categoria não nos parece obedecer a padrões rígidos e quantitativos, devendo-se obedecer aos seguintes critérios:

— fluxo ou demanda da clientela;

— necessidade de cobertura para as vinte e quatro horas;

— qualidade de atendimento que se pretende oferecer no sistema de triagem.

Apesar da supremacia numérica existente em nosso País, com relação ao profissional médico apresentar-se em torno de 85% a mais do que o número de enfermeiros, a equipe de triagem deve ser eqüitativamente composta de enfermeiros, médicos, recepcionistas, escriturário e pessoal de apoio — transporte interno e segurança, em quantidade suficiente para manter a qualidade dos serviços oferecidos.

O programa deverá ser avaliado periodicamente pela equipe, através de estudos analíticos da assistência prestada, devendo-se incluir elementos da comunidade externa e fazer entrevistas com a clientela assistida. Os resultados dessa avaliação servirão de base para elaboração de novas estratégias no sentido de aperfeiçoar o sistema, restabelecer os conceitos de prioridades e o poder de resolubilidade. Dessa forma, podendo torná-lo mais eficiente, procurando sempre promover um trabalho mais sistematizado, que possa contribuir para a auto-realização da comunidade interna, responsável pelo atendimento, e por uma assistência de qualidade reconhecida pela comunidade externa ou os seus usuários.

Para implementação de uma proposta inovadora, ou de um novo projeto físico ou funcional em nosso meio, pode-se defrontar com barreiras difíceis de serem removidas. Por conseguinte, deve-se estabelecer uma ambiência favorável e facilitadora, dentro e fora do sistema idealizado, através da liderança de seu dirigente maior, e com apoio significativos de enfermeiros e médicos, assim como de toda comunidade usuária.

Outros aspectos que nos parecem relevantes são o delineamento claro de funções e responsabilidades de seus participantes, a escolha de seus dirigentes e os métodos utilizados para finalização desse processo. Deve-se ter ao alcance, um Manual de Normas e Rotinas, no qual estejam descritos os papéis dos seus componentes, o que se espera de cada um, as políticas internas e externas do sistema, procedimentos que orientem a prática, permitindo margem de segurança para sugestões e modificações que se fizerem necessárias. Com isso, poder-se-á oferecer instrumentos para justificar e apoiar as tomadas de decisões e a melhora da qualidade de um sistema de triagem configurado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOLORES, N. Sistema de Triagem. In: Warneer. Enfermagem nas Emergências. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
2. ESTRADA, EG. Clínicas de Enfermagem na América do Norte. Sistema de Triagem. Rio de Janeiro: Interamericana, 1991.
3. HOLLAND, J. Workshop apud Novais Humberto M... "Qualidade Total — novos recursos para os hospitais da América Latina. O engenheiro gerencial. "Revista Hospital — Administração e Saúde. V....18, jan./fev., São Paulo: CEDAS, 1994.

4. MACEACH, TM. Hospital organization and management. 3. ed.Chicago: Physicians Record, 1957.
5. MEZOMO, JC. Qualidade Hospitalar — Reinventando a Administração do Hospital. São Paulo: CEDAS, 1992.
6. OPAS/OMS. "Organização Panamericana da Saúde. Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares". Prohasa, Paltex, série Siloskk, n. 25, 1993.
7. POOL, M. "Triage Nursing as problem solving" J Emerg Nursing, 2:25, 1976.
8. ROGERS, O, Pouzada. Enfermagem de Emergência. Um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
9. SOARES, E; AGUIAR, BGC; COSTA, ZC; ZISKO, L. Diagnóstico das condições de realização da triagem em pronto-socorro. Proposta de um modelo alternativo. O Mundo da Saúde (São Paulo) 19(1), jan/fev São Paulo, 1995.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 13

Atendimento Inicial ao Paciente com Trauma Multissistêmico

Alvaro Alberto Bittencourt Vieira

COMO SE RECONHECE O CLIENTE COM TRAUMA MULTISSISTÊMICO?

O cliente acometido de trauma multissistêmico é aquele que apresenta lesões anatômicas concomitantes em mais de uma região do corpo, acompanhadas de distúrbios fisiológicos: **neurológicos, respiratórios e circulatórios**.

É UM PACIENTE QUE SANGRA, SOFRE E ENCONTRA-SE SUFOCADO.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DA VÍTIMA CRITICAMENTE TRAUMATIZADA

a) Realizar uma avaliação rápida e eficiente obedecendo a sistematização do ABC para identificar condições de risco.

A — Abertura das vias aéreas com controle da coluna cervical.
B — Ventilação/Respiração.
C — Circulação com controle das hemorragias.
D — Avaliação do estado neurológico.
E — Exposição do cliente para exame físico.

- Nunca exceder os "dez minutos de ouro" durante o atendimento no local do acidente.
- Iniciar o tratamento definitivo no período de 60 minutos **(hora de ouro)** após ocorrido o traumatismo.

Saiba:

Os minutos perdidos não podem ser recuperados!

A taxa de mortalidade nos politraumatizados é de 15% a 20%.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Não esqueça

A rapidez do atendimento e do tratamento não está relacionada exclusivamente com a reanimação cardiorrespiratória, mas também para o estado da vítima, obedecendo uma ordem LÓGICA, SEQÜENCIAL e SISTEMÁTICA.

b) Localizar e identificar as condições que ameaçam a vida.

c) Estabelecer um plano de ação efetivo e eficiente para obter a sobrevida da vítima.

d) Iniciar rapidamente as manobras de estabilização.

e) Esforçar-se para que a vítima criticamente traumatizada receba seu tratamento definitivo dentro da "hora de ouro".

f) Existir uma harmonia entre a equipe de atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar em todas as etapas do tratamento.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DEFINIÇÃO I

Entende-se por atendimento pré-hospitalar aquela situação de urgência/emergência, que procura atender a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde e que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, por intermédio de um atendimento adequado, objetivando estabilizar os sinais vitais ou realizar outros atendimentos médicos necessários a fim de transportá-la assistida e com segurança a um hospital devidamente estruturado.

RESOLUÇÃO Nº 028/97 CFM.

DEFINIÇÃO II

O atendimento pré-hospitalar compreende atenção médica e cuidados de enfermagem destinados ao cliente com alteração de sua integridade física e/ou mental causada por um trauma ou uma enfermidade de qualquer etiologia que indique uma alteração imediata e segura visando diminuir riscos de invalidez e morte.

OBJETIVOS

- Avaliar rapidamente a pessoa criticamente traumatizada.
- Iniciar rapidamente o tratamento da hipovolemia (estado de choque) e da hipoxemia.
- Transportar rapidamente para o hospital de referência.
- Não esqueça: A avaliação no atendimento inicial é indispensável, e deve ser realizada com rigor, pois as lesões evidentes serão tratadas adequadamente e as não evidentes passarão despercebidas e ficarão sem tratamento.

EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

DEFINIÇÃO — EMERGÊNCIA

Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

RESOLUÇÃO Nº 1451/95 CFM.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DEFINIÇÃO — URGÊNCIA

Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo o portador necessita de assistência médica imediata.

RESOLUÇÃO Nº 1451/95 CFM.

O sistema de classificação das prioridades de emergência pode ser classificados em cinco prioridades:

1. Situação aguda.
2. Situação de urgência.
3. Situação não urgente.
4. Situação onde o cliente pode ser orientado a dirigir-se a um serviço de atenção primária ou secundária.
5. Situação em que o cliente pode ser tratado no próprio domicílio.

PRIORIDADE 1 — SITUAÇÃO AGUDA — EMERGÊNCIA

AVALIAÇÃO ENTRE 30/60 SEGUNDOS

- Parada cardíaca
- Parada respiratória
- Perigo respiratório agudo com ou sem corpo estranho
- Dispnéia grave
- Cianose
- Hipotensão grave
- Inconsciência
- Hemorragia maciça
- Reação alérgica grave
- Politraumatismos
- Perda de um membro
- Queimaduras extensas
- Convulsões
- Hipertensão grave
- Inalação de substâncias tóxicas
- Ferimento de arma de fogo
- Ferimento de arma branca
- Hipotermia $< 32^{o}$ C

PRIORIDADE 2 — SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

AVALIAÇÃO 2 MINUTOS

- Dor torácica no indivíduo com problema cardíaco
- Dor torácica em pessoa com > 35 anos, associada a outros sintomas ou a fatores de risco
- Anomalia do ritmo cardíaco
- Hemoptise
- Corpo estranho no olho

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Hipertermia com sinais de infecção
- Lacerações importantes
- Grangrena, palidez, vermelhidão, inchaço ou dor aguda em uma extremidade
- Agressão sexual
- Sangramento vaginal abundante associado à gravidez
- Dor abdominal, dorsal ou lombar aguda
- Retenção urinária
- Dor testicular súbita
- Hematúria grave
- Alteração da consciência
- Paresia, parestesia
- Confusão súbita
- Mudança súbita da visão ou da fala
- Cefaléia intensa
- TCE
- Síncope
- Hematêmese e melena
- Traumatismo abdominal
- Traumatismo no olho
- Tendências suicidas
- Comportamento violento

PRIORIDADE 3 — SITUAÇÃO NÃO-URGENTE

AVALIAÇÃO DE MAIS DE 2 MINUTOS

- Dor torácica isolada no paciente jovem e saudável
- Dispnéia leve
- Tosse crônica
- Hipetermia sem nenhum outro sinal
- Sangramento vaginal leve
- Disúria sem hipertemia
- Hematúria leve
- Dor de cabeça crônica
- Confusão crônica
- Tontura isolada
- Fraqueza crônica
- Dor abdominal leve
- Náuseas e vômitos leves
- Sintoma gastrointestinal isolado
- Diarréia leve
- Perda de peso importante
- Ansiedade
- Problemas psiquiátricos crônicos
- Pequenas lacerações
- Dor dorsal após um traumatismo sem déficit neurológico
- Abscesso
- Vermelhidão nos olhos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PRIORIDADE 4 — SITUAÇÃO ONDE O CLIENTE PODE SER ORIENTADO A DIRIGIR-SE A UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA

TEMPO DE AVALIAÇÃO INDEFINIDO

- Pequenas contusões
- Queimaduras leves
- Cistos
- Parasitose da pele
- Sintomas de resfriado
- Congestão nasal
- Tosse isolada
- Dor de garganta
- Dor de ouvido
- Dor de dente
- Artrite
- Sangramento nasal leve
- Traumatismo ou dor de uma articulação
- Mordeduras

PRIORIDADE 5 — SITUAÇÃO EM QUE O CLIENTE PODE SER TRATADO NO PRÓPRIO DOMICÍLIO

TEMPO DE AVALIAÇÃO INDEFINIDO

- Tratamento especial e curto
- Urgência social
- Admissão eletiva
- Entre outros

CUIDADOS DEFINITIVOS

- Minimizar o estresse do paciente e familiares
- Dar apoio psicológico ao paciente e familiares
- Realizar uma avaliação cuidadosa do trauma
- Avaliar e intervir rapidamente para prevenir a hipovolemia e hipoxemia
- Estabilizar os parâmetros vitais comprometidos
- Realizar estabilização cuidadosa das fraturas

Obs.: Se o paciente encontra-se em condições críticas, todas as fraturas devem ser imobilizadas em bloco.

- Cobrir os ferimentos
- Realizar manobra de ressuscitação cardiopulmonar
- Ficar atento para lesões ocultas não detectadas
- Fazer o controle contínuo da monitorização do paciente
- Registrar toda e qualquer alteração significativa das funções vitais do paciente
- Elaborar o relatório de emergência
- Manter contato com o hospital de destino
- Reavaliar sistematicamente o paciente durante o transporte
- Respeitar o tempo da "HORA DE OURO", se possível diminuir

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CROSBY, LA; LEVALLEU, DG. Emergency care and transportation of the sick and injured. American Academy of Orthopaedic Surgeons, II., 1993.
2. OLIVEIRA, BFM; PAZOLIN, MKF; TEIXEIRA, IR; JR, EV. Trauma — Atendimento Pré-Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.
3. SZPILMAN, D; AMOEDO, A. Manual Prático de Afogamento e Ressuscitação Cardiorrespiratória. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
4. ULRICH, M; LAMARK, M C. Soins D'urgence Perspective infirmière. Quebec: Renouveau Pèdagogic, 1994.
5. MC SWAIN Jr, N. e cols. Apoyo vital pre-hospitalário en trauma. 2 ed. México: Cursos PHTLS, 1993.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 14

Procedimentos de Enfermagem na Terapêutica Medicamentosa e em Urologia

Elizabeth Rose Costa Martins
Ana Lúcia Carvalho Alves
Maria José Silva
Deyse Conceição Santoro

INTRODUÇÃO

Os procedimentos referidos se inserem num processo multidisciplinar, num multissistema, que envolve atenção, cuidado e responsabilidade. É uma função colaborativa de enfermagem, onde o enfermeiro administra medicamentos, supervisiona sua aplicação e realiza cuidados específicos voltados para uma determinada especialidade. São ações norteadas pela ética e pela cientificidade. A formação do enfermeiro preconiza essas habilidades. A nossa atenção principal é o cliente sujeito do cuidado de enfermagem, sendo que o ato de administrar medicamentos deve estar além de um simples procedimento, que também é complexo, técnico que envolve fórmulas, preparos e materiais como instrumentos utilizados para o seu desempenho, sem considerar os envolvidos desta ação.

A administração de substâncias químicas que modificam o funcionamento corporal de modo a obter um efeito terapêutico faz parte da assistência prestada a muitos clientes pelos membros da equipe de saúde. Mas não podemos esquecer da interação entre o sujeito que recebe o medicamento (o que precisa absorver, assimilar, metabolizar e eliminar seus resíduos) e o sujeito que administra o medicamento (que precisa estar bem neste ambiente de cuidar).

Portanto, é um procedimento de enfermagem que envolve questões de acordo com os princípios éticos e ecológicos que estão emergindo para a humanidade, além da necessidade de atualização constante de conhecimento, como meta que deve ser buscada, já que, diariamente o mercado é invadido por novos medicamentos e novas representações.

Com estas considerações, entendemos que administrar medicação merece uma outra abordagem que justifique cientificamente esta ação, compreendida e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

desempenhada, na maioria das vezes, de maneira condicionada e mecânica, implementando procedimento terapêutico prescrito por outras categorias profissionais, como se os profissionais de enfermagem fossem meros cumpridores de prescrições, sem nada questionar. Enfim, que cuidar do outro significa estar com o outro, valorizando sentimentos e desafios vividos por essa pessoa, demonstrando consideração e sensibilidade a quem iremos cuidar num ato de administração de medicamentos.

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

A Sra. Rosinha Oliveira, com 84 anos, internou-se na clínica médica, com diagnóstico a esclarecer. Encontra-se bastante debilitada, caquética, hipocorada, hipertensa e febril, razão pela qual necessita tomar medicamentos de imediato para controlar esta sintomatologia. Apresenta, ainda, dificuldade na mobilização, locomovendo-se de cadeira de rodas, e dificuldade em deglutir, conseguindo ingerir apenas pequena quantidade de líquidos.

QUESTÃO 2.1.1

Durante a prática de administração medicamentos, o enfermeiro deve estar atento a dosagens adequadas e reações esperadas. Assinale os fatores que podem determinar a dosagem dos medicamentos a serem administradas para a Sra. Rosinha.

A ( ) idade da cliente;
B ( ) vias de administração;
C ( ) peso corporal;
D ( ) condições da cliente e
E ( ) todas respostas estão corretas.

GABARITO FUNDAMENTADO

Todas as respostas estão corretas:

A dose é uma determinada quantidade de medicamentos introduzida no organismo para produzir efeito terapêutico e promover alterações ou modificações das funções do organismo ou do metabolismo.

A dosagem a ser administrada é determinada por vários fatores como:

1. Idade — como a cliente tem 84 anos, temos que atentar para a diminuição das funções hepáticas, renais e da massa muscular. Em conseqüência, ela precisa de doses menores e algumas vezes longos intervalos nas dosagens para evitar toxicidade.

2. Vias de administração — algumas drogas são rapidamente absorvidas por via oral e mais lentas e irregularmente absorvidas por via intramuscular. Outras drogas devem ser administradas por via intravenosa.

3. Peso corporal — a dose prescrita do medicamento é calculada tomando-se por base o peso corporal da cliente, principalmente no caso de idosos e crianças.

4. Condições da cliente — o exame físico realizado pelo enfermeiro e as queixas da cliente e familiares podem indicar a necessidade de alterar a via de administração. Assim, a avaliação das condições das veias periféricas, da musculatura e da capacidade de deglutir é importante e deve ser realizada diariamente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.1.2

Para preparar e administrar medicamentos, o que é preciso considerar, para "NUNCA COLOCAR A VIDA do OUTRO em RISCO"?

A ( ) administrar o medicamento, mesmo que o rótulo esteja ilegível, achando que é o medicamento correto;
B ( ) administrar o medicamento sem conhecer o cliente e o seu diagnóstico;
C ( ) administrar mesmo se tiver dúvida sobre a dosagem e/ou cálculo a ser realizado;
D ( ) administrar o medicamento com segurança, se tiver dúvidas não administrar;
E ( ) Administrar o medicamento achando que o nome genérico é daquele medicamento.

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção D — Para preparar e administrar medicação o enfermeiro e sua equipe devem estar atentos e para isso precisam considerar alguns saberes:

1. saber quem é o cliente;
2. saber quais são as condições clínicas do cliente;
3. saber qual é o medicamento;
4. saber as vias;
5. saber a dose;
6. saber calcular;
7. saber das incompatibilidades;
8. saber seu diagnóstico;
9. saber sobre interações medicamentosas, ambientais, pessoais e alimentares;
10. saber sentir para identificar sinais e sintomas de ordem subjetiva;
11. saber cuidar

Enfim, quando estiver com dúvida, não administre e pergunte.

QUESTÃO 2.1.3

Ao pensarmos nas condições de deglutição em que se encontra a senhora Rosinha, em que forma os medicamentos poderiam ser administrados?

A ( ) líquida (xaropes e suspensões);
B ( ) sólida (comprimidos);
C ( ) sólida (drágeas);
D ( ) sólida (cápsulas);
E ( ) sólida (pílulas).

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção A — Os medicamentos administrados através do trato gastrointestinal podem estar nas formas líquida, sólida e semi-sólida. A forma líquida é preferencialmente utilizada quando a pessoa tem dificuldade de deglutir formas sólidas.

Os medicamentos na forma líquida são classificados em: soluções, suspensões, xaropes, elixires, tinturas, emulsões, loções e gotas. Na forma sólida, encontramos os medicamentos nas seguintes apresentações: comprimidos, drágeas, cápsulas e supo-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sitórios. Na forma de preparados semi-sólidos, encontramos as apresentações de pós, granulados, pomadas e cremes.

QUESTÃO 2.1.4

Correlacione as colunas "A" com a "B".

Coluna A	Coluna B
1 — Via Enteral	( ) é aquela que indica a administração de medicamentos por qualquer via que não sejam a oral e a retal. Como a via subcutânea, intramuscular e outras.
2 — Via Parenteral	( ) é aquela onde os medicamentos são aplicados na pele e mucosas, geralmente visando um efeito local ou sistêmico.
3 — Aplicação Tópica	( ) é aquela que envolve a administração de medicamentos por via oral, sublingual e via retal.

GABARITO FUNDAMENTADO — SEGUNDO SILVIA HELENA DE BORTOLI CASSIANI

RESPOSTA: (2); (3);(1)

As vias de administração são os locais do organismo onde o medicamento será administrado. As seguintes vias de administração serão consideradas:

1. Via enteral — É o método mais comum, simples e econômico e, por outras razões, é o preferido dos clientes. A administração por via sublingual consiste na colocação do medicamento debaixo da língua do cliente. A via enteral envolve a administração de medicamentos por via oral, sublingual e via retal.

2. Via parenteral — Os medicamentos por via parenteral são administrados através de seringas, soluções e agulhas estéreis. As vias parenterais mais comuns são: a subcutânea, intradérmica, intramuscular e intravenosa. A via parenteral tem a vantagem de promover uma absorção mais rápida do que a oral. A desvantagem é que, se o medicamento não estiver correto, pode haver uma lesão considerável, logo após a sua administração.

3. Aplicação tópica — os medicamentos são aplicados na pele e mucosas, geralmente visando efeito local ou sistêmico. A absorção pode ser aumentada, se a concentração e o contato forem maiores. Os medicamentos podem ser aplicados na boca, garganta, nariz, olhos, vagina, uretra e reto. Os métodos de aplicação são: inalação, instilação, inserção e irrigação.

CASO/SITUAÇÃO 2.2

Foi hospitalizado na clínica médica com diagnóstico a esclarecer, o Sr. José Almeida, branco, 41 anos, casado, com 3 filhos, tendo como profissão colocador de azulejos há 13 anos, tem apenas o curso primário. Tem medo de morrer e deixar os filhos; procurou deixar tudo em ordem antes de se internar. Apresenta o sono agitado, acorda de 3 a 4 vezes durante à noite, e depois custa a retornar ao sono, faz repouso

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

durante o dia.Tem apetite, come diariamente comidas ricas em gorduras. Tem eliminações intestinais a cada quatro dias, de fezes endurecidas, com eliminações urinárias normais. Refere ingerir pequena quantidade de líquido por dia. Ao exame físico, apresenta-se hipocorado, desidratado, hipertenso PA $=180 \times 120$mmHg e apirético. Apresenta lesões em membros inferiores sem presença de secreção. Queixa-se de dores intensas em membros inferiores e dor na região epigástrica. Glicemia de 480.

Prescrição medicamentosa:

1 — soro fisiológico 1.500ml nas 24 horas por via endovenosa.

2 — medicação X de 500mg de 6 em 6 horas nas 24 horas por via endovenosa.

3 — Insulina regular de 100 unidades — 10 unidades as 11:30 horas por via subcutânea.

QUESTÃO 2.2.1

Qual o principal objetivo na utilização da via endovenosa ou intravenosa?

A ( ) obtenção da rapidez de efeito;
B ( ) a administração é de no máximo 5ml;
C ( ) utilização do trato gastrointestinal;
D ( ) absorção lenta.

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção A — A medicação por via endovenosa ou intravenosa — é a introdução do medicamento diretamente na corrente sangüínea. O principal objetivo na utilização desta via é a obtenção da rapidez de efeito. Seu uso permite a administração de grandes volumes de líquidos.

QUESTÃO 2.2.2

Quantos ml da medicação X deverão ser administrados no Sr. J.R. a cada vez, sendo o diluente de 5ml?

A ( ) 0,4ml;
B ( ) 0,8ml;
C ( ) 2,2ml;
D ( ) 2,5ml;
E ( ) 2,8ml.

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção D — Em algumas situações, as apresentações dos fármacos encontrados no mercado são maiores ou menores que as doses prescritas. Nestes casos, será necessário que o profissional de enfermagem fique atento para as concentrações de cada medicamento, que normalmente virão registrados no frasco.

1grama=1.000mg

1.000mg————5ml

500mg————x — $x = \frac{500 \times 5\ x}{1.000} = 2{,}5$ml

Então deveremos aspirar 2,5ml da medicação do frasco de 1 grama.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.2.3

Quantas gotas e microgotas/min deverão correr nas 24 horas de soro fisiológico?

A ( ) 35 gotas/min e 105 microgotas/min;
B ( ) 28 gotas/min e 84 microgotas/min;
C ( ) 21 gotas/min e 63 microgotas/min;
D ( ) 14 gotas/min e 42 microgotas/min;
E ( ) 07 gotas/min e 21 microgotas/min.

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção C — Quando queremos saber tempo, volume e horas para administrar medicamentos por tempo prolongado, como é no caso da venóclise. Deste modo, a fórmula utilizada para sabermos quantas gotas e microgotas por minuto um determinado medicamento deve correr, a fim de saber o quanto de volume e tempo eu tenho.

$$\text{Nº de gotas por minuto} = \frac{\text{volume total em ml}}{\text{Tempo em hora} \times 3} = \frac{1.500}{24 \times 3} = 21 \text{ gotas/min}$$

Nº de microgotas por minuto = $\underline{V}$ = 63 microgotas/min.

QUESTÃO 2.2.4

Como proceder para administrar 10 unidades de insulina regular, quando dispomos de frascos de insulina regular de 100 unidades e seringa de insulina de 80 unidades?

A ( ) 12 unidades;
B ( ) 10 unidades;
C ( ) 8 unidades;
D ( ) 6 unidades;
E ( ) 4 unidades.

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção C — Como a seringa é incompatível com o frasco, temos a necessidade de realizar o seguinte cálculo:

$$\frac{\text{Prescrição} \times \text{seringa}}{\text{Frasco}} = \frac{10 \times 80}{100} = 8 \text{ unidades}$$

Devemos aspirar 8 unidades do frasco de insulina de 100 unidades, com a seringa de 80 unidades.

QUESTÃO 2.2.5

Nesta unidade de clínica médica, encontramos ainda a prescrição da cliente D.R.S: soro glicosado 15%. O que fazer se na unidade temos apenas soro glicosado a 5% e ampolas de 20ml de glicose a 50%?

A ( ) retirar 115ml do frasco de soro glicosado a 5% e colocar 5 ampolas e 15ml da solução de glicose a 50%;
B ( ) retirar 112ml do frasco de soro glicosado a 5% e colocar 5 ampolas de 20ml mais 12ml de outra ampola da solução de glicose a 50%;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C ( ) retirar 110ml do frasco de soro glicosado a 5% e colocar 5 ampolas de 20ml, mais 10ml de outra ampola de solução de glicose a 50%;

D ( ) Retirar 108ml do frasco de soro glicosado a 5% e colocar 5 ampolas mais 8ml da solução de glicose a 50%.

GABARITO FUNDAMENTADO

Opção B — Sempre que não houver no mercado uma determinada solução na concentração desejada, caberá ao profissional de enfermagem concentrar a mesma, recorrendo ao cálculo de concentração.

CV = C1V1 + C2V2, onde: C = concentração desejada = 15%
V = volume desejado= 500ml
C1 = concentração de glicose = 5%
V1 = volume da concentração de glicose
C2 = concentração da glicose a 50%
V2 = volume da solução de glicose a 50%

CV = C1V1=C2V2
$15 \times 500 = 5V1+50V2$ ——————— $V2 = 500 - V1$
$7.500 = 5V1+50\ (500 - V1)$
$7.500 = 5V1+25.000 - 50V1$
$7.500 = -45V1+25.000$
$45V1=17.500$
$V1 = 388ml$ $V2 = 500 - V1$
$V2 = 500 - 388$
$V2 = 112ml$

Necessito retirar 112ml do frasco de soro de glicosado a 5% e colocar 5 ampolas e 12ml da solução de glicose a 50%.

ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS

Quadro 14.1
Dosagens, Formas de Infusão e Cuidados na Administração de Medicamentos, Rio de Janeiro, 2003

Bactérias	*Toxina Produzida*	*Ação*
1 — Aminofilina	— IVE, obstrução V.A — Cuidado com clientes usando teofilinas orais. Bolo intravenoso: 250 mg (5 mg/kg) lentamente, entre 10-15 minutos	Os efeitos da aminofilina são potencializados pela cimetidina. Reduzir dosagem em idosos e nos com problemas hepáticos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Bactérias	*Toxina Produzida*	*Ação*
2 — Amiodarona	Uso: Taquicardia supraventricular Taquicardia ventricular *Flutter* e fibrilação atrial Síndrome de Wolff-Parkinson-White	— Seu uso é contra-indicado na bradicardia sinusal, bloqueio AV e estados hipotensivos. — Deve haver cuidado quando utilizado em combinação com drogas betabloqueadoras do cálcio, já que sua ação pode ser potencializada. — A ação do warfarin é potencializadora. — A concentração plasmática de digoxina é aumentada.
3 — Digoxina	Fibrilação atrial e outras taquicardias supraventriculares Insuficiência cardíaca	— A toxicidade é sugerida por náuseas e vômitos, disritmias atriais ventriculares e, ocasionalmente, por bradicardia e bloqueio atrioventricular. — Hipocalemia, hipomagnesemia, hipercalcemia e função renal prejudicada predispõem a intoxicação pela digoxina. — O uso concomitante de quinidina e verapamil pode também produzir toxicidade pela digoxina.
4 — Dinitrato de isosorbide	Redução da pré e pós-carga na insuficiêcia ventricular aguda. Tratamento da angina de peito instável	— A pressão sangüínea deve ser freqüente ou continuamente monitorizada. — O isosorbide venoso não deve ser administrado em equipamento feito de cloreto de polivinil.
5 — Lidocaína	Disritmias ventriculares	— Deve ser administrado através de uma bomba de infusão, num gotejamento apropriado. — A lidocaína pode precipitar convulsões em doses elevadas.
6 — Nitroglicerina	Angina instável. Redução da pré e pós-carga na insuficiência ventricular esquerda aguda. Isquemia miocárdica durante e após a cirurgia cardiovascular	— Deve ser administrada em bomba de infusão. — Evitar equipamento feito de cloreto de polivinil.
7 — Nitroprussiato de sódio	Redução da pós-carga na insuficiência ventricular esquerda aguda Crise hipertensiva Indução de hipotensão em procedimentos cirúrgicos	— Revestir o equipamento de infusão com folha de alumínio para evitar que o nitroprussiato de sódio seja degradado pela luz. — O nitroprussiato de sódio é convertido a cianeto e a tiocianeto, por-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Bactérias	*Toxina Produzida*	*Ação*
		tanto, se altas velocidades de infusão forem utilizadas, haverá risco de acidose metabólica e intoxicação por cianeto. — Deve-se dispensar cuidados especiais a clientes idosos
8 — Drogas simpatomiméticas — Adrenalina — Dobutamina — Dopamina — Noradrenalina	Correção de perfusão prejudicada, baixo débito cardíaco, insuficiência renal e choque associado a: — Infarto miocárdico — Traumatismo (após a correção da hipovolemia) — Septicemia — Cirurgia cardíaca — Insuficiência cardíaca	Em receptores a e b — Constrição de vasos periféricos e viscerais; aumento na contratilidade miocárdica e na freqüência cardíaca. Dopaminégicos — Aumento na contratilidade miocárdica, dilatação de arteríolas renais, coronarianas e mesentéricas. Ex.: 1-5mg/kg/min de dopamina.
9 — Verapamil	Fibrilação atrial e outras taquicardias supraventriculares Insuficiência cardíaca	— Verapamil IV não deve ser administrado a clientes em uso de drogas betabloqueadoras por via oral ou endovenosa.

PARA REPENSAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A preocupação com a administração burocrática de unidades de internação clínicas e cirúrgicas e não com a assistência de enfermagem ao cliente faz com que as enfermeiras privilegiem a primeira, considerando que estas atividades são incompatíveis, devido a expressiva carga de serviço. Esforços têm sido envidados para que estas pessoas entendam que, sendo uma profissão em desenvolvimento, a enfermagem encontra-se profundamente envolvida na identificação de uma base de conhecimentos próprios e singulares. Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria e um corpo de conhecimentos que possa ser aplicado à sua prática. Dessa forma, a enfermagem, como uma profissão nova e em evolução, está desenvolvendo um conjunto de conhecimentos em termos de conceitos e teorias que dão apoio à sua prática. Isto somente poderá ser feito com o esforço conjunto dos enfermeiros na investigação crítica do seu fazer cotidiano mediante uma assistência ao cliente de forma sistematizada.

QUESTÃO 4.1

Considerando a evolução da enfermagem e o desenvolvimento das Teorias de Enfermagem no Brasil, podemos afirmar que:

A ( ) A primeira brasileira a falar sobre teoria no campo profissional foi Wanda Horta.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B ( ) As publicações da principal autora, Wanda Horta, evidenciam seu espírito indagador e sua preocupação com uma enfermagem científica — Teoria das Necessidades Humanas Básicas — 1970/1974.
C ( ) A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi desenvolvida a partir da Teoria da motivação humana, de Maslow.
D ( ) A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi de fundamental importância no desenvolvimento da metodologia de trabalho da enfermagem — o processo de Enfermagem.

GABARITO

Respostas certas: A, B, C, D.

QUESTÃO 4.2

O enfermeiro presta cuidados de forma segura e eficiente quando planeja suas ações. Para tal necessita utilizar uma metodologia científica na fundamentação destes cuidados. Considerando-se o HISTÓRICO de ENFERMAGEM "o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de problemas significativos para o enfermeiro" e sendo esta etapa a primeira na aplicação do planejamento da assistência, pergunta-se que fatores interferem nesta etapa:

A ( ) Estado geral, a idade e o grau de escolaridade do cliente.
B ( ) Preparo do enfermeiro e a filosofia institucional.
C ( ) A qualidade e a quantidade do pessoal.
D ( ) Todas as opções acima.

GABARITO

Certa: D.

QUESTÃO 4.3

Durante os cuidados prestados pela enfermeira a um cliente com sonda nasogástrica, podemos afirmar que este profissional se baseou em conhecimentos científicos para prestar uma ação segura e eficiente se ele considerar os seguintes pressupostos, conceitos, objetivos e passos do procedimento técnico:

A ( ) As finalidades da sondagem nasogástrica são: descompressão do estômago; aspiração de secreções gástricas; coletagem de conteúdo gástrico para análise; administração de medicamentos e nutrientes.
B ( ) Sonda em GAVAGEM — sonda "fechada", nasogástrica ou nasoenteral, por onde se introduzem alimentos, água e/ou medicamentos; sonda e SIFONAGEM — sonda "aberta", nasogástrica, por onde ocorre drenagem de conteúdo gástrico.
C ( ) O diâmetro da sonda será escolhido de acordo com a finalidade da utilização desta, o biótipo, condições físicas e idade do cliente.
D ( ) Determinar o comprimento da sonda que será introduzida: segurar a extremidade distal da sonda na ponta do nariz do cliente, esticar até o lóbulo da orelha, esticar até a base do processo xifóide. Marcar com esparadrapo este local.
E ( ) Garantindo o posicionamento correto, ao avançar com a sonda, observar sinais de desconforto respiratório, o que indica que a sonda esteja no brônquio, devendo ser imediatamente removida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GABARITO

Respostas certas A, B, C, D, E.

QUESTÃO 4.4

O Sr. Rodrigo Chaves encontra-se em pós-operatório mediato de laparotomia exploradora, pois foi vítima de assalto. Fora atingido por 10 perfurações por arma de fogo em várias partes do corpo, principalmente no abdome. Em uso de sonda nasogástrica de médio calibre, em sifonagem, com drenagem de aproximadamente 500ml nas 24 horas. Observou-se que nas últimas 6 horas o volume da drenagem era de 10ml e o cliente apresentava náuseas. Qual seria a conduta do enfermeiro ao avaliar uma drenagem tão pequena em comparação com a que vinha sendo drenada e o estado do Sr. Rodrigo?

A ( ) Verificar e registrar imediatamente os sinas vitais do cliente.
B ( ) Retirar a sonda nasogástrica e comunicar ao médico a ocorrência, além de registrar na evolução do cliente.
C ( ) Tranqüilizar o cliente e instalar a posição de Trendelemburg.
D ( ) Verificar a permeabilidade da sonda nasogástrica e seu posicionamento correto.
E ( ) Instalar balanço hídrico e verificar sinais vitais.

GABARITO

Certa: D.

QUESTÃO 4.5

A enfermeira ao cuidar de um cliente acamado, empenha-se em proporcionar cuidados confortáveis, que contribuirão para sua recuperação. Para tal, baseia suas ações em conhecimentos científicos que nortearão a prestação de cuidados seguros e eficazes. Assinale-os.

A ( ) O posicionamento do cliente deve se aproximar de sua posição anatômica básica.
B ( ) As articulações devem ser mantidas em ligeira flexão.
C ( ) A posição do cliente, dependendo de sua situação, deve ser alternada freqüentemente, pelo menos a cada 2 horas.
D ( ) O corpo humano requer períodos alternados de repouso e atividade.

GABARITO

Certo: A, B, C, D.

PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Cuidar do cliente hospitalizado em urologia, uma especialidade que congrega uma vasta ramificação dentro da especialidade, requer do pessoal de enfermagem conhecimento e domínio para a prestação de cuidado integral, individualizado, com segurança e livre de riscos. A orientação à clientela e o sucesso do cuidado vão depender principalmente da interação do profissional com o cliente. Ressalte-se que a urologia enquanto especialidade se apresenta com um percentual elevado de clientes idosos, pelo fato de algumas dessas doenças serem comuns nesta faixa etária.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O déficit de bibliografias na área de cuidados de enfermagem, nessa especialidade é fato, portanto, exige das(os) enfermeiras(os) um empenho maior em produzir conhecimentos científicos capazes de preencher esta lacuna. Desta forma, faz-se necessário á(ao) enfermeira(o) que se propõe trabalhar em urologia, adquirir também conhecimentos em geriatria e gerontologia, com a finalidade de atender a complexidade do cliente idoso (Silva, 2000). Assim, a orientação de enfermagem vai contribuir com a recuperação da saúde do cliente, a prevenção das doenças e a formação de hábitos de vida saudável. Aqui pretende-se descrever cuidados ao cliente hospitalizado em urologia para reflexão e aprendizado dos profissionais a cerca da especialidade, pois estes devem saber cuidar e orientar esta clientela, na condução dos problemas, conseqüentemente, na melhoria de sua qualidade de vida.

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Situação-Problema A

O Sr. José Carlos, com a idade de 68 anos chega ao serviço de urologia acompanhado de familiares. Ele está transtornado e impaciente devido a sua queixa de retenção urinária, dor abdominal e mal-estar. Diante do exposto e para aliviar o sofrimento do cliente, o enfermeiro deve providenciar prioritariamente:

a) Sedar o cliente com medicamento por via venosa.
b) Fazer anamnese do cliente e exame físico.
c) Administrar medicação analgésica via intramuscular.
d) Providenciar cateterismo vesical com cateter de demora, técnica asséptica e sistema de coleta fechado.

Comentários

a) A dor produzida pelo enchimento da bexiga não vai diminuir com sedação sem o esvaziamento da mesma.
b) Tanto a anamnese quanto o exame físico não vão aliviar o sofrimento do cliente.
c) A analgesia não vai fazer o efeito esperado e diminuir a dor.
d) O esvaziamento da bexiga vai produzir: diminuição da dor, melhorar a sudorese e o desconforto causado pela retenção urinária, provavelmente causada por obstrução uretral, fato a ser investigado na posterior anamnese, exame físico e exames complementares.

Situação-Problema B

Um cliente em pós-operatório de cirurgia Ressecção Transuretral (RTU) depende de acompanhamento adequado da equipe de enfermagem. Destacamos como essencial:

a) Manter o cliente com cabeceira elevada a 90º para facilitar a drenagem.
b) Manter irrigação vesical nas primeiras 6 horas e suspender após este período.
c) Manter irrigação vesical contínua com solução fisiológica a 0,9%, observar drenagem e sangramento.
d) Manter o cliente em dieta zero nas 36 horas após cirurgia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Comentários

a) A cabeceira elevada não vai favorecer a drenagem da irrigação vesical.
b) A irrigação vesical deve ser mantida até a diminuição do sangramento.
c) A irrigação é contínua com solução fisiológica, observando-se sangramento, formação de coágulos e manutenção de cateter pérvio.
d) A alimentação pode ser iniciada de 6 a 8 horas após cirurgia.

Situação-Problema C

Um cliente de 38 anos internado na unidade de urologia com diagnóstico de litíase renal, cálculo em rim esquerdo. Queixa principal: Dor intensa em flanco posterior esquerdo, irradiando-se para membro inferior esquerdo, acompanhada de náuseas e febre. Para um atendimento sem riscos, a equipe de enfermagem deve:

a) Promover a deambulação e oferecer uma dieta.
b) Encaminhar o cliente para radiografia.
c) Manter o cliente em decúbito ventral no leito.
d) Providenciar analgésico, antitérmico e antiemético prescritos, mantê-lo no leito em posição confortável, colher material para exames laboratoriais.

Comentários

a) A dor pode aumentar durante os esforços físicos.
b) As radiografias não são urgentes até por se saber onde o cálculo se encontra.
c) Decúbito ventral pode causar mais desconforto.
d) A primeira providência é tentar diminuir a dor, a febre e as náuseas, assim como promover o conforto e os exames laboratoriais.

Situação-Problema D

As infecções urinárias de repetição devem ter suas causas pesquisadas e tratadas adequadamente porque têm como resultado:

a) Levam a uma lesão renal.
b) Diminuem a luz da uretra.
c) Desregulam o volume urinário.
d) Podem causar diarréia.

Comentários

a) As infecções urinárias de repetição quando não tratadas levam a lesão renal de moderada até a perda de função do órgão.
b) As infecções urinárias de repetição quando não tratadas não vão diminuir a luz da uretra.
c) As infecções urinárias quando não tratadas não aumentam volume urinário.
d) As infecções urinárias por si só não vão produzir diarréia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÃO- PROBLEMA E

Cliente de 74 anos internado na unidade de urologia com câncer de bexiga, apresentando sangramento pela uretra, aproximadamente 2 meses sem melhora do quadro clínico. Indique a melhor conduta terapêutica.

a) Manter o cliente em repouso absoluto.
b) Fazer cateterismo vesical, instalar irrigação vesical, hidratá-lo, colher exame de sangue e reposição se for o caso.
c) Encaminhá-lo para fazer radiografias.
d) Colher urina de 24 horas para exames.

COMENTÁRIOS

a) O repouso absoluto não vai deixá-lo sem sangrar pela bexiga.
b) Cateterismo vesical, observar coágulos, irrigação, hidratar e colher exames de sangue para saber a necessidade de reposição sangüínea.
c) Neste momento as radiografias não vão adiantar em nada.
d) Se há sangramento não convém colher urina para exame.

SITUAÇÃO-PROBLEMA F

Os clientes idosos com hiperplasia prostática benigna que não obstruíram a uretra, não fazem uso de cateter vesical, fazem infecção urinária, por que?

a) Urinam várias vezes.
b) A ingestão hídrica é de grande volume.
c) Apresentam hematúria discreta.
d) Apresentam resíduos miccionais.

COMENTÁRIOS

a) Urinar várias vezes não produz infecção urinária.
b) Ingestão hídrica não produz infecção urinária.
c) A hematúria é um dos sintomas de infecção.
d) Os resíduos que ficam na bexiga após micção vão produzir infecção urinária.

GABARITO

1 — d; 2 — c; 3 — d; 4 — a; 5 — b; 6 — d.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON, M. Fundamentos de Enfermagem — Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.
2. CAMPEDELLI, et al. Processo de Enfermagem na Prática. São Paulo: Ática, 1989.
3. CASSIANI, SHB. Administração de Medicamentos. São Paulo: EPUB, 2000.
4. DANIEL, LF. A Enfermagem Planejada. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1979.
5. DU GÁS, BW. Enfermagem Prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
6. ELHART, D et al. Princípios Científicos de Enfermagem. 8. ed. Lisboa: Ed. Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

7. EPUB. Administração de Medicamentos na Enfermagem-20072001. Rio de Janeiro: EPUB, 2000.
8. FIGUEIREDO, NMA (org.). Administração de Medicamentos — Revisando uma prática de Enfermagem. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem Editora, 2001.
9. HORTA, WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
10. LEMOS CG. Infecção urinária inespecífica. In: HERING, FLO; SROUGI, M. Urologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, p. 227-240, 1998.
11. MANZOLLI, MC. Relacionamento em Enfermagem — aspectos psicológicos. São Paulo: Sarvier, 1983.
12. ORTIZ, V. PROSTATISMO. In: HERING, FLO, SROUGI, M. Urologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, p. 267-275, 1998.
13. SILVA, MJ. O idoso submetido a cirurgia de próstata: intervenção do enfermeiro para o autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ. Rio de Janeiro, 132 p, 2000.
Srougi, M. Câncer de bexiga. In: HERING, FLO; SROUGI, M. Urologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, p. 227-240, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 15

Intervenções de Enfermagem em Perioperatório

Silvia Teresa Carvalho Araujo
Virginia da Silva Godoy
Deyse Conceição Santoro
Isaura Setenta Porto

INTRODUÇÃO

A experiência de submeter-se a um procedimento anestésico cirúrgico representa um evento marcante na vida de cada ser humano. Ter que se operar implica ter que deixar de realizar muitas de suas escolhas, ver suas necessidades básicas afetadas como um todo e, mais, confrontar-se com dificuldades de ordem física, psicológica, social e até espiritual.

A enfermagem que cuida dos seres humanos durante esse tratamento anestésico cirúrgico é assim denominada Enfermagem Perioperatória. A expressão "perioperatória" engloba os profissionais de enfermagem que atuam no atendimento aos clientes nas fases pré, trans, intra e pós-operatória.

No cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, a assistência perioperatória abrange os cenários do ambulatório, unidade de internação, centro cirúrgico, recuperação anestésica, centro de material, terapia intensiva entre outros. Ela está baseada em alguns princípios, a saber: Holismo, Individualidade, Participação, Continuidade, Documentação e Avaliação.

O *Holismo* se baseia na necessidade inerente a cada ser humano de ser visto como um todo e não somente como um procedimento anestésico cirúrgico. Dessa forma sexo, idade, ocupação, religião, grau de instrução precisam ser considerados.

A *Individualidade* leva em conta que cada ser humano poderá responder de forma diferente a um mesmo tipo de procedimento cirúrgico. Portanto, as generalizações não devem nortear as ações da equipe de enfermagem perioperatória. Elas podem ser de certa forma uma referência a ser consultada, porém não a única fonte.

A *Participação* do próprio cliente no tratamento será decisiva para o seu êxito. A partir do momento em que ele conhece o que vai ser feito, poderá participar e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cooperar mais nos cuidados, ter sua ansiedade e temores reduzidos, requerendo até menos drogas.

O movimento da Acreditação Hospitalar, tendência atual para garantir assistência de qualidade nas instituições hospitalares contempla de forma clara e inequívoca a participação do cliente no próprio tratamento, ouvindo uma segunda opinião e realizando dentro do possível suas escolhas.

A Enfermagem Perioperatória *Continuada* deve ocorrer para que bons resultados sejam alcançados. As ações desenvolvidas no ambulatório impactam na unidade de internação, essas no centro cirúrgico, se estendem para a recuperação anestésica ou terapia intensiva, e interferem por sua vez na unidade de internação, podendo mais uma vez ser percebidas no ambulatório.

A *Documentação* precisa ser tida como meta em toda modalidade de cuidado. Se considerarmos que, de uma certa forma, o cliente cirúrgico permanece por um período de tempo em condição de dependência absoluta dos cuidados de enfermagem, os registros dessas ações se revestem de importância ética, legal, de custos e de avaliação dos cuidados prestados.

Por fim, a *Avaliação* das ações surge como uma possibilidade concreta de redirecionamento das ações, de ouvir o próprio cliente, de reduzir os erros e iatrogenias e de obter dados concretos para a revisão da filosofia de trabalho e do próprio foco do cuidar.

O ato anestésico cirúrgico em si implica o não atendimento de algumas necessidades humanas básicas. O afastamento da família, dos amigos, do ambiente de trabalho, as dificuldades de ordem social (como as limitações parciais ou temporárias) são alguns exemplos dessas causas de desequilíbrio.

Os problemas de ordem física não são menos importantes e incluem o próprio preparo para a cirurgia (tricotomia, jejum, preparo intestinal), o ato anestésico em si. O pós-operatório (drenos, sondas e cateteres) representa uma enorme invasão ao indivíduo operado.

Atualmente, cresce cada vez mais a área de atuação da Enfermagem Perioperatória. Nos dias de hoje, a cirurgia possibilita a recolocação de um membro perdido de forma traumática, o transplante de um órgão vital, a reconstrução de uma parte do corpo destruída por processo patológico, a recomposição dos sentidos, ou mesmo a possibilidade de mudança estética em partes do corpo.

A cirurgia ambulatorial e a cirurgia por vídeo surgem como os novos paradigmas para esse século que se inicia. Os profissionais de enfermagem também cuidarão de clientes com problemas que requeiram intervenção cirúrgica em ambulatórios e nos locais onde a clientela reside. Assim, haverá novos desafios pela frente.

A equipe médica, mais especificamente os cirurgiões, vem desenvolvendo novas técnicas cirúrgicas, utilizando o vídeo, o laser bem como as avanços da informática. Logo, a enfermagem se depara com outras exigências especialmente para a fase intraoperatória, além do cuidado em si do cliente operado.

Castellanos e Jouclas (1990) destacam dois objetivos para a Assistência de Enfermagem Perioperatória. O primeiro engloba a ajuda ao paciente e sua família, a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico cirúrgico proposto e suas conseqüências e a utilizar seus mecanismos de defesa, fisiológicos, psicológicos, durante este período. O segundo, implica diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação anestésica e à utilização dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésicos cirúrgicos, bem como colaborar na consecução destes procedimentos, pela previsão, provisão e controle de recursos humanos, em qualidade e quantidade necessária.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esse capítulo terá como foco central a fase intra-operatória de cuidado do cliente cirúrgico, que representa o período em que ele permanece em uma sala cirúrgica e se submete a um procedimento anestésico cirúrgico. Trata-se de um momento ímpar para a vida do cliente e para o tratamento em si.

As equipes médicas de cirurgiões e anestesiologistas geralmente conhecem o cliente desde o consultório ou no momento da avaliação pré-anestésica. Já os profissionais de enfermagem nem sempre...

A visita pré-operatória de enfermagem ainda não constitui prática rotineira em nosso país. Assim, o primeiro contato poderá se dar somente no momento da chegada do cliente na sala cirúrgica.

O centro cirúrgico é reconhecidamente um cenário para atuação de profissionais especializados na área de enfermagem, tendo em vista as ações específicas a serem realizadas: circulação, instrumentação, supervisão das salas cirúrgicas. Para que todas essas ações possam ser realizadas a contento, será necessário um planejamento criterioso e baseado nos princípios da assistência perioperatória de enfermagem já destacados: holismo, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação.

Para Castellanos e Jouclas (1990), a operacionalização desses princípios engloba as seguintes etapas: avaliação pré-operatória, identificação de problemas, planejamento de cuidados, implementação da assistência de enfermagem para o período transoperatório e avaliação pós-operatória.

OBJETIVOS OPERACIONAIS DE APRENDIZAGEM

- Identificar na prática assistencial a utilização dos princípios que fundamentam a Assistência Perioperatória de Enfermagem
- Reconhecer as necessidades humanas básicas afetadas em um cliente submetido a um procedimento anestésico cirúrgico na fase intra-operatória.
- Compreender as mudanças que ocorrem em um ser humano no período que permanece em uma sala cirúrgica e as inter-relações com as fases que antecedem e sucedem o ato cirúrgico em si.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Dois irmãos chegam a um centro cirúrgico para se submeter a cirurgias diferentes mas interligadas de uma forma especial. Um deles será o doador vivo de um rim para o outro.

Eles são gêmeos idênticos e somente um desenvolveu um quadro de insuficiência renal. Passou por um período de quase três anos de tratamento hemodialítico. A família se mobilizou no sentido de encontrar um doador vivo compatível. Esse doador foi o próprio irmão gêmeo.

Eles são muito parecidos fisicamente. Um deles é advogado (o receptor). O outro é comerciante (o doador). Todos dois são casados e cada um tem um filho. A família acompanha os dois até a chegada no centro cirúrgico. Curiosamente a cirurgia foi agendada para a data de aniversário de ambos. O período de espera é acompanhado em clima de muita emoção para a dupla de clientes em si bem como para todos os profissionais que os assistem.

A avaliação de enfermagem pré-operatória imediata identifica o registro de alergia ao esparadrapo em ambos os irmãos. O doador é saudável, não informa nenhum problema de saúde e verbaliza o desejo de tentar dar ao irmão uma melhor qualidade de vida.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O irmão que irá receber o rim é portador de hipertensão arterial sistêmica e desenvolveu o quadro de insuficiência renal há cerca de quatro anos e vinha submetendo-se a tratamento dialítico três vezes por semana em clínica próxima a sua residência. Ele está confiante no êxito da cirurgia. Apresenta fistula arteriovenosa no braço direito e informa ter realizado diálise na véspera bem como iniciado o tratamento com imunosssupressores.

Eles aguardam para a ida à sala de cirurgia em duas macas próximas uma da outra. O efeito da medicação pré-anestésica parece não ser percebido em ambos, que conversam o tempo todo.

O doador é chamado primeiro para a sala de cirurgia. Leva consigo um rolo de esparadrapo antialérgico. Na sala de cirurgia é recebido pelo anestesista e pela circulante de sala. Passa por um ritual de ser posicionado para anestesia geral. Seus braços estão em abdução e ele é sedado com uma máscara de oxigênio e uma droga inalatória. A indução é sentida, e inconsciente ele é intubado por uma dupla de anestesistas.

O posicionamento é realizado com a participação de todos os profissionais presentes: cirurgiões, circulante de sala e anestesistas. A posição eleita foi a de decúbito lateral com uma flexão na altura rim. O corpo do cliente anestesiado é fixado com várias faixas largas de esparadrapo. A incisão é enorme, a última costela é removida.

O ato cirúrgico transcorre sem anormalidades. Um dreno é inserido no local da nefrostomia. Uma sonda vesical para diurese é instalada. O tempo cirúrgico dura em torno de três horas.

Em outra sala cirúrgica é realizado o implante do rim doado. A cirurgia decorre num tempo de três horas. O rim implantado funciona bem e o paciente urina já na própria sala de cirurgia.

O doador chega à sala de recuperação anestésica com muita dor e enjôo. O receptor chega uma hora depois. Está bem e pergunta pelo irmão. Sua alta acontece primeiro que a do irmão doador. A família espera-o na saída do centro cirúrgico. Canta-se parabéns para o aniversariante recém-operado. Todos se emocionam com a cena. Cerca de uma hora depois sai o doador. Novamente o parabéns e mais emoção.

Os dois irmãos seguem para uma nova etapa de suas vidas. Com um rim a menos ou a mais, um longo período de recuperação pós-operatória os espera.

No centro cirúrgico a vida segue, outros clientes serão operados e há sempre muito trabalho pela frente.

QUESTÕES EXTRAÍDAS DA SITUAÇÃO EVIDENCIADA

a) Quais são as principais necessidades afetadas durante a fase intraoperatória do doador?

R.: Enquanto consciente, as necessidades de segurança emocional, de ambiente, espaço e segurança física, amor e gregária, comunicação, aprendizagem e religiosa poderão estar afetadas e ser percebidas principalmente pelo próprio cliente. Longe da família, em um ambiente nada acolhedor, tipicamente com baixas temperaturas promovidas pelo ar condicionado, protegido por uma camisola mínima que o deixa seminu e diante de um grupo de profissionais com os quais está tendo seu primeiro contato, o cliente se vê diante de um quadro aterrorizante. Tudo o que vê e ouve assusta e preocupa. Irá tudo correr bem? Por que ninguém lhe dá toda a atenção que ele requer? Seria o momento de se entregar à Deus e suas crenças?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A equipe multiprofissional precisa compreender esse momento único na vida de cada cliente que será operado. A falta de experiência cirúrgica ou experiências anteriores irão pesar nesse momento. O preparo pré-operatório será também decisivo. Saber o quê e o porquê será feito reduz em muito a ansiedade do cliente.

Excesso de barulho, conversas paralelas, atrasos e tudo o que representa descaso são tidos como falta de cuidado, de atenção ao cliente operado.

Estando anestesiado e inconsciente, cresce a responsabilidade de todos os profissionais. As equipes de enfermagem, cirurgia e anestesia passam a responder pela vida daquele ser humano cujas necessidades de ordem física passam a ser totalmente controladas por máquinas e aqueles que as operam. A ética se faz presente de uma forma muito particular. Ninguém está vendo a cena, não há um familiar por perto. A consciência de cada um ditará o que fazer e o que não fazer.

b)Haveria algum momento onde a presença do enfermeiro supervisor seria considerada como imprescindível?

R.: Sim. A presença do enfermeiro seria na verdade desejável todo o tempo. Diante dessa impossibilidade na prática cotidiana há alguns momentos a se destacar. A chegada do cliente na sala, a transferência para a mesa cirúrgica, o período em que o cliente está consciente, nesses momentos seria de extrema importância a presença do enfermeiro. Estando o cliente anestesiado o enfermeiro acompanha e participa do seu posicionamento, colocação da placa dispersiva do bisturi elétrico, devendo ainda acompanhar pelo menos parte da paramentação da equipe. No caso específico da cirurgia de nefrectomia para fins de doação, o enfermeiro acompanha o momento da perfusão do rim retirado e sua transferência para a sala do doador.

c) O enfermeiro pode ocupar a função de protetor dos direitos do cliente a ser operado?

R.: Sim. Garantindo os insumos necessários à consecução do ato anestésico cirúrgico, evitando e reduzindo os atrasos, proporcionando ambiente silencioso e acolhedor. Tratar o cliente pelo nome, olhar nos seus olhos quando falar, respeitar sua privacidade são algumas das formas éticas e humanizadas de se cuidar.

d)É possível avaliar a assistência prestada na fase intra-operatória?

R.: Sim, é possível. A visita pós-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico permitirá avaliar as ações executadas pelos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico. Perguntar ao cliente como foi para ele ser operado, o que o incomodou, parece ser o caminho mais fácil e verdadeiro. Dados físicos também devem ser levantados: lesões provocadas pelo posicionamento incorreto, queimaduras de bisturi elétrico, a possibilidade de infecção da ferida cirúrgica são alguns dos parâmetros que podem permitir a avaliação da assistência prestada. O relacionamento próximo com as equipes de enfermagem da unidade de internação e ambulatório favorece uma avaliação ampliada.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e) Como pensar na figura do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem das salas de cirurgia?

R.: O trabalho do enfermeiro do centro cirúrgico deverá estar focado no cuidado ao ser humano que requer uma intervenção cirúrgica. Os princípios da assistência perioperatória de enfermagem deverão embasar suas ações. Sua equipe precisa ser ouvida e as reuniões periódicas anteciparão a ocorrência de problemas indesejáveis. O treinamento contínuo dos funcionários é imprescindível. A pesquisa na área da enfermagem em centro cirúrgico avança e os achados devem ser aproveitados na prática diária. A participação nas sociedades de especialistas favorece o crescimento de todas as equipes e o crescimento dos serviços como um todo.

ENFERMAGEM NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA DO CLIENTE

A fase de hospitalização para o cliente é marcada por experiências que envolvem exames, tratamentos, que dependendo do problema de saúde/doença, varia desde o mais simples ao mais complexo. Alguns desses tratamentos exigem intervenção cirúrgica. A enfermeira que atua em clínica cirúrgica interage com ele desde sua admissão no setor até a sua alta. Nesse processo, ela enfrenta um grande desafio, que é prepará-lo para o processo cirúrgico realizando os cuidados essenciais exigidos. Esses cuidados incluem desde orientações, do período mediato, no que diz respeito à alimentação, ingesta hídrica, supressão de fumo e bebidas, deambulação, movimentação ativa e passiva no leito, padrão de sono, higiene corporal, até aqueles do período pré-operatório imediato como: os sedativos, e os referentes a tricotomia, jejum, eliminações vesicais e intestinais, retirada de próteses e pertences, identificação, dentre outros.

Apreender a singularidade de uma pessoa exige da enfermeira sensibilidade, envolvimento, além de conhecimentos científicos. Além das orientações terapêuticas e as sobre rotinas e exames, ela também deverá incumbir-se de levantar e atender às necessidades emergentes de cada uma dessas pessoas, no processo de hospitalização. Nesta fase é freqüente o indivíduo apresentar sentimentos de medo, relacionado com uma fonte identificada e percebida como perigosa (NANDA, 1990). O medo é talvez um dos sentimentos que mais se faz presente nos clientes que irão submeter-se a um processo cirúrgico. Manifesta-se ele de várias formas verbais e não-verbais e se relaciona com o fator causal, ou seja, com a fonte dele geradora. O medo reflete uma necessidade de segurança e proteção, e se dá por vários motivos, a saber: interferência na realização de suas atividades, preocupação com a família, modificações em sua vida, mudanças no trabalho, preocupações financeiras e outras.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Anita E. Pedrosa estava enfrentando a primeira cirurgia de sua vida. Nas noites que a antecederam ela não conseguia se acalmar para tentar adormecer. Sabia que a cirurgia era necessária, pois estava com câncer de mama, mas não conseguia se aceitar ao imaginar-se com apenas uma mama. Além disso, preocupava-se com a reação do seu marido e os olhares das amigas e conhecidos. Entre as indagações que povoavam sua cabeça, as mais insistentes eram: e, se eu, tentando me livrar do câncer, não me acordar da anestesia? Quem vai cuidar das minhas filhas, com a atenção que tenho lhes dedicado nesta fase da adolescência? Como meu marido vai conseguir

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

educá-las sem a contribuição do alto salário que recebo no meu emprego? Entrando em agitação Anita pensava em desistir da cirurgia, adiando-a para quando suas filhas entrassem na fase adulta. Sua grande preocupação nesta noite insone era como transmitir sua decisão à equipe de saúde e a sua família.

QUESTÃO

Ao examinar esta cliente a fim de estabelecer um diagnóstico de enfermagem quanto ao processo cirúrgico que ela vai se submeter, a definição das características do medo podem estar relacionadas à:

A ( ) fato desconhecido (sucesso ou não da cirurgia);
B ( ) a anestesia como uma etapa perigosa;
C ( ) ameaça a alteração da auto-estima.

GABARITO FUNDAMENTADO

Todas as sentenças acima estão corretas, e a grande insegurança que a cliente experimenta poderia ser evitada através das intervenções de enfermagem que eliminam as fontes potenciais do medo. A cliente sabe que terá que passar por esta etapa, porém terá dúvidas com relação ao processo anestésico e cirúrgico em si; questiona se tudo ocorrerá bem sem nenhum problema intercorrente que venha a lhe causar algum dano, temporário ou permanente; real ou apenas fruto de sua imaginação. Quando as pessoas estão doentes, seus processos orgânicos básicos tornam-se fonte principal de preocupações. Elas ficam ansiosas e muitas querem saber tudo que se passa. Nesse ponto é de fundamental importância a orientação pois, de certa forma, ela é uma maneira de apoiá-la, fazendo com que o seu medo diminua. A segurança emocional do indivíduo, portanto, é uma resultante das diversas manobras de equilíbrio das demais necessidades com as quais se inter-relaciona (necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais). Mesmo sendo uma cirurgia plástica de pequena proporção; o ato em si é precedido de uma reação emocional; amena ou intensa.

Conforme se analisa na situação descrita, as necessidades de segurança e proteção são as relacionadas à segurança econômica, emocional, espiritual e pessoal. Tais necessidades irão levar o indivíduo a ter uma conduta de autodefesa, evitando possíveis perigos que venham a cercar e a buscar sua tranqüilidade pessoal, em direção a uma situação segura. Dessa forma é comum alteração no padrão de sono. Se Anita não conseguir dormir devido à ansiedade, o que poderá apresentar?

a) dificuldade em centralizar sua atenção nas orientações pré-operatórias;
b) desequilíbrio emocional oscilando entre choro, agressividade ou outros;
c) um quadro de anorexia.

GABARITO

É comum uma ou mais dessas situações se apresentarem no cliente o que exige a intervenção de enfermagem na redução da ansiedade, no apoio emocional, através de uma postura que englobe a valorização da linguagem verbal e não verbal. Desta forma será possível a apreensão das orientações necessárias, pois elas são particularmente importantes e necessárias para o enfrentamento e a segurança, durante o período pós-operatório.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA — A QUESTÃO DA DOR

Alterações significativas dos valores observáveis na urina podem estar associadas as doenças glomerulares, tais como: síndrome nefrítica, síndrome nefrótica e insuficiência renal. Os sintomas mais freqüentes das disfunções do aparelho urinário são: dor lombar, perturbações da micção e a alteração das características que pode ser confirmada pela avaliação dos elementos anormais de sedimentação. Das doenças do aparelho urinário, as que mais comumente apresentam dor lombar são: obstruções do sistema, pielonefrites aguda e crônica, abcessos renais e perirrenais, tumores renais, lacerações e hematomas do rim (traumatismo), infarto renal e trombose da veia renal. A cólica nefrética é a dor da obstrução intrínseca do sistema pielocalicinal.

QUESTÃO

Como se caracteriza a dor do cliente diante do distúrbio do aparelho urinário?

A ( ) de localização lombar geralmente unilateral;
B ( ) irradiada para o flanco, fossa ilíaca;
C ( ) irradiada para os testículos ou grandes lábios.

GABARITO

A dor geralmente se apresenta das formas descritas acima, podendo ainda ser irradiada para a face interna da coxa. As irradiações mais baixas correspondem à obstrução da parte inferior do ureter. A dor referida sobre a crista ilíaca tem origem na porção superior do ureter e a presente na face interna da coxa origina-se na porção média do ureter. A dor suprapúbica refere-se ao segmento inferior do ureter.

QUESTÃO

A intensidade da dor é variável, e muitas vezes intolerada pelo cliente. Como esse quadro álgico se manifesta?

A ( ) em caráter de cólica, com períodos de acalmia e exacerbação;
B ( ) sem relação com os movimentos da coluna;
C ( ) com postura antálgica, curvada para frente.

Além das opções descritas acima pode também acompanhar-se de distúrbios da micção, hematúria, íleo paralítico, vômitos e tenesmo retal. A posição antálgica irá direcionar o corpo normalmente para o lado cujas estruturas do aparelho urinário se encontram comprometidas.

DISTÚRBIOS DA MICÇÃO

Disúria é a micção difícil e desconfortável que pode vir acompanhada de dor. A dificuldade pode ser ao iniciar a micção, ao terminá-la ou durante todo o ato. Apresenta como causas: doenças da uretra posterior, doenças do colo vesical, transtornos psíquicos. Se a urina é turva pode estar associada a piúria intensa, grande fosfatúria em urina alcalina, quilúria, grande eliminação de uratos.

Polaciúria é o aumento de micções nas 24 horas, sendo eliminados pequenos volumes a cada micção. Normalmente, a capacidade vesical de eliminação no adulto é de 300 a 400 ml e o número de micções é de três a seis, nas 24 horas. Geralmente essa diminuição volumétrica da bexiga pode ser causada pela irritação da uretra

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

posterior ou do colo vesical e algumas vezes é acompanhada de disúria. No tenesmo vesical o cliente queixa-se de sensação de esvaziamento insuficiente da bexiga.

Nos distúrbios urinários outros desconfortos podem manifestar-se, tais como, poliúria, oligúria, anúria, hematúria etc. No primeiro há o aumento do volume urinário acima de 1.800 ml nas 24 horas. As causas mais comuns são: diabete insípido, uso de manitol, doença renal, lesão dos centros nervosos da sede, polidipsia compulsória psíquica. Na oligúria a diurese é menor que 400 ml nas 24 horas. Já a hematúria deve ser sempre confirmada pelo exame do sedimento urinário.

Quais as etapas do exame físico para que o enfermeiro levante os problemas do aparelho urinário?

a) inspeção;
b) palpação;
c) ausculta.

Em certos casos de doença policística, neoplasia e hidronefrose, o rim, muito aumentado de volume, pode ser percebido à inspeção como saliência abdominal ou abaulamento da região lombar. No abscesso perinefrético, pode-se encontrar abaulamento da região lombar correspondente, às vezes com sinais inflamatórios. Na cólica nefrética, pode haver posição antálgica, geralmente com inclinação para o lado afetado.

A palpação é um método bimanual realizado com o cliente em decúbito dorsal e musculatura abdominal relaxada. Uma das mãos do examinador na parte superior da região lombar, exercendo pressão de média intensidade, para cima. Palpar com a outra mão, no hipocôndrio e flanco, no prolongamento da linha hemiclavicular. A palpação é profunda.

No método de Guyon (rechaço renal) a palpação é semelhante à anterior. Os dedos da mão situada na região lombar devem executar pequenas e sucessivas impulsões no ângulo costovertebral. A mão situada no abdome tenta palpar o rechaço renal, já que o rim pode ser impulsionado o suficiente para ser percebido à palpação abdominal.

No método de Israel o cliente situa-se em decúbito lateral oposto ao lado onde se faz a palpação. Uma das mãos do examinador na região lombar e outra no abdome, tal como no método bimanual do item "a". Um rim móvel ou ectópico pode ser palpado no mesogástrio, flanco ou, mais comumente, numa das fossas ilíacas.

Na ausculta o principal achado é o sopro causado por estenose ou aneurisma da artéria renal ou da aorta abdominal, muitas vezes relacionado à etiologia da hipertensão arterial.

Na inspeção de bexiga a extrofia vesical é facilmente diagnosticada. Os grandes tumores podem fazer-se visíveis no hipogástrio. Da mesma maneira, a bexiga hiperdistendida na retenção urinária pode ser percebida no hipogástrio, estendendo-se, às vezes, até acima da cicatriz umbilical.

A avaliação do enfermeiro quanto às estruturas e fisiologia do aparelho urinário do cliente na fase pré-operatória é importante para determinar os padrões de funcionamento. Assim pode-se prognosticar quais os possíveis riscos potenciais impostos pelo trauma cirúrgico no organismo. Riscos que podem comprometer a filtração, a retenção, a eliminação ou simplesmente funcionarem como desencadeadores do quadro álgico. As disfunções anátomo-fisiológicas do aparelho urinário quando não determinadas previamente, podem ser intensificadas pelas ações deletérias dos agentes anestésicos ou pela técnica cirúrgica. Não preservar a integridade do aparelho resulta em diferentes alterações manifestadas pelo organismo tanto no intra como no pós-operatório.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Muitos dos problemas citados podem ser tratados com terapêutica medicamentosa, alimentação e ingesta adequada, controle clínico e laboratorial. Contudo em algumas situações, a gravidade do problema, determina a correção cirúrgica do aparelho urinário. Exemplos são as cirurgias corretivas do canal uretral (hipospádia), a prostatectomia, implantação de catéteres rígidos peritoneais (para diálise), pielotomias.

ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO

Supervisionando graduandos de enfermagem no centro cirúrgico, percebe-se a importância de se estabelecer prioridades no atendimento da clientela desse setor. Num hospital universitário de grande porte, geralmente, a média diária oscila em torno de sessenta e cinco cirurgias. Dentro desse contexto diverso e complexo, de cerca de vinte diferentes especialidades cirúrgicas, o quantitativo de enfermeiros determina a qualidade da assistência prestada aos clientes no processo cirúrgico. O mapa operatório é configurado eminentemente por cirurgias eletivas que se configuram conforme classificação disposta a seguir. Geralmente estão programadas vinte cirurgias para o primeiro horário, e cabe às ações da enfermeira atuante em recepção pré-operatória identificar o preparo pré-operatório e levantar singularmente as necessidades afetadas em cada pessoa. Esta intervenção de enfermagem é fundamental para uma melhor assistência ao cliente em sua experiência cirúrgica.

QUESTÃO

Como se classificam as cirurgias quanto à gravidade, segundo Alexander (1997)?

A ( ) A *Grande Cirurgia* compreende uma extensa reconstrução ou alteração nas partes corporais; apresenta grandes riscos para o bem-estar. Alguns exemplos disso são o desvio da artéria coronária, a ressecção de cólon, a remoção de laringe e a ressecção de lobo pulmonar.

B ( ) A *Pequena Cirurgia* compreende alteração mínima nas partes corporais; geralmente orientada para corrigir deformidades; compreende riscos mínimos comparados com os grandes procedimentos. Alguns exemplos disso são: a extração de catarata, a cirurgia plástica facial, o enxerto cutâneo e a extração dentária.

C ( ) Quanto à urgência, temos a *cirurgia eletiva*, que é realizada com base na opção do cliente, Ela não é essencial para garantir a manutenção da vida, embora necessária para a restauração da plenitude orgânica. Alguns exemplos disso são a cirurgia plástica facial, o reparo de hérnia e a reconstrução mamária.

D ( ) Já a *cirurgia urgente* é necessária para a recuperação da saúde do cliente. Ela pode prevenir o desenvolvimento de problemas adicionais, como o comprometimento da função orgânica; que não se impõe necessariamente como de emergência. Alguns exemplos são a excisão de tumor canceroso, a remoção da vesícula com cálculos, ou o reparo vascular de artéria obstruída, como se dá com o desvio da artéria coronária.

E ( ) Para salvar a vida ou restaurar a função da parte corporal, a *cirurgia de emergência* deve ser realizada imediatamente. Alguns exemplos são o reparo do apêndice perfurado, bem como o de amputação traumática, ou o controle de hemorragia interna.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUAL O OBJETIVO DAS CIRURGIAS?

A) Diagnóstico;
B) ablativo;
C) paliativo;
D) reconstrutivo;
E) de transplante;
F) construtivo.

O tipo d*iagnóstico* é a exploração cirúrgica que ajuda o médico a confirmar o diagnóstico; pode compreender a remoção do tecido para o futuro exame diagnóstico. Alguns exemplos são: laparotomia exploratória (incisão dentro da cavidade peritoneal para inspecionar órgãos abdominais), biópsia de massa mamária.

O tipo a*blativo* é a excisão ou remoção da parte corporal doente. Alguns exemplos são a amputação, a remoção do apêndice e a colecistectomia.

O tipo p*aliativo* alivia ou reduz a intensidade dos sintomas da doença; mas não produz cura. Alguns exemplos são a colostomia e o desbridamento de tecido necrótico.

O tipo *reconstrutivo* restaura a função ou aparência dos tecidos traumatizados ou mal funcionantes. Alguns exemplos são a fixação interna de fraturas e a revisão de cicatriz.

O tipo *transplante* é realizado para substituir órgãos ou estruturas mal funcionantes. Alguns exemplos são o transplante de rim, da córnea ou do fígado; ou a reposição total do quadril.

Por último, o tipo c*onstrutivo* restaura a função perdida ou reduzida como resultado de anormalidades congênitas. Alguns exemplos são o reparo do palato fendido e o fechamento de eventuais aberturas no septo atrial do coração.

Lembramos a variedade de referenciais teóricos na enfermagem e que enfocam cuidados no pré, no intra e no pós-operatório. Sabemos que, para uma boa decisão operatória, quanto mais estabilizado hemodinamicamente o cliente estiver no pré-operatório, melhor será o êxito da cirurgia e mais rápida será sua recuperação. Sabemos que é no período que antecede a cirurgia que as medidas de controle devem ser iniciadas. Sendo o enfermeiro, um profissional importante na equipe cirúrgica, ele tem condições plenas de proporcionar, a satisfação, parcial ou total das necessidades do cliente no transoperatório. Na nossa experiência profissional, junto aos graduandos de enfermagem, constatamos que os diagnósticos de enfermagem propostos ao cliente no ambiente cirúrgico facilitam a compreensão dos problemas neles levantados.

A identificação dos problemas referentes às necessidades humanas básicas do cliente envolve características inerentes ao cliente e ao enfermeiro, pois ele irá depender de uma assistência voltada para a satisfação de suas necessidades. E ao enfermeiro, porque ele deverá ter uma percepção ampla e cientificamente fundamentada acerca dos sinais e sintomas expressados pela pessoa, em seu pré, intra e pós-operatório imediato.

LINGUAGEM DIAGNÓSTICA DE ENFERMAGEM NA RECEPÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA (RPO)[1]

Discutiremos a partir dessa concepção questões para elucidar quais conhecimentos de enfermagem permitem uma boa assistência para os clientes inseridos no Centro Cirúrgico. A RPO é a segunda parte do processo perioperatório. É importante que o(a) enfermeiro(a) identifique os problemas dos clientes para um atendimento de qualidade, desenvolvendo também seu próprio lado crítico, a fim de direcionar

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

melhor sua atuação. É a partir desta identificação que são construídos os diagnósticos de enfermagem. Cabe à enfermagem, através das suas intervenções, corrigir, alterar ou manter estes diagnósticos.

SITUAÇÃO

Na recepção pré-operatória, o(a) enfermeiro(a), vendo o indivíduo como um todo (física, psicológica e comportamentalmente), poderá identificar e atender os diagnósticos de enfermagem, inclusive, aqueles levantados na fase pré-operatória. A ansiedade definida como estado em que o indivíduo/grupo apresenta sentimentos de apreensão e ativação do Sistema Nervoso Autônomo em resposta a uma ameaça vaga e inespecífica, pode nesta fase estar relacionada com déficit de conhecimento sobre a cirurgia iminente; ameaça de perda da parte corporal; medo da morte ou de morrer.

QUESTÃO

Que sinais e sintomas comuns são apresentados pelos clientes em RPO?

A ( ) pressão sangüínea elevada, apreensão, tremores na voz;
B ( ) rubor ou palidez, choro, incapacidade de concentração;
C ( ) micção freqüente, irritabilidade, confusão.

Cada cliente se comporta de uma forma diferente na RPO, podendo apresentar todas as proposições descritas nas sentenças, ou seja, temos contempladas as respostas comportamentais de origem fisiológica, emocional e cognitiva, respectivamente. Cabe ao enfermeiro nessas situações investigar e registrar aspectos objetivos e subjetivos. Valorizar a verificação de sinais vitais e velocidade de enchimento capilar periférico e fornecer meios para eliminações anotando volume e características avaliadas. Deve registrar o nível de ansiedade, se leve, moderado, severo ou pânico; e proporcionar ao cliente tranqüilidade e conforto. Observar, atender e registrar as manifestações não-verbais, como choro, gemido, posturas, movimentos, odores, dentre outros.

QUESTÃO

A avaliação de enfermagem quanto às dificuldades de concentração e fala apresentadas pelo indivíduo podem ser resultantes dos efeitos pré-anestésicos, ou mesmo determinadas pela emoção e permanecer com a pessoa. Falar devagar e calmamente, usando sentenças curtas e simples, demonstra postura adequada para atendê-las na sua totalidade. A comunicação na maioria das vezes está prejudicada e é definida como estado em que o indivíduo apresenta, ou está em alto risco para apresentar capacidade diminuída de enviar ou receber mensagens, transmitir pensamentos, idéias ou desejos. Nesta fase, o que pode dificultar a comunicação do cliente?

A ( ) falta de privacidade;
B ( ) capacidade prejudicada de produzir a fala;
C ( ) medo.

Opções certas, pois o cliente encontra-se, sem prótese dentária, freqüentemente introspectivo, respondendo baixo às perguntas em monossílabos. Cabe ao enfermeiro minimizar os sons desnecessários no ambiente cirúrgico, que agem coercitivamente sobre as emoções da pessoa. Devemos abordá-lo:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a) Verbalmente demonstrando interesse e esforço concentrado para compreender quando ele estiver falando.
b) Falar distinta e claramente, encarando a pessoa e usando as comunicações:
   — proxêmica (aproximação),
   — tacésica (afetiva),
   — e cinésica (principalmente dos movimentos faciais) positivamente para incentivar a interação.

QUESTÃO

É comum o indivíduo manifestar através de posturas e expressões e relatar verbalmente dor, desconforto severo ou sensação desconfortável. Geralmente estão relacionados com: traumatismos do tecido (fraturas, acidentes, queimaduras); espasmos musculares; ou imobilidade ou posicionamento impróprio. Quais são as manifestações mais comuns de dor e desconforto do cliente nessa fase?

A ( ) agitação, feições contraídas;
B ( ) ansiedade, retração ao ser tocado;
C ( ) inatividade, olhos completamente abertos.

A comunicação não-verbal do cliente é poderosa e predominante na transmissão de informações. A decodificação das expressões, gestos e posturas relacionadas à dor têm permitido a enfermeira identificar as três proposições descritas. Quais são as intervenções de enfermagem neste caso?

a) avaliar, registrar o nível, freqüência e local da dor;
b) manipular cuidadosamente; proporcionar conforto;
c) agilizar o encaminhamento do cliente para a sala de operação, para início da indução anestésica.

QUESTÃO

A mobilidade física prejudicada do cliente pode estar determinada também pelas limitações dos movimentos físicos, mas que não o deixam totalmente imóvel. Pode estar relacionada com: paralisia parcial, equipamentos externos (talas, aparelhos) e fraqueza. Muitas vezes é necessário não só os cuidados descritos acima, mas também restabelecer o alinhamento corporal na maca para prevenir complicações neuromusculares. O sentimento de medo comum nestes indivíduos pode relacionar-se com a dor, o ambiente e o ato cirúrgicos desconhecidos. Quais os comportamentos, sinais e sintomas mais comuns manifestados pelos clientes nesta fase?

A ( ) agressão, náuseas/vômitos;
B ( ) tremores, urgências urinárias;
C ( ) hipervigilância, palidez.

Na fase de recepção pré-operatória comumente o cliente apresenta hipervigilância sobre tudo e todos. Os olhos funcionam como uma lente *zoom* controlando o que se passa a sua volta. Já a palidez pode estar relacionada às alterações fisiológicas prévias, determinantes dos agravos de saúde e dos efeitos pré-anestésicos. Essas manifestações são normalmente atendidas através de:

a) aproximação, conversação, aquecimento;
b) apoio ao cliente até o encaminhamento para a sala de operação.

SITUAÇÃO/QUESTÃO

A nutrição alterada pode estar determinada pelas alterações orgânicas impostas pela doença, pela anorexia nervosa na fase pré-operatória, ou pelo estado imposto

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pela anestesia e cirurgia em que o indivíduo não ingere nutrientes em função do jejum necessário. Cabe ao enfermeiro avaliar se o cliente está em jejum e na iminência de ingesta líquida ou sólida, comunicar à equipe de anestesia. O potencial de alteração nos padrões de eliminação urinária do cliente pode determinar disfunção de retenção ou incontinência. Na primeira o indivíduo apresenta incapacidade crônica para urinar, seguida de micção involuntária (incontinência com fluxo constante). Na segunda o indivíduo apresenta perda involuntária de urina, associada a um forte desejo de urinar.

A alteração no padrão de eliminação pode estar relacionada com: tensão, diminuição do tono muscular ou incapacidade de comunicar às necessidades. Quais as intervenções de enfermagem necessárias na RPO para atender às necessidades de eliminação do cliente?

a) inspecionar a presença de fralda e relacioná-la ao problema;
b) oferecer meios, se o cliente deseja urinar;
c) registrar volume e características da diurese.

Nos horários programados para cirurgias, geralmente os clientes permanecem além da hora aguardando na RPO até a hora de serem encaminhados para a sala de operação (SO). Entre estes incluem-se crianças e pessoas idosas que são encaminhadas de fralda devido à incontinência urinária. O esvaziamento da bexiga antes da cirurgia é um cuidado avaliado pelo enfermeiro, principalmente daqueles clientes que não têm indicação de sondagem vesical. Ele deve levantar, junto com aqueles que aguardam o encaminhamento para a SO, a necessidade de eliminação, mantendo sua privacidade e registrando o volume e a característica da diurese desprezada.

Esse registro na fase pré-operatória é de grande relevância para prescrever sobre a condição renal e indica uma boa perfusão nos órgãos. Essa função garantida no pré deve ser preservada após indução anestésica.

QUESTÃO

A deficiência de conhecimento cognitivo ou de habilidade psicomotora quanto às condições e ao plano de tratamento cirúrgico é prejudicial ao cliente, pois provoca alterações psicológicas como ansiedade e depressão visíveis nas suas expressões não-verbais e verbais. O que tem prioridade nessa situação?

A ( ) orientar o cliente sobre a cirurgia;
B ( ) usar frases curtas e simples;
C ( ) estar junto do cliente, para tranqüilizá-lo.

As sentenças b e c são as ações prioritárias, pois nessa etapa o cliente não tem condições de assimilar muitas informações. É importante explicar suas dúvidas de forma mais simplificada possível.

QUESTÃO

Existe uma preocupação muito grande com a imagem corporal. O cliente apresenta uma perturbação na maneira como percebe a sua imagem corporal. Está relacionada com: mudança na aparência ou pela ausência da prótese dentária, ou pela ameaça de perda de parte do corpo, ou por trauma severo, ou pela alteração de mobilidade. Sinais e sintomas mais comuns são: não olhar ou não tocar parte do corpo; esconder ou expor demasiadamente parte do corpo e preocupação com a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mudança ou perda. É comum o cliente cobrir o rosto com lençol, tapar a boca com a mão ou antebraço durante a recepção. Que condutas devem ser adotadas pela enfermeira nessa primeira fase transoperatória?

A ( ) encorajar a pessoa a expressar os sentimentos;
B ( ) manter disposição a responder às perguntas sobre a cirurgia;
C ( ) demonstrar interesse e respeito durante a interação.

SOLUÇÃO

É comum ao cliente o sentir-se desfigurado sem sua prótese dentária. As alterações são visíveis pela dicção prejudicada. Muitos se envergonham também pela halitose determinada pelo jejum prolongado. Algumas patologias definem odores característicos, bem como a má higienização e as condições precárias de saúde bucal. Demonstrar respeito permite que a pessoa corrija uma concepção errônea sobre si mesma, sobre o cuidado recebido e sobre aqueles que lhe prestam cuidado. O conhecimento sobre essas condições deve permitir-lhe uma vigilância constante sobre suas reações não-verbais, dispondo assim do cuidado já descrito nas sentenças.

QUESTÃO

Existem danos reais ou potenciais à integridade da pele. O indivíduo se encontra em risco de sentir uma alteração ou ruptura da pele, provocada por fatores mecânicos (pressão, contenção) ou pela imobilização física. Antes de se submeter a uma cirurgia, como o cliente será avaliado quanto às condições de sua pele?

A ( ) encontra-se em bom estado geral;
B ( ) se está bem nutrida e hidratada;
C ( ) se já existem escoriações que poderiam permitir a penetração dos tecidos mais profundos pelos germes patogênicos;
D ( ) se existem sinais de infecção para o local da cirurgia;
E ( ) e se o cliente tem condições predisponentes para infecção, como diabetes, obesidade e imunossupressão. Dermatoses e dermatites generalizadas são indicativos para suspensão de cirurgias pelo risco potencial de sepse.

APRENDIZAGEM — PRIMEIRA SITUAÇÃO

Para uma atuação sistematizada da enfermeira de ECI

Em 04/07/03 Julio L. Menezes, de 65 anos, 99kg, no 2º dia de pós-operatório de ressecção de tumor de pâncreas deu entrada na RPO. Encaminhado da Enfermaria de Cuidados Intensivos (ECI) para submeter-se a uma cirurgia de emergência apresentava: olhos semi-abertos, hipocorado, respiração ruidosa, sudorese, tomando frasco de soro fisiológico, KCl, NaCl e plasma em circuito de infusão na subclávia direita, coletor de dreno tubular em incisão cirúrgica e sonda vesical de demora.

Quais as intervenções da enfermeiro da ECI para encaminhá-lo para o centro cirúrgico?

a) Conferir nível de consciência.
b) Verificar as condições dos sinais vitais.
c) Verficar as alterações hemodinâmicas.
d) Garantir posição de segurança no leito.
e) Garantir a permeabilidade de vias aéreas.
f) Registrar o resultado de sua avaliação.
g) Avaliar os sistemas de eliminação por dreno e sonda.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GABARITO

Sinais e sintomas como sudorese, tonturas, náuseas, dispnéia, fadiga são produzidos por débito cardíaco baixo. O enfermeiro deve observar freqüência respiratória e anotar queixas de falta de ar, atentando para os tipos de dispnéia e administrar oxigênio por cateter nasal (se não houver contra-indicação).

Baixas saturações de oxigênio (menores que 80%) são necessárias para o aparecimento de cianose, portanto, este sinal clínico só surge em situações de hipoxemia grave. Informações úteis são obtidas na observação cuidadosa do padrão respiratório.

Aumento do trabalho respiratório é evidente durante o uso da musculatura acessória. A detecção de incoordenação entre a movimentação do tórax e do abdome também reflete o aumento do esforço respiratório e pode ser um sinal precoce de fadiga muscular. QUE OUTROS CUIDADOS SÃO INDICADOS para o Sr. Julio?

- Retirar próteses e pertences. Aquecê-lo com cobertor e manter permeabilidade do plasma. Providenciar acesso periférico para infusão de glicose. Todas as infusões devem permanecer elevadas em suporte com velocidade de infusão adequada.
- Lembrar que o transporte de oxigênio é altamente dependente da taxa de hemoglobina. Os clientes idosos, em particular, toleram muito pouco a hipoxemia. A hipoxia tecidual causa lassidão e fadiga, muitas vezes seguida por excitabilidade e, quando grave, coma e morte.
- As condições do curativo e dreno cirúrgico deverão ser descritas quanto a sangramentos, e quanto a existência, local, freqüência e intensidade de sinais e sintomas associados ou que precedem a dor. Além de monitorizar o débito urinário.
- A hemorragia na incisão cirúrgica implica um elevado grau de instabilidade circulatória gerando arritmias. O controle de perfusão periférica e coloração de mucosas investiga presença de cianose periférica, indicativa de redução na quantidade de oxiemoglobina nos capilares.
- Alteração no volume de sangue circulante pode modificar a ação de bombeamento do coração. A redução do débito cardíaco diminui a pressão arterial alterando a perfusão sangüínea do cérebro, coração, rins, trato gastrointestinal, músculo e pele.
- Conferir o prontuário pelo nome do cliente, anexando junto a ele todos os exames realizados. Conferir pulseira de identificação no cliente. Não se deve deixar de registrar jejum, se é alérgico a algum medicamento ou substância, medicações em uso e se fez uso de pré-anestésico.

Menciona-se que apesar de o Sr. Julio já ter realizado cirurgia no dia anterior, essa se caracteriza como de emergência por complicações pós-operatórias. Então a enfermeira **nunca** deve deixar de sistematizar suas ações. Cabe-lhe agir como se fosse a primeira vez que o cliente está sendo transferido de uma enfermaria para um centro cirúrgico, concluindo de forma eficaz sua atuação na ECI.

Se o cliente apresenta condições interativas e manifesta necessidade de compreender o que se passa, o enfermeiro e sua equipe devem explicar-lhe as etapas que serão cumpridas, esclarecendo as dúvidas existentes. Se necessário, a explicação deve ser pouco detalhada, mas eficaz para diminuir a ansiedade, a angústia e o medo.

A enfermeira deve estar disponível e aumentando o contato para oferecer apoio e transmitir segurança ao cliente. Suas habilidades e competências permitirão encaminhá-lo para o centro cirúrgico mais confiante. Reduzir a angústia manifestada pelo cliente, pelo agravamento do seu quadro clínico, é um desafio para o enfermeiro.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO B: Quais os cuidados a serem prestados pelo enfermeiro atuante na (RPO) do Sr. Julio?

Por ser uma situação crítica de cirurgia de emergência que exige atuação imediata, rápida, listaremos abaixo os cuidados prioritários na RPO desse cliente que serão realizados, preferencialmente, já na sala de cirurgia. Para que o organismo do Sr. Julio seja atendido nas suas necessidades de oxigênio, propõem-se três atividades básicas: ventilação eficaz, difusão de gases entre alvéolos e sangue e o transporte de gases. A oxigenoterapia é essencial para o tratamento da hipoxemia — deve ser administrada de forma a obter elevação gradativa da PO_2 para não levar à lesão pulmonar.

Considerando que a sala de operação está estruturada com todo material necessário à anestesia e às situações de emergência, a enfermeira deve avaliar em RPO o nível de consciência, padrão respiratório e conferir dados do prontuário com os dados do mapa cirúrgico. Já na sala de operação, realizar um exame físico no cliente, registrando no prontuário, nível de consciência, olhos semi-abertos, "respiração ruidosa", isto é, dispnéico; mucosa e pele hipocoradas; permeabilidade capilar, pressão arterial; local, tipo e permeabilidade das infusões, condições do curativo e dreno cirúrgico, sondagem vesical e débito urinário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, STC. Os sentidos corporais dos estudantes de enfermagem na percepção da comunicação não-verbal do cliente em RPO: Uma semiologia da expressão através da sociopoética. EEAN-UFRJ, Tese de Doutorado, 2000.
2. ARGYLE, M. The Psychology Of Interpersonal Behaviour. 3. ed. Penguin: Harmondsworth, 1978.
3. BELAND, IL; PASSOS, JY. Enfermagem Clínica: Aspectos Fisiopatológicos e Psicossociais. São Paulo: EPU/EDUSP, 1978.
4. CASTELLANOS, BEP; JOUCLAS, VMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. Rev. Esc. Enf. USP 24(3):359-370, 1990.
5. GONÇALVES, MC. Enfermagem e a Segurança Emocional do Paciente. Enfermagem em Novas Dimensões (São Paulo) 5(1):31-36, 1979.
6. SILVA, MAA; CESARETTI, IUR. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico centrada nas necessidades básicas. Rev Paul Enf 2(2):35-41, 1982.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 16

Intervenções de Enfermagem no Intra-operatório[2]

Silvia Teresa Carvalho Araujo
Deyse Conceição Santoro
Maria Cecilia Isidoro Pinto
Lilian Fellipe Duarte de Oliveira

AÇÕES NO INTRA-OPERATÓRIO

Na sala de operação o cliente encontra muitos profissionais de saúde, incluindo cirurgiões, auxiliares ou técnicos de enfermagem que atuam como circulantes, instrumentador cirúrgico, anestesistas, e eventualmente o enfermeiro. Todos exercem seu papel no cuidado e na recuperação do cliente. O enfermeiro deve se comunicar efetivamente com o sujeito do seu cuidado, com a equipe cirúrgica, os familiares, quando presente, acreditando que o sucesso do seu cuidar depende do bom relacionamento enfermeiro-clientes — equipe profissional. O enfermeiro avalia o bem-estar físico e emocional do cliente, identifica o grau de risco cirúrgico, dá suporte à realização dos exames diagnósticos, indica os diagnósticos de enfermagem que refletem as necessidades do cliente e propõe as devidas intervenções. Além disso, prepara o cliente física e mentalmente para a cirurgia, recebendo, apoiando e cuidando na sala de operação. Muitas vezes age como transmissor das informações importantes sobre o cliente para a equipe cirúrgica.

A atividade na sala de operação destina-se ao cliente que está sendo submetido a um procedimento cirúrgico para reparação, correção ou alívio de um problema físico. A atenção é focalizada sobre os aspectos psicológicos e sobre as reações fisiológicas do cliente. Como a cirurgia é geralmente um processo estressante, ele precisa da segurança de saber que alguém está lhe proporcionando proteção durante os procedimentos, desde o seu transporte da maca para a mesa cirúrgica até a indução anestésica, bem como o retorno ao seu vínculo de internação, após a recuperação da consciência no término da cirurgia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO

Na SO quais membros da equipe de saúde cuidam do cliente?
(1) o anestesista ou a enfermeira, que devem se envolver no posicionamento adequado do cliente na mesa de operação;
(2) o cirurgião e os assistentes, que instrumentam e realizam a cirurgia;
(3) a auxiliar ou técnica de enfermagem, que circula na sala de operação.

QUESTÃO

Segundo Du Gas (1984), durante a cirurgia, muitas vezes o indivíduo é mantido em determinada posição, durante prolongado período de tempo. A anestesia ocasiona paralisia dos músculos. Quando o cliente anestesiado é colocado em posição, seus músculos não conseguem opor-se ao estiramento observado em certas posições.

O diagnóstico de enfermagem potencial de risco para lesão justifica-se pelos riscos iminentes de lesão resultantes do posicionamento perioperatório. Este diagnóstico é definido pelo estado em que o indivíduo apresenta risco de dano resultante das exigências do posicionamento para cirurgia e da perda das respostas protetoras secundárias à anestesia. O diagnóstico é relacionado com o tempo de cirurgia, de 2 horas ou mais; e a exigência de posicionamentos cirúrgicos. Quais as intervenções de enfermagem para esta situação de sala de operação?

a) mover a pessoa da maca para a mesa cirúrgica de acordo com o protocolo;
b) acolchoar proeminências ósseas e espaços anatômicos;
c) posicionar corretamente e de forma segura a placa dispersiva do bisturi elétrico.

SOLUÇÃO

As sentenças estão corretas e devem iniciar após verificar o posicionamento cirúrgico com a equipe. Alguns clientes dependendo da cirurgia, a exemplo da laminectomia, necessitam ser anestesiados antes dessa transferência de maca para mesa cirúrgica. Nesses casos não devemos obedecer a palavra RÁPIDO e este trabalho deve ser o de uma equipe entrosada. Dessa forma, é mais fácil reduzir a vulnerabilidade do corpo do cliente à lesão (alinhar o pescoço e a coluna em todos os momentos, manipular delicadamente as articulações).

Para assegurar um cuidar livre de riscos durante o procedimento cirúrgico, a informação sobre o cliente, como alergias, padrões de ansiedade, dentre outros, deve ser partilhada entre o anestesista, enfermeira e o cirurgião. Lembre-se de que o uso do bisturi elétrico pelo cirurgião constitui um fator potencial para queimadura da pele. Qualquer intercorrência significativa de lesões ou que permita alterações hemodinâmicas inesperadas, tais como: hemorragias, achados inesperados, problemas hidroeletrolíticos, choque ou dificuldade respiratória devem ser documentadas e comunicadas à equipe de enfermagem da recuperação anestésica.

QUESTÃO

Segundo Du Gas (1984), durante a anestesia geral, o sistema nervoso central é deprimido e a musculatura está relaxada. O anestésico e a aplicação de uma via respiratória artificial são irritantes e causam um aumento da secreção mucosa da orofaringe. Contudo, existe uma deficiência de tonicidade muscular, para expelir o muco e quaisquer outros detritos aí armazenados. Quando sob a influência da anestesia geral, o cliente é:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a) incapaz de evitar que sua língua caia para trás e obstrua a via aérea,
b) capaz de respirar somente com a ajuda de máscara de oxigênio,
c) capaz de livrar-se do excesso de muco na garganta e nos pulmões

Resposta

Somente a letra a está correta, uma vez que o anestésico relaxa a musculatura e a queda da língua obstrui a passagem do ar pela laringe. Sua respiração só pode ser assistida pela colocação de uma via aérea artificial, até o término da cirurgia. Ao recuperar-se da anestesia, é necessário ter o cuidado de assegurar a limpeza da via aérea e ajudar o cliente a remover o excesso de muco da garganta e pulmões, através de aspirações freqüentes e/ou estímulos para cuspir.

As intervenções planejadas e o intercâmbio das informações entre a sala de operação e a recuperação anestésica, permitirão que o cuidar de enfermagem seja direcionado às necessidades do cliente durante todo o processo perioperatório. O diagnóstico de enfermagem para excesso de volume de líquidos é definido como o estado em que o cliente apresenta risco de sobrecarga intracelular ou intersticial de líquidos.

Questão

Nesta situação quais as intervenções prioritárias?
a) para o edema: monitorizar a proteção e a condição da pele;
b) investigar edema periférico ou estase venosa;
c) manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração sempre que possível (exceto se houver contra-indicação por insuficiência cardíaca).

Resposta

Todas as sentenças estão corretas porque estão relacionadas com: comprometimento dos mecanismos reguladores secundários à insuficiência renal, aguda ou crônico; aumento da pré-carga circulatória, diminuição da contratilidade e do débito cardíaco secundários. Conseqüência de infarto do miocárdio, doença vascular, insuficiência cardíaca congestiva; hipertensão portal, pressão osmótica coloidal do plasma baixa, e retenção de sódio secundária (ascite, doença hepática, cirrose, câncer); retorno venoso prejudicado secundário (trombos, doença vascular periférica, imobilidade, flebite crônica).

As funções de enfermagem na sala de operação são freqüentemente descritas nos termos das atividades de circulação e instrumentação, e são realizadas predominantemente por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Questão

Quais as atividades da instrumentadora?
a) controle do tempo em que o cliente está sob anestesia,
b) o preparo das mesas de instrumental estéril;
c) o preparo das suturas, ligaduras e equipamento especial.

Resposta

Ela ajuda o cirurgião e os assistentes durante o procedimento cirúrgico, antecipando o pedido dos instrumentos; gases, drenos e outros equipamentos. Quando a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

incisão cirúrgica está para ser fechada, os equipamentos e materiais devem ser conferidos para o auxiliar certificar-se de que todas as agulhas, gases, compressas e instrumentos foram contados. As sentenças b e c estão corretas. Ela pode até controlar o tempo em que o cliente está sob anestesia, mas essa função cabe ao anestesista.

A enfermeira gerencia o trabalho da equipe na SO e protege o cliente quanto as suas necessidades de saúde e segurança, supervisionando suas atividades e as condições dos recursos para o funcionamento destas. Suas responsabilidades incluem a garantia da higiene, a adequação da temperatura, da umidade, da luminosidade, e o funcionamento dos equipamentos, com segurança; e a disponibilidade dos suprimentos e materiais.

Situação/Questão

O cliente apresenta risco potencial aumentado para infecção, com risco de ser invadido por organismos patogênicos, através de procedimentos invasivos. Cabe à enfermeira monitorar as práticas asséptica para evitar falhas técnicas por ser o processo complexo e invasivo. Segundo Du Gas (1984), uma das necessidades mais importantes para todas as pessoas submetidas à cirurgia é a proteção contra a infecção. O corte da pele rompe a primeira linha de defesa do organismo e proporciona rápido acesso dos agentes infecciosos aos tecidos profundos. O cliente cirúrgico já está vulnerável aos processos mórbidos, em decorrência de seus recursos físicos serem debilitados pelo traumatismo da cirurgia, além do freqüente estresse provocado pela lesão ou pela enfermidade que acarretaram a necessidade de cirurgia. Manter as técnicas assépticas significa garantir a manutenção da vida, uma vez que o ser humano torna-se vulnerável e depende de uma equipe cirúrgica competente, a fim de assegurar a proteção à integridade da pele e mucosas contra a invasão de agentes patogênicos. A infecção é uma reação local devida à contaminação, disseminando-se de forma sistêmica. Quais as principais causas dessa disseminação?

a) a não utilização de técnicas assépticas de modo correto;
b) a utilização de laringoscópio sujo de sangue;
c) a degermação e paramentação incorreta.

Resposta

As opções estão corretas porque são os meios de transmissão de microrganismos que entram em contato direto com soluções de continuidade do cliente, ou através de mucosas internas. A equipe de enfermagem deve atentar para esta questão, pois é responsável direta pelo cuidar dele,vinte e quatro horas por dia, tomando medidas que visem à sua proteção e à segurança. As principais invasões referem-se a: lesão cirúrgica; punções venosas; introdução de catéteres e tubos em mucosas internas.

A enfermeira também é responsável pelo preparo de bandeja e pela realização do cateterismo vesical de demora. Do mesmo modo, ela igualmente deve preocupar-se com o acondicionamento, encaminhamento e protocolo das peças removidas para citologia, histologia, patologia. Na biópsia renal, por exemplo, ela deve guardar o fragmento renal em frasco contendo substância fixadora (formol a 10%) e protocolar e enviar ao laboratório. A amostra deve conter, pelo menos, cinco glomérulos. Cabe à enfermeira também manter os aspectos éticos e legais referentes aos fragmentos e peças para bacteriologia, histologia ou patologia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A APRENDIZAGEM

O indivíduo que vivencia uma experiência cirúrgica deve estar em dieta "Zero", devido aos riscos com a anestesia geral. Lembrar que, principalmente durante as cirurgias de médio e grande porte, a perda sangüínea é grande. Secundariamente ele poderá já estar com o apetite diminuído devido à ansiedade na fase pré-operatória. Informar esta exigência torna-se mais preocupante se o cliente tiver diabetes. Nesse caso a falta de alimento ou jejum prolongado no pós-operatório requer uma atenção redobrada por parte da equipe que o acompanha. Pelo fato de haver supressão da medicação no dia da cirurgia, cabe ao enfermeiro do centro cirúrgico atentar para o último resultado de glicemia feita no setor de origem.

SITUAÇÃO/QUESTÃO

Em 04/07/03, Juarez B.Mattos, de 50 anos, tabagista, 1,65m, 56kg, submeteu-se a cirurgia de amputação do membro inferior direito (MID), na SO- 9, do HUCFF, com início às 8h. Apresentava *diabetes mellitus* tipo II, hipertensão arterial e elevado grau de malapate, após 4 horas de cirurgia encontrava-se semiconsciente, SG 10% em circuito de perfusão com jelco em veia periférica dorso da mão e sonda vesical de demora. Neste caso, que informações são imprescindíveis e devem constar da evolução intra-operatória de Juarez?

Deste caso clínico destacamos os problemas: tabagismo, *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão e elevado grau de malapate. Idade acarretando variações biológicas que podem interferir no processo de anestesia. As variações biológicas incluem às cardiovasculares e as pulmonares; o coração e os vasos sangüíneos têm uma capacidade diminuída e limitada reserva cardíaca, isto torna este cliente vulnerável às alterações no volume circulante e dos níveis de oxigênio sangüíneo. Quando correlacionamos tais aspectos com as doenças preexistentes, a anestesia se torna ainda mais perigosa. O organismo de Juarez, principalmente seu coração, está "acostumado" a um ritmo crítico imposto pelas dificuldades de circulação gerada pela hipertensão.

O grau de malapate dificulta a entubação, requerendo maior habilidade do anestesista, para garantir o suprimento de oxigênio e minimizar riscos de lesão no momento da intubação. Quando a anestesia é administrada, impõe-se um estado de queda súbita ou prolongada na pressão arterial, que pode levar a uma isquemia cerebral, trombose, infarto e embolia. O longo período de estase venosa durante a cirurgia (4 horas), também pode propiciar trombose, devido a circulação deficitária acarretada pelas conseqüências da hipertensão e diabetes. Em relação a diabetes, devemos analisar os valores de glicemia, pré e intra-operatória, pelo fato de o cliente estar em jejum para a cirurgia. Da mesma forma, deve-se minimizar no ambiente os possíveis agentes causadores de estresse fisiológico, pois esses fatores somados aos desencadeados pela cirurgia podem causar elevação no nível de hormônios como adrenalina, noradrenalina e glucagon. E como sabemos, a elevação de glicemia resulta em diurese osmótica acarretando perda excessiva de líquidos e eletrólitos.

O risco potencial de infecção no local da cirurgia, será entendido pelas complicações impostas pela diabetes. Geralmente a doença vascular periférica e má circulação dos membros inferiores interferem no processo de cicatrização das lesões. Destaca-se que o imunocomprometimento do cliente é caracterizado pelo aumento de glicemia, que compromete a capacidade dos leucócitos especializados em destruir as bactérias.

Com a administração do anestésico ocorre depressão respiratória, devendo-se considerar o fato de o cliente ser tabagista. O tabaco leva o organismo a deficiências no

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

transporte de oxigênio e trocas gasosas, sendo responsável pela hipóxia. O monóxido de carbono se adere aos glóbulos vermelhos reduzindo a capacidade de carrear oxigênio que, para compensá-la, exige que o coração faça esforço maior para bombear o sangue.

A cianose se deve à presença de excesso de hemoglobina reduzida, visível nos pequenos vasos cutâneos e mucosas. Hipóxia significa que há oxigênio insuficiente disponível para as necessidades metabólicas normais dos tecidos. O termo hipoxemia é usado quando a pressão parcial de oxigênio sangüíneo se acha diminuída. Se essa redução for suficientemente intensa aparece cianose. É valioso descrever a cianose como central ou periférica, pois mecanismos diferentes podem ser responsáveis por esses dois aspectos:

A — A cianose central é a coloração azulada dos lábios, da língua e das conjuntivas. Deve-se à insaturação de hemoglobina arterial.

B — A cianose periférica é a coloração azulada das mãos ou dos pés e dos leitos ungueais, e aparece quando há cerca de 5 g por 100 ml de sangue de hemoglobina não oxigenada. Esta quantidade existe quando a saturação de hemoglobina com oxigênio é de 65% ou menos num indivíduo que não está anêmico. Na suspeita de hipóxia, o diagnóstico requer confirmação através de uma gasometria arterial.

O aquecimento durante o processo cirúrgico se torna importante visto que a alteração da temperatura corporal, pulso rápido e fraco, e queda da pressão arterial podem indicar sinais de hemorragia ou choque.

As drogas vasodilatadoras atuam: aumentando o fluxo sangüíneo tecidual; reduzindo a pressão venosa central. O efeito final é uma redução da pré-carga (redução da pressão de enchimento) e da pós-carga (Rang e Dale, 1993).

Já as drogas vasoconstritoras exercem um potente efeito de constrição dos vasos que irrigam pele e mucosas e outros leitos vasculares esplênico, hepático e renal, com efeito relativamente pequeno sobre as circulações cerebral e coronariana. A pressão arterial aumenta discretamente, mas os principais efeitos ocorrem sobre a circulação renal e o débito cardíaco (Rang e Dale, 1993).

Cabe à enfermeira também manter os aspectos éticos e legais referentes ao segmento amputado e ao corpo, após o eventual óbito.

APRENDIZAGEM B

Situação

As condições de um cliente após um procedimento cirúrgico de emergência dependem do tipo e da gravidade da lesão. A assistência constante de enfermagem no pós-operatório exige avaliação dos sinais vitais e padrões hemodinâmicos. Neste período a enfermeira planeja seu cuidar estabelecendo prioridades baseadas nas informações do intra-operatório. Quais informações devem constar no relato do prontuário do cliente sobre sua estada na SO?

a) Tipo de anestesia e cirurgia realizada;
b) Condições da pele no local da placa dispersiva;
c) Intercorrências durante a cirurgia.

Além dessas sentenças estarem corretas, quais dados são importantes para completar a avaliação do cliente ao final da cirurgia?

a) Presença de drenos, sondas e venóclises;
b) Estado geral ao deixar a sala de cirurgia;
c) Recomendações especiais sobre o pós-operatório;
d) A observação do nível de consciência e permeabilidade de vias aéreas; expansão torácica; coloração da pele; local de posicionamento de placa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de bisturi elétrico e das extremidades auxilia o enfermeiro a levantar os sinais, sintomas e as condições gerais do cliente, para o planejamento de sua assistência.

Segundo Du Gas (1984), durante a anestesia geral, o sistema nervoso central é deprimido e a musculatura está relaxada. Após a cirurgia, a movimentação está geralmente restrita e as secreções e outros detritos tendem a armazenar-se no trato respiratório.

O controle dos sinais vitais de cinco em cinco minutos nessa fase é importantíssimo porque é comum a presença de hipotermia, de cianose de extremidade ou de região perilabial, sugerindo-se como cuidados:

a) aquecimento,
b) aspiração de orofaringe,
c) lateralização de cabeça,
d) e oxigenoterapia.

Destacamos a necessidade de avaliar outros sinais, tais como:

a) síncope, choque,
b) diferença na palpação dos pulsos arteriais,
c) e até mesmo paralisia transitória dos membros inferiores.

Via de regra a anemia pode produzir dispnéia, e a dispnéia psicogênica também pode ter início rápido. Em geral o cliente pode queixar-se de não ser capaz de respirar satisfatoriamente ou de ter sensação de estar sufocado.

A inspeção dinâmica da freqüência respiratória quanto à presença de taquipnéia e bradipnéia deve considerar os parâmetros normais que variam de acordo com a idade: recém-nascido (40-45 resp/min), lactentes (25-35 resp/min), pré-escolares (20-35 resp/min), escolares (18-22 resp/min) e adultos (16-20 resp/min).

Alteração na expansividade torácica pode ser determinada por diminuição bilateral ou unilateral, e as principais causas respectivamente são: enfisema pulmonar, afecções dolorosas da pleura e peritônio, politraumatismo, coma, diminuição de força muscular, intoxicações medicamentosas com depressão do centro respiratório ou por atelectasias, derrame pleural, pneumonia, fibrose pulmonar, fratura de costela.

Os problemas mais comuns relacionados com a ventilação são: obstrução, atelectasias e problemas físicos. Já os problemas de difusão dos gases entre os alvéolos e o sangue são ocasionados por: hipoxemia (enfizema) à hipercapnia, consolidação pulmonar, hiperoxia (excesso de oxigênio no ar inspirado)e níveis elevados de CO_2 no ar inspirado.

Os problemas relacionados com o transporte de gases são determinados por: insuficiência do bombeamento de sangue, problemas vasculares, formação do volume de sangue anormais à hipóxia anêmica (perda de sangue, anemia falciforme, leucemia, doença de Hodgkin, lesão de medula óssea, radiação).

Os problemas relacionados com regulação do suprimento de oxigênio são aqueles afetados por: sistemas de controle neurológico e químico dos sistemas cardiovascular e respiratório (traumatismo ou lesão do bulbo), sistema de condução do coração e traumatismos ou doença na medula (atingem os músculos da respiração) e hipertensão.

Na pressão intracraniana elevada, instabilidade torácica, pós-operatório de grande cirurgia está indicado observar as formas de ventilação: PEEP — aumento do volume residual; CPAP — diminuição do trabalho respiratório no aumento de volume residual; VMI sincronizada — respirações estipuladas de acordo com o esforço respiratório espontâneo; assistida — ventila após perceber o esforço espontâneo e a controlada — ventila independentemente do esforço espontâneo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO

Quais são os cuidados de enfermagem nessa situação?

a) verificação dos gases sangüíneos;
b) monitorização cardíaca;
c) aspiração de secreções.

RESPOSTA

As sentenças estão corretas e além destas devemos observar a umidificação do ar, o posicionamento do cliente e a monitorização do quadro hemodinâmico.

A presença de sondas, drenos, volume e características dos líquidos drenados, bem como o volume e o tipo de infusão administrada, permitem ao enfermeiro avaliar como o organismo do cliente responde ao trauma cirúrgico e aos efeitos anestésicos. É a partir dessa avaliação que caracterizamos seu balanço hídrico.

Para ser submetido a uma cirurgia, na maioria dos casos o cliente necessita de "dieta zero" no pré-operatório. Na cirurgia de emergência nem sempre esse preparo é possível. Durante o processo cirúrgico haverá perda de nutrientes e eletrólitos, através do sangue. Portanto no pós-operatório imediato este cliente necessitará de:

a) reposição para a fase de recuperação celular pós-trauma cirúrgico.
b) avaliação do estado geral para reposição hidroeletrolítica.
c) outras avaliações orgânicas.

RESPOSTA

Os desequilíbrios ocorrem rapidamente no pós-operatório devido a inúmeros fatores, incluindo a restrição de alimento e líquidos no pré-operatório, perda de líquido durante a cirurgia e estresse (Drain e Shipley, 1981). A necessidade de reposição hidroeletrolítica, o tipo e a quantidade nas 24 horas são determinados pelas perdas intra-operatória e pelas condições do cliente. Tem como objetivo manter ou restaurar a volemia alterada pelo trauma cirúrgico. Logo, considerem-se como certas todas as sentenças sugeridas acima.

QUESTÃO

A observação do curativo cirúrgico permite controlar presença de hemorragia, o posicionamento correto de drenos, bem como avaliar as queixas álgicas comuns no local da incisão cirúrgica. E ao examinar o cliente, aproveitamos para avaliar de uma só vez o posicionamento de sondas e locais de infusões venosas, evitando trações que prejudicam a entrada ou saída de líquidos. Quais são os dados a serem valorizados no registro de enfermagem no intra-operatório?

a) A quantidade de soluções administradas (soro, plasma), que tendem a fornecer água e manter o volume dentro do sistema vascular, corrigindo, desta forma a osmolaridade.
b) A quantidade de urina eliminada durante a cirurgia. Este controle irá fornecer à enfermeira informações sobre a carga hídrica.
c) Os sinais de pele hipocorada determinam uma ausência ou diminuição do tônus e vascularização cutânea.
d) A presença de plasma, em circuito de infusão, é um indicativo de que o cliente necessita manter uma volemia, fatores de coagulação e substâncias como nutrientes e enzimas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SOLUÇÃO

Devido às circunstâncias, o cliente poderá evoluir para um quadro de hipervolemia como, também, de hipovolemia dependendo da resposta ao balanço hídrico. Então devem ser registradas todas as alterações significativas que subsidiem a avaliação do cliente no pós-operatório imediato, porque permitem compreender o transporte e difusão de gases entre alvéolos e sangue e os fatores que podem interferir na satisfação da necessidade de oxigênio.

Promover conforto e bem-estar do cliente, implica observar e atender precocemente suas necessidades; e algumas vezes até umidificar com gaze seus lábios para aliviar o ressecamento da mucosa oral. Muitas vezes faz-se necessário encaminhá-lo para a UTI quando o seu quadro clínico é de muita instabilidade.

A enfermagem intra-operatória é um processo dinâmico, cognitivo, comportamental, técnico, estético e ético destinado à qualidade do cuidar do cliente antes, durante e depois da intervenção cirúrgica. A enfermeira da SO deverá saber a qual cirurgia ele será submetido, e registrar:

a) duração e tipo de anestésico administrado,
b) alterações ocorridas durante o ato cirúrgico e,
c) divulgar tais informações para a sala de recuperação pós-anestésica.

A importância e as implicações das intervenções de enfermagem durante a cirurgia ressaltam que a assistência profissional baseia-se em princípios fundamentais que não exigem dos enfermeiros mais do que uma avaliação cuidadosa de seus clientes. O real cuidar de enfermagem vai muito além da realização perfeita de um procedimento técnico, da habilidade ou destreza do enfermeiro. A compreensão das ações de enfermagem deve transcender o paradigma vigente, predominantemente biomédico, para alcançar um nível de valorização bioantropológica, estética e ética do cliente.

A Unidade de Recuperação Anestésica é a área destinada à permanência do cliente, logo após o término da cirurgia. É lá que ele fica sob os cuidados das equipes de enfermagem e anestesia, até que seus reflexos e sinais vitais voltem à normalidade e ele recupere a consciência. Ela oferece-lhe maior segurança e melhor atendimento, pois se trata de um local provido de recursos ambientais, materiais e disponibilidade de pessoal especificamente treinado para prestar assistência durante este período crítico, devido à maior incidência de complicações anestésicas ou pós-operatórias imediatas. Para compreender a avaliação do cliente em recuperação anestésica destacamos a definição de necessidades fisiológicas: — aquelas que dizem respeito à sobrevivência do ser humano, e são consideradas essenciais para o equilíbrio orgânico, tais como: alimentação, ingesta de líquidos, oxigênio, eliminação das excretas corporais, temperatura corporal, atividades, abrigo, satisfação sexual e repouso (físico e mental). Segundo Farias (1990), alteração na nutrição, ou seja, menos do que o corpo necessita: é o estado no qual o cliente está experimentando uma ingestão de nutrientes insuficiente para atender às necessidades metabólicas.

No caso de cliente com diabetes o enfermeiro deve utilizar na RA medidas que limitem ou controlem a hiperglicemia. Justifica-se a vigilância no pós-operatório pelo fato de o cliente encontrar-se em jejum de doze horas; sem ingerir líquido e nenhum tipo de alimento — conduta necessária para submeter-se ao ato anestésico e cirúrgico. A adequação das infusões hipertônicas e medicações hipoglicemiantes, ainda que fracionadas no intra-operatório e/ou no pós-operatório, devem ser acompanhadas pelo enfermeiro para investigar os possíveis desequilíbrios endócrinos.

Outras patologias do aparelho digestivo justificam a carência nutricional própria, por má absorção de nutrientes, para cujo controle são necessárias infusões endovenosas adequadas e em grande volume.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO

A alteração dos padrões de eliminação de urina: pode ser entendida como mudança na função urinária. Definida por freqüência da eliminação urinária aumentada ou diminuída pela sensibilidade motora prejudicada. Após o procedimento cirúrgico, o cliente poderá ter a função urinária alterada pelo efeito anestésico que afeta a função do esfíncter da bexiga. Quando a retenção urinária ocorre mais freqüentemente?

a) após cirurgias de reto, ânus, vagina ou baixo abdome,
b) por causa do bloqueio anestésico,
c) por falta de privacidade e medo do cliente.

RESPOSTA

As opções a e b estão corretas, por causa do espasmo do esfíncter da bexiga, em conseqüência dos efeitos anestésicos. Esse efeito é o de bloqueio sensitivo e motor. Se o cliente não urinar no pós-operatório, sob efeito de peridural ou raquianestesia, deve-se:

a) inspecionar a região suprapúbica em busca de distensão vesical.
b) Aplicar calor local para ajudar a relaxar os esfíncteres e a micção espontânea.

Ressalte-se que a eliminação de pequenas quantidades de urina pode ser um sinal de bexiga superdistendida, que pode gerar desconforto acompanhado de elevação de pressão sangüínea em clientes com hipertensão. Segundo Brunner e Suddarth (1993), o início da recuperação de bloqueio anestésico demarca também a recuperação gradativa do tônus do esfíncter da bexiga. Quando ocorre a recuperação sensitiva e motora do cliente, o tônus apresenta força muscular e relaxa e contrai para a eliminação espontânea da urina.

No aparelho urinário são freqüentes algumas intervenções cirúrgicas, tais como a biópsia renal que exige da equipe de enfermagem o controle da pressão arterial (PA), pulso e coloração das mucosas. Após a biópsia é necessário curativo compressivo. São prescrições de enfermagem:

a) Posicionar o cliente em decúbito dorsal durante 24 horas.
b) Controlar PA, pulso e coloração das mucosas de hora em hora durante 12 horas e, a seguir, de 3 em 3 horas, até completar 24 horas.
c) Observar coloração da urina.
d) Aferir temperatura axilar de 4 em 4 horas, nas primeiras 24 horas.

Também é comum a biópsia vesical, realizada durante cistoscopia por intermédio de pinças especiais. Indicada nos tumores vesicais. É possível fazer cauterização do ponto de biópsia, para evitar hemorragia.

Já o potencial para alteração da temperatura do corpo é o estado no qual o cliente apresenta falha na manutenção da temperatura do corpo, numa variação aceitável normal, comum em:

a) extremos de idade e de peso;
b) exposição ao ambiente frio ou muito frio;
c) administração de medicamentos causadores de vasoconstrição ou de vasodilatação.

JUSTIFICATIVA

Os indivíduos em idade avançada estão propensos a alterações orgânicas devido ao sistema imunológico que se encontra em atividade diminuída, do mesmo modo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os de pouca idade (principalmente os recém-nascidos), cujo sistema se encontra em fase de maturação. Algumas pessoas com hipertermia maligna se submetem a biópsias musculares para definirem a causa deste distúrbio, e é comum apresentarem na Recuperação Anestésica (RA) temperatura mais elevada do que os demais clientes ali assistidos.

O sistema circulatório deve ser avaliado no período pós-operatório, até que o indivíduo esteja hemodinamicamente estável. A enfermagem deve atentar para os sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura). A temperatura, por exemplo, deve ser verificada freqüentemente, na busca de oscilações dos valores que resultam em hipertermia ou hipotermia. O ambiente frio pode contribuir para uma possível queda de temperatura, já que o próprio centro cirúrgico tem essa característica. Mas deve-se remover cobertores desnecessários que possam causar perda de fluidos corporais através de excesso de perspiração, ocasionando uma hipertermia. Ao contrário, quando o cliente estiver com frio, deve-se fornecer cobertores aquecidos ou focos de luz.

Por isso, a enfermagem estará atenta nesse sentido, monitorando o cliente cirúrgico no pós-operatório imediato, em relação a qualquer sinal ou sintoma de perfusão tissular aumentada ou diminuída.

Os indivíduos com obesidade armazenam anestésicos de efeitos vasoconstritores; o que retarda a metabolização e a eliminação das drogas, comprometendo assim a recuperação da termorregulação. O enfermeiro na RA deve estar atento aos clientes que, após admissão em RA, apresentem tremores musculares generalizados, pois essa manifestação é comum, porém indica esforço do organismo para produzir calor.

Na troca de gases prejudicada a pessoa sente a interferência na ventilação das células, resultante de troca inadequada de gases, através da membrana alveolar-capilar, causada por sonolência; inabilidade para remover secreções. A troca de gases pode estar prejudicada no cliente cirúrgico no pós-operatório imediato. Para tanto, a enfermagem deve conhecer os sintomas bem como a fisiologia do aparelho respiratório, a fim de tomar as devidas providências. Isto é importante devido às complicações respiratórias serem problemas freqüentes e graves com os quais a equipe cirúrgica tem que lidar. O cliente precisa ser encorajado a:

a) se necessário, a efetuar respirações profundas,
b) tossir e a mudar de posição, para prevenir a estase dos líquidos e pelo próprio peso do corpo sobre o pulmão.

Além da dor, que restringe a expansão torácica, a pouca mobilização do cliente no pós-operatório imediato também contribui para o aparecimento de algumas complicações pós-operatórias. As mais comuns são: a atelectasia, bronquite e broncopneumonia. Por isso, estimular a respiração, a tosse e a mobilização passiva no leito e a deambulação precoce é muito importante para combater a estase das secreções pulmonares.

QUESTÃO

A dificuldade respiratória pode ser desencadeada por grandes ou pequenos esforços, no repouso, ou mobilização, variando de moderada a agônica, com batimentos de asas do nariz e tiragem. Apresentando-se como causas devido às vias aéreas superiores: a obstrução e estenose e inferiores, a asma brônquica, DPOC, pneumonias, tumores, tuberculose, atelectasias, derrame pleural, pneumotótrax, embolia. Quais são as formas mais comuns de atendimento às necessidades do cliente com problemas respiratórios?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a) exercícios respiratórios inspiratórios;
b) exercícios respiratórios expiratórios;
c) uso de ventilador mecânico.

RESPOSTA

A letra *a* está correta e são eles: a respiração diafragmática, a inspiração fracionada, a respiração com lábios semi-fechados, a inspiração com elevação dos braços e a inspiração profunda com expiração lenta de boca aberta.

A letra *b* está correta e são eles: o uso de expirômetros, o transporte de líquidos, a insuflação de luvas e a tosse forçada ao final da expiração.

A letra *c* também está correta e são os valores indicados: $PO_2 < 60$mmHg (Sedação profunda), $PCO_2 > 55$mmHg (Paralisia diafragmática ou vasomotora) e FR > 35 irpm (Severa pneumonia, asma, edema pulmonar).

Durante o primeiro dia do pós-operatório, geralmente o cliente mostra-se bastante sonolento, e requer precauções especiais para se assegurar de que esteja protegido de todos os riscos; de que suas necessidades fisiológicas básicas sejam satisfeitas. As complicações pós-operatórias podem ser evitadas, quando detectadas na fase inicial, com as medidas imediatas e as intervenções necessárias (Du Gas, 1984). Por conta disso, seu posicionamento no leito é um fator importante, para facilitação das trocas respiratórias de gás carbônico. A posição de decúbito lateral, geralmente, é ideal em pós-operatório imediato, porque facilita a eliminação de secreções acumuladas na orofaringe. Caso essa não seja adequada, que então se coloque na posição recomendada, tornando-a mais funcional e confortável possível. Comumente, a posição semi-*fowler*, com a cabeça lateralizada, é a de preferência adotada.

QUESTÃO

No cliente inconsciente, a cânula rinofaríngea precisa ser mantida até que se inicie o retorno dos reflexos. A finalidade dessa cânula é prevenir a obstrução da orofaringe, conseqüentemente à queda da base da língua, provocada pelo relaxamento muscular. Na incapacidade de desobstruir as vias aéreas o cliente é incapaz de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório, para manter a permeabilidade das vias aéreas, provocando alteração na freqüência e na profundidade da respiração; cianose. As necessidades de oxigênio são primárias e devem representar a preocupação prioritária de todas as pessoas da equipe cirúrgica que estejam cuidando do cliente na R.A. A inspeção e a assistência da enfermeira nessa fase irá influenciar sensivelmente o padrão respiratório do cliente quanto à freqüência e a profundidade de sua respiração. Como as intervenções do enfermeiro podem auxiliá-lo na RA ?

a) encorajar a efetuar respirações profundas,
b) mudar sua posição, elevando-se a cabeceira,
c) estimular a tosse.

JUSTIFICATIVA

Deve-se avaliar freqüentemente no cliente, o enchimento capilar, presença de cianose na região perilabial e extremidades. Verificar o nível de consciência, se presente, implementar somente as letras *a* e *b*. A monitorização através da oximetria de pulso digital também auxilia nessa avaliação. A tosse só está indicada após estímulo da inspiração naqueles clientes com limitação de expansão pulmonar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A elevação de cabeceira e o incentivo à respiração profunda e à mudança de posição proporciona melhor ventilação e perfusão pulmonar. Também o uso da oxigenoterapia através de máscaras, a aspiração da orofaringe e a manutenção da cabeça voltada para um dos lados são medidas que têm de ser observadas para manter a permeabilidade das vias aéreas, com a finalidade de facilitar a ventilação e o escoamento das secreções.

VERIFICAÇÃO DA APRENDIZAGEM NUTRICIONAL

A criança que se submeteu a cirurgia plástica de correção de septo mais fenda palatina no pós-operatório apresenta como infusão endovenosa:

a) Ringer lactato;
b) soro fisiológico;
c) soro glicosado a 0,5%.

Como infusão endovenosa o soro glicosado a 0,5% é o mais indicado pela condição determinada pelo seu problema, pois sua incapacidade de alimentar-se por via oral está há muito prejudicada. Vale também lembrar que esta restrição ainda continuará nos pós-operatórios imediato e mediato. Essa restrição pode-se prolongar no pós-operatório imediato, pela impossibilidade de o cliente alimentar-se adequadamente; restrição definida por dieta especial líquida e pela própria dor sentida e desencadeada pelos movimentos necessários à mastigação e deglutição.

Os clientes estabilizados hemodinamicamente geralmente no intra-operatório de cirurgias eletivas recebem como infusão endovenosa:

a) o Ringer lactato;
b) plasma;
c) soro fisiológico.

O Ringer lactato contém elementos como: Na^+ (sódio), K^+ (potássio), Cl^+ (cloreto), Ca^{++} (cálcio) e lactato. A principal função desses elementos é agir como expansor plasmático na corrente sangüínea do cliente e de reposição de fluidos e eletrólitos. Por isso, é também largamente administrado na recuperação anestésica.

A enfermagem deve estar atenta para as seguintes questões no pós-operatório:

a) as reações do cliente na ingestão da dieta de prova;
b) a presença de peristalse para que se possa avaliar o início da alimentação via oral;
c) o fornecimento fracionado da dieta de prova.

As opções a, b e c são necessárias à ingesta da primeira refeição no pós-operatório.

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM — PADRÃO DE ELIMINAÇÃO

Dizemos que uma pessoa submetida à raquianestesia está com um bom débito urinário quando:

a) há formação de urina na bexiga;
b) o volume eliminado se aproxima do volume infundido;
c) não há micção espontânea nas primeiras horas.

O débito urinário pode sofrer alterações devido a vários fatores, tais como: efeitos depressores dos anestésicos; perdas sangüíneas, tipos de infusão bem como o volume das mesmas e as próprias condições de ingesta prévias do cliente. Mas a raquianestesia em particular gera bloqueio sensitivo e motor, dificultando as respostas simpáticas e parassimpáticas dos esfíncteres e da musculatura da bexiga. A retenção é uma dificuldade esperada no pós-operatório e deve ser minimizada pela aplicação de calor local por vários minutos, antes de cateterização vesical de alívio.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O débito urinário deve ser monitorizado rigorosamente na fase de recuperação. O débito urinário e a densidade específica da urina fornecem pistas importantes do estado geral do cliente e podem alertar a enfermeira para a super-hidratação, desidratação ou desenvolvimento de choque. Pode-se esperar um débito urinário inferior ao normal no cliente em pós-operatório devido à reação normal do organismo ao trauma (Drain e Shipley, 1981).

Se um cliente chegou à RA com débito urinário drenado correspondente de diurese total 250 ml e retornou de alta para o setor de origem com um volume de 800 ml, isto significa que ele teve uma boa filtragem renal. Segundo Drayn e Shipley (1981), a maioria dos remédios usados em anestesia é excretada de alguma forma pelos rins. A homeostasia é mantida pela própria função renal, pois os rins regulam o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido-básico e removem matérias desprezadas e substâncias tóxicas do organismo. Nos clientes com cateteres urinários instalados após cirurgia, a avaliação da função renal deve ser parte da assistência na sala de recuperação.

Concluímos que o débito urinário é demonstrativo das condições de homeostasia orgânica. Um balanço negativo, ao contrário, demonstra que o organismo não está sendo capaz de absorver os componentes oferecidos através das administrações endovenosas, e de eliminar os excedentes.

Outro cliente no período de permanência na RA manteve um volume de diurese inalterado de 250 ml até a alta da RA. Isso vem indicar um balanço insatisfatório, uma vez que, estando com infusão venosa, o conteúdo drenado deveria ser igual ou superior ao da sua admissão na RA.

Drain e Shipley (1981) dizem que a compreensão da função renal é muito importante para que uma completa assistência de enfermagem possa ser oferecida ao cliente na sala de recuperação. Quando a enfermeira avalia integralmente todos esses dados, consegue prestar os cuidados necessários para evitar o colapso renal, bem como prevenir outras possíveis complicações.

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM — ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

Ocorre no processo cirúrgico, sem dúvida, pela perda de sangue. Nas cirurgias de grande porte, tal perda poderá ocasionar significativas alterações fisiológicas ao organismo. Uma dessas alterações é a temperatura corporal, a qual pode estar associada também à quantidade administrada de anestésicos. Segundo Drain e Shipley (1981), os agentes anestésicos de inalação, devido ao seu efeito depressor sobre o hipotálamo, determinam uma alteração na regulação térmica corporal que pode se manifestar tanto pela redução quanto pela elevação da temperatura corporal, que pode sofrer influência também da temperatura ambiental.

Na RA, o indivíduo recém-admitido será monitorizado tanto para hipotermia quanto para hipertermia. Quais os sinais dessas alterações?

a) os calafrios e tremores excessivos;
b) a sudorese intensa presente na face;
c) a cianose de extremidades.

A resposta certa é a primeira, e esses sinais podem ser descritos no período pós-operatório nos clientes que utilizaram anestesia geral com halotano. Por ser muito frio, o próprio ambiente do centro cirúrgico contribui para a alteração da temperatura corporal, e os clientes em RA, pela própria condição de morbidade, o sentem mais que ninguém. As temperaturas aí freqüentemente variam entre:

a) 35ºC e 36,7ºC;
b) 37ºC e 37,4ºC;
c) 34,6ºC e 35,5ºC.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SOLUÇÃO

Dificilmente conseguimos verificar a temperatura dos clientes nos primeiros minutos da admissão em RA. Para preservação dos níveis confortáveis de temperatura, são oferecidos cobertores quando apresentam tremores, bem como se desenvolvem ações adicionais com esse propósito, como a colocação de bolsas plásticas aquecidas embaixo da coberta para mantê-los aquecidos. Se estabilizada a temperatura, eles apresentam, na maioria das vezes, os valores descritos na letra b. Por isso, é de suma importância a verificação dos sinais vitais em RA, para que se possam tomar medidas de controle frente a alguma intercorrência com relação a essas variações.

Segundo Silva (1982), o controle dos sinais vitais é um dado importante para avaliar as condições e a evolução do cliente em unidade de recuperação anestésica. Inicialmente, esse controle deve ser realizado a cada 5 minutos e, posteriormente, com intervalos de 15, 30, 45, na dependência da normalização dos mesmos.

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM — FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Os anestésicos têm ação e efeitos diretos de depressão em todos os sistemas. Segundo Pinto (1995), os analgésicos narcóticos como: Fentantil, Alfentanil e Sufentanil causam analgesia no SNC; hipotensão moderada e bradicardia moderada no aparelho cardiovascular; risco de depressão ventilatória grave no aparelho respiratório e outros efeitos, rigidez muscular, retenção urinária, vômitos e miose. Os anestésicos halogenados (halotano e isoflurano) causam: depressão ventilatória moderada no aparelho respiratório; irritação das vias respiratórias. Pelo fato de provocar esses efeitos, o isoflurano não é escolha de primeira ordem em cirurgias pediátricas.

Ao ser admitido em RA, o cliente pode apresentar algumas alterações no sistema respiratório. Quando isso ocorre, deve-se empenhar atenção redobrada para manter a função respiratória dele. Os indivíduos admitidos na RA, com estado de semiconsciência, têm, como diagnóstico de enfermagem, troca de gases prejudicada, pois foram submetidos à cirurgia de médio ou grande portes. Os efeitos potenciais da associação dos anestésicos sobre o aparelho respiratório obrigam o anestesista a manter a cânula nasofaríngea para impedir a obstrução por queda da língua. Isso garante à enfermeira cuidar com maior segurança do cliente; avaliando:

a) outros dados relevantes até a recuperação total da consciência;
b) avaliar o retorno dos reflexos da orofaringe para retirar a cânula;
c) proceder à retirada da cânula após recuperação da consciência.

Todas as opções são verdadeiras e, de acordo com Drain e Shipley (1981), qualquer alteração na capacidade respiratória afetará a recuperação do cliente e precisa ser detectada precocemente para se instituir medidas para assegurar uma função respiratória adequada. A retirada da cânula no momento certo também impede o estímulo emético provocado pela ponta da cânula posicionada na orofaringe. Quais os problemas respiratórios mais importantes observados no período pós-operatório imediato?

a) hipoventilação,
b) obstrução das vias aéreas;
c) aspiração e atelectasia.

A incapacidade de desobstruir as vias aéreas se relaciona com o nível de consciência apresentado, ou melhor, manifestado pelo cliente. Isto se deve aos efeitos da anestesia que ainda se fazem presentes no organismo dos clientes, mesmo após o término da cirurgia. A incapacidade existe, como já foi mencionado anteriormente, pelo alto nível de relaxamento muscular. Silva (1982) já dizia que a observação do

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nível de consciência, na RA é imprescindível para o cuidado dos clientes, pois alguns podem chegar apresentando inconsciência ou semiconsciência. Nesse caso, a enfermeira deverá observá-lo, também, através da avaliação de sua movimentação involuntária e da estimulação tátil ou verbal.

APRENDIZAGEM C

Ao ser admitido às onze horas, do dia 04/09/03 no pós-operatório imediato de colecistectomia, o Sr. Valmor M. Parente, de 40 anos, apresentava discretos gemidos, agitação, dispnéia e emese. Que outros cuidados lhe devem ser prestados nos 15 primeiros minutos em recuperação anestésica?

O enfermeiro deve investigar nos registros as intercorrências, o tipo e horário dos anestésicos e medicamentos utilizados em sala de operação e os respectivos horários de administração. Investigar hemorragia extensa, choque e parada cardíaca são algumas intercorrências que ajudam a planejar a assistência.

1. Verificar TPR e PA a cada cinco minutos, avaliando o cliente.
2. Aliviar a inquietação, por ser sintoma de déficit de oxigênio ou hemorragia, fato detectado pela monitorização dos sinais vitais, do desconforto geral resultante de:
   — permanência do cliente deitado em uma posição na mesa de cirurgia,
   — da manipulação dos tecidos pelo cirurgião,
   — da reação do corpo à recuperação do anestésico.
   Essa agitação pode ser aliviada pela administração de analgésicos prescritos no pós-operatório e pela mudança da posição do cliente. Ao mesmo tempo, a enfermeira avalia outras possíveis causas do desconforto como curativos apertados e/ou molhados de drenagem;
3. Aliviar náuseas e vômitos, mudando o cliente de posição para decúbito lateral para facilitar a drenagem pela boca, administrar antieméticos prescritos e caso seja necessário, aspirar com catéter de aspiração limpo e providenciar compressas e cuba rim.
4. Registrar todos as informações e procedimentos no prontuário.
   São cuidados de enfermagem imprescindíveis para avaliação de alteração de padrão circulatório no cliente na fase de RA:
   a) Identificar os fatores que podem alterar a volemia circulante: reações a anestesia e medicamentos; perda sangüínea; movimentação do cliente;
   b) Verificar extremidades e enchimento capilar.

ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO: ATENÇÃO PARA AS COMPLICAÇÕES

Alguns diagnósticos ajudam a compreender o papel do enfermeiro nos cuidados pós-operatórios dos indivíduos submetidos a diferentes cirurgias e anestesias. Suas intervenções estão direcionadas ao atendimento das necessidades, para recuperá-los e estabilizá-los visando a alta hospitalar, a pequeno, médio e longo prazos, dependendo das condições em que eles se encontram. Destacamos alguns diagnósticos que ilustram as especificidades do cuidado de enfermagem para essa clientela.

RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA PROLONGADA

Definido por estado em que o cliente apresenta, ou está em risco para apresentar, um aumento no número de dias pós-operatórios exigidos para iniciar e desempe-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nhar as atividades de autocuidados. E a demora da cicatrização cirúrgica; dificuldade para movimentar-se; relato de dor ou desconforto, são alguns exemplos.

POTENCIAL PARA INFECÇÃO E DANOS À INTEGRIDADE CUTÂNEA

Em toda cirurgia ocorre o trauma, ou seja, há incisão na pele, levando ao potencial para infecção. São também considerados procedimentos invasivos: punções venosas (que contribuem como "porta de entrada" para microrganismos) e cateterismos (que podem carregar germes da pele para o organismo). Os clientes após a cirurgia apresentam pelo menos uma incisão em seu corpo. Os drenos no curativo facilitam a drenagem de exsudatos na ferida cirúrgica.

Segundo Brunner e Suddarth (1993), uma ferida ou ferimento pode ser descrito como uma solução na continuidade de células; daí a cicatrização da ferida ser a restauração desta continuidade. Deve-se, portanto, ter um cuidado especial na realização do curativo cirúrgico, usando-se os produtos indicados para a manutenção do processo de cicatrização, bem como a técnica correta para evitar contaminação no cliente.

Drain e Shipley (1981) já afirmavam que o controle da infecção na sala de recuperação é sempre problemático, pois os clientes em pós-operatório são extremamente vulneráveis à infecção, uma vez que suas defesas orgânicas são baixas. Este é sem dúvida um fator que colabora para uma possível infecção. Em vista disso, medidas de controle devem ser tomadas, e a enfermagem deve estar atenta para as condições destes, avaliando-os com vistas ao seu estado de recuperação.

Danos Reais ou Potenciais à Integridade da Pele

O indivíduo sente, ou corre o risco de sentir, uma alteração ou ruptura da pele, por vários fatores já descritos. Um problema presente nos casos em que a imobilidade é inevitável é o das úlceras de pressão. E torna-se um cliente de alto risco aquele que for incapaz de reagir às sensações de pressão sobre a pele, mudando de posição. As úlceras de pressão (ou escaras) desenvolvem-se com muita rapidez nos indivíduos imóveis ou que têm sua mobilidade reduzida. Segundo Campedelli (1987), úlcera de pressão é uma área de ulceração e necrose da pele que pode aparecer em qualquer parte do corpo, sendo mais freqüente nas regiões com proeminências ósseas submetidas a prolongadas e repetidas "pressões".

Quando o cliente recupera seu nível de consciência na enfermaria e apresenta mobilidade alterada pelos efeitos do anestésico, devemos ter cuidado com a fonte de aquecimento. O foco de luz, se posicionado incorretamente, pode provocar queimadura no corpo agitado do cliente, devido aos seus movimentos involuntários. Em alguns casos sua mobilidade volta em poucos dias, dependendo da sua recuperação. Assim, ele será incentivado à mobilização no leito, tão logo seja possível. Os clientes de ortopedia e cirurgias neurológicas são os mais acometidos; principalmente quando lhes são colocados pinos de tração cuja finalidade é sua imobilização no leito por períodos prolongados.

Incapacidade de Mobilizar-se — Mobilidade Física Prejudicada

É o estado em que um indivíduo sente uma limitação dos movimentos físicos, devido à incapacidade ou relutância, demonstrada pela inabilidade para mover-se, significativamente, dentro do ambiente físico, inclusive no leito, transferência e deambulação. O ato de movimentar-se é uma atividade vital para o ser humano e, de fundamental importância para a realização de suas funções no contexto social, mas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

às vezes a dor, desconforto, enfraquecimento neuromuscular ou esquelético não permitem. O movimento é de tal modo vital para nossas vidas que a perda permanente da capacidade de mover qualquer parte do corpo é uma das maiores tragédias que podem ocorrer na vida de uma pessoa. A perda da mobilidade diminui o conceito que a pessoa tem de si mesma; sua imagem corporal é afetada e ela se considera diminuída — não está "íntegra" (Du Gas, 1984).

No caso do nosso cliente cirúrgico, esse problema pode ocorrer por um período não muito longo, mas ocasionar alterações na sua rotina, devido a vários fatores. Muitas vezes, o movimento está seriamente restringido, no pós-operatório, em decorrência de dor, da sua incapacidade de movimentar-se, às vezes pelo próprio efeito do anestésico; e outros medicamentos, como no caso dos bloqueios. Por causa disso, o enfermeiro deve estar atento para qualquer dificuldade sentida pelo cliente cirúrgico em pós-operatório imediato, em decorrência da limitação de seus movimentos.

Após a cirurgia, a dor do cliente precisa ser acompanhada de perto. Muitas vezes, são necessários analgésicos fortes, nas primeiras 48 horas (algumas vezes por mais tempo), mantendo as medicações menos intensas por tempo mais prolongado. No caso do cliente pós-operatório, é possível que o mesmo se encontre em posição desconfortável — talvez pelas limitações de sua mobilidade — e a mudança de posição possa ajudar (Du Gas, 1984). Mas nem sempre a mobilidade é possível no pós-operatório imediato, necessitando-se reavaliar a associação medicamentosa prescrita e reajustando as doses e o aprazamento.

Ao chegarem à enfermaria, os clientes recém-operados estão ainda sob o efeito dos anestésicos (podendo estar inconscientes ou semiconscientes), principalmente após anestesia do tipo geral. Considerando seus efeitos depressores dos sistemas, como já foi dito anteriormente, podemos calcular que todos estejam com sua mobilidade física prejudicada. Segundo Du Gas (1984) o paciente cirúrgico geralmente tem sua mobilidade restrita, por várias razões. Durante a fase operatória, caso haja recebido anestesia geral, ele estará inconsciente e incapaz de movimentar-se. Da mesma forma, quando submetido à anestesia raquidiana, a pessoa é incapaz de movimentar qualquer parte do corpo abaixo do local de injeção do anestésico.

A investigação da função respiratória no pós-operatório assegura ao enfermeiro verificar se o cliente não apresenta anormalidade ao exame físico e se possui capacidade ventilatória normal. Já a presença de dispnéia de decúbito ou ortopnéia, que se manifesta por uma piora do cliente na posição deitada, comparada com a posição sentada ou em pé, não é exclusiva dos processos cardiovasculares, ela também está presente nas doenças pulmonares crônicas graves. A dispnéia de esforço ocorre por uma deterioração da função ventricular, com conseqüente queda do débito cardíaco.

Além do fator mencionado que interfere na capacidade de movimentação do cliente em pós-operatório imediato; existe também o fator dor, que também interfere na sua mobilidade. Como se pode ver, a dor pós-operatória é um grande fator de limitação da mobilidade do indivíduo. O tecido lesado requer grande tempo para ser reparado e a dor na área operatória constitui um lembrete para que o indivíduo poupe os tecidos em fase de cicatrização. Esses tecidos podem ser afetados quando ele se movimentar na cama ou tentar sentar-se ou sair dela, e/ou andar, após a cirurgia (Du Gas, 1984). Quando há pouca mobilidade e grande permanência no leito, algumas complicações podem aparecer e serem visíveis nas alterações respiratórias, circulatórias ou outras.

O apoio psicológico ao cliente é importante no pós-operatório. O toque manual, um ambiente tranqüilo, medidas de segurança e alívio da dor são fatores significativos não só nos primeiros 15 minutos, mas durante todo o tempo que ele está em RA. Nem sempre ele apresenta uma recuperação anestésica tranqüila. Quando ele já

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

apresenta algum comprometimento cardiorrespiratório na fase pré-operatória, o enfermeiro deve intensificar sua vigilância e atuação no pós-operatório imediato.

Os sintomas comuns que aparecem durante uma doença cardiovascular ou alteração pós-cirúrgica são os elementos primários que o enfermeiro deve conhecer. Sintomas como dispnéia, fadiga e dor devem ser observados e valorizados. Na semiologia cardiovascular o diagnóstico diferencial dos problemas identificados é o que torna específico e individualizado o plano de intervenções de enfermagem.

Todas as estruturas torácicas e muitas extratorácicas podem originar dor torácica central. Quando a dor é de origem cardiovascular, é necessário que se determine sua localização, irradiação, qualidade e duração dos fatores que a desencadeiam e que a aliviam. A dispnéia é uma sensação subjetiva de dificuldade de respirar. O mecanismo pelo qual a sensação de dispnéia se produz não está esclarecido e diversas classificações de dispnéia têm sido propostas. Mas, do ponto de vista prático, a mais útil se baseia no padrão de início e evolução. As anormalidades cardiovasculares mais importantes que causam dispnéia são elevação da pressão atrial esquerda e embolia pulmonar.

A dispnéia intensa que ocorre subitamente é bastante sugestiva de pneumotórax ou embolia pulmonar. Na primeira, pode haver história de dor torácica aguda, percebida no lado do pneumotórax. A embolia pulmonar geralmente ocorre em clientes com causa predisponente e existe pouca dificuldade em diferenciá-la do pneumotórax pela história e pelos sinais físicos. Na embolia maciça, em geral, a sensação torácica é de aperto. Ao exame, comumente, há hipotensão, cianose e ritmo de galope. A causa de dispnéia na embolia pulmonar maciça é desconhecida. A ansiedade, hipóxia e estímulo dos receptores de estiramento nas artérias pulmonares são todos fatores possíveis.

A dispnéia intensa que aparece em uma ou duas horas é mais provável que se deva à insuficiência cardíaca esquerda. Esta pode decorrer de infarto do miocárdio ou doença valvular aórtica ou mitral. Em geral, a presença de dor pleurítica, tosse com escarro purulento e sinais de hepatização tornam o diagnóstico fácil. No tamponamento pericárdico, há história nítida de antecedentes de febre, juntamente com dor torácica central aliviada tipicamente pelo ato de sentar-se inclinado para frente. Habitualmente, o paciente com tamponamento tem pressão sangüínea baixa, pulso paradoxal e elevação da pressão venosa jugular. A hiperventilação decorrente de acidose metabólica pode, às vezes, originar dispnéia. Os sinais de colapso lombar podem estar presentes, mas o exame físico pode ser pouco valioso e a radiografia de tórax é essencial.

Para o diagnóstico de cianose e hipóxia no pós-operatório, o Rx de tórax é essencial, podendo dar informações adicionais importantes, tais como a presença de pneumonia, pneumotórax ou infiltrados pulmonares. Mas, do ponto de vista prático, o fundamental é garantir as condições mínimas de sobrevivência do cliente. Naqueles que apresentam unidades pulmonares colapsadas (atelectasias) ou preenchidas por fluidos (pneumonia, SARA), a hipoxemia é refratária à administração de oxigenação a 100%.

Lembre-se de que a utilização de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina e nitroprusciato de sódio) em algumas ocasiões pode levar ao aumento do *shunt* pulmonar, piorando a hipoxemia. A hipoxemia severa caracteriza-se por PO_2 arterial menor que 50 ou 60 mmHg, apesar de uma oferta alta de O_2 (fração inspirada de O_2 de 60% ou maior). Na insuficiência cardíaca a cianose se deve à combinação de redistribuição do fluxo sangüíneo e difusão prejudicada. Muitos clientes com elevação da pressão venosa e edema periférico sofrem de insuficiência cardíaca secundária à doença respiratória crônica, especialmente bronquite crônica e enfisema (cor pulmonale). Nesses clientes, pode não haver insuficiência cardíaca esquerda e a cianose ser atri-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

buída à doença pulmonar. Na hipoxemia, a doença vascular subjacente pode produzir sintomas específicos: angina, insuficiência cardíaca, claudicação intermitente, demência. O cor pulmonale é uma causa comum de cianose.

O edema resulta do volume do líquido extravascular, levando a um aumento de volume subcutâneo e conseqüentemente um aumento de peso. Entre outras causas mais comuns de edema estão a insuficiência cardíaca e os estados de hipoproteinemia. Na insuficiência cardíaca o edema ocorre porque, com a falência ventricular, há aumento da pressão capilar, o que leva a estase venosa e transudação. Devemos verificar se o edema é localizado ou generalizado, doloroso ou não, se frio ou quente e se mole ou duro. Assim podemos fazer o diagnóstico diferencial das causas dos edemas, ou seja, se o problema é cardíaco, renal ou hepático.

APRENDIZAGEM D

Quando está indicado para o cliente, na recuperação anestésica, o uso de adrenalina e atropina? Responda exemplificando sua resposta.

As complicações respiratórias são fatores iminentes de ocorrerem na recuperação anestésica (RA). Um exemplo seria a parada respiratória seguida de parada cardíaca. Caso venha ocorrer uma parada cardiorrespiratória, devemos, além do fornecimento da oxigenação (oxigenoterapia) e das massagens cardíacas, administrar ao cliente drogas prescritas, a exemplo de adrenalina (hidrocloreto de adrenalina), que aumenta a perfusão durante as massagens cardíacas, principalmente o fluxo sangüíneo cardíaco e cerebral. Podendo-se assim reverter o caso clínico por parada respiratória.

Caso não ocorra sucesso em evitar a assistolia com adrenalina, deve ser usada atropina (sulfato de atropina) que acelera a freqüência cardíaca (por inibição parassimpática) e condução átrio-ventricular. Sendo indicada em casos de assistolia resistente a adrenalina. A atropina também promove uma leve broncodilatação, o que melhora o quadro, já a que a complicação ocorreu por dificuldades respiratórias.

MEDO

O medo talvez seja um dos sentimentos mais presentes no indivíduo que se encontra hospitalizado. Principalmente quando ele se submeteu a um processo cirúrgico. A ansiedade e os temores vivenciados pelos clientes podem-se estender muitas vezes até o pós-operatório tardio. Souza (1991) informa que clientes hospitalizados que se submetem a cirurgias apresentam geralmente expressivos sinais de medo, ansiedade. Esses sinais, mesmo variando quanto à intensidade, são comuns a todos, e o atendimento da sua necessidade de segurança é importante e válido. Ao serem abordados, eles manifestam ou verbalizam esse medo durante a permanência na enfermaria.

Analisando a interferência da hospitalização nas condições psicológicas do cliente, Rocha, citando Brutscher (1990), afirma que a hospitalização, mais do que a própria doença, pode perturbar a vida de um cliente e sua família, contribuindo para sua inquietação e ansiedade. E, lembra ainda que, freqüentemente, demonstrações de coragem e segurança servem para mascarar uma verdadeira condição psicológica de desconforto e temor, decorrente da turbulência da internação hospitalar. Vale ressaltar que, em nossa experiência, os clientes também confirmam através das expressões, pela maneira de olhar e da face, a mesma informação: a de ansiedade e temor. Isto também vem a destacar a importância de se considerar também a comunicação não-verbal dos clientes, conforme defende Araujo (2000).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para Davies (1995), todos nós comunicamos algo, mesmo quando não falamos. O nosso corpo transmite e recebe sinais que codificamos e decodificamos de modo que a interação faça sentido. O autor, citando Argyle, argumenta que a comunicação não verbal é cinco vezes mais eficaz do que as palavras para a compreensão de uma mensagem por parte de uma pessoa. Torna-se de extrema importância o desenvolvimento da comunicação não verbal por parte do enfermeiro, pois, desta forma, a assistência será mais humanizada e, portanto, o cliente terá uma melhor recuperação, livre de sentimentos que venham a causar medo, seja no pré ou no pós-operatório.

Imagem Corporal

Quando uma pessoa se encontra internada em um hospital, devido a uma cirurgia a que se submeteu, como já foi dito, sua rotina será alterada e junto a ela, sua aparência pessoal, ou melhor, sua imagem corporal será afetada de alguma forma. Por exemplo hábitos relacionados à sua imagem, como: suas roupas, terão que dar lugar às roupas da instituição.

Segundo Du Gas (1984), parte da auto-estima de uma pessoa resulta de como ela percebe o seu bem-estar físico. Isto é chamado de "imagem corporal" e reflete não só o quadro mental que alguém faz de si mesmo como a atitude de seu corpo com as várias partes e funções. Diante dessa afirmação, podemos perceber que cada indivíduo, como um ser único, tem em sua mente a preocupação com a sua aparência, ou seja, sua imagem corporal. Cabe, portanto, a(o) enfermeira(o) responsável pela prestação de cuidados ao cliente, incentivá-lo e dar-lhe apoio emocional nesse sentido.

Pudemos verificar isso nos clientes em pós-operatório imediato. Manifestaram preocupação com sua imagem corporal, através da verbalização ou da expressão dos gestos. Ao perguntar para algumas clientes: "— Como você se sente com relação a sua imagem corporal (aparência pessoal)?" O cliente de cirurgia plástica, por exemplo, a todo momento colocava as mãos sobre a região do curativo cirúrgico (nariz e região do septo), e dizia que gostaria de ter um espelho naquele momento. Os demais estavam igualmente preocupados com seu estado atual, e com a melhora da imagem corporal. Direcionavam gestos aos locais onde estavam os curativos cirúrgicos, e perguntavam se as cicatrizes deixariam marcas no corpo.

As pessoas que estão doentes, ou por qualquer outro motivo, procuram a ajuda dos profissionais de saúde, apresentam-se sempre pelo menos um pouco inseguras; algumas vezes o são demasiadamente, em particular, se o seu mundo se transtornou por uma doença súbita ou acidente que requer a hospitalização. Uma responsabilidade primária da enfermeira consiste em cuidar do cliente, ajudando-o a sentir-se e a manter a confiança e o respeito próprio como pessoa. Isso faz parte dos aspectos de cuidados no papel da enfermeira e muitos diriam ser a mais importante parte de tudo (Du Gas, 1984).

Distúrbio da Imagem Corporal

Ocorre quando o cliente experimenta uma percepção negativa ou desfigurada do corpo, mudança essa que pode ser de estrutura ou de função. O cliente que permanece sob um sistema de cuidado de saúde poderá, em algum momento, mostrar preocupação com sua imagem e aparência, surgindo então a necessidade de estima. Segundo Iyer & Cols. (1993), a necessidade de respeito a si e aos outros se reflete nesse nível de hierarquia. A pessoa luta pelo reconhecimento, utilidade, independência, dignidade e liberdade. Beland (1978) diz ainda que o enfermeiro tem um papel claramente definido em cada estágio da doença, e a responsabilidade de aprender

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mais sobre os aspectos emocionais da doença, se ele deseja realizar seu papel satisfatoriamente — para o cliente e para si mesmo, objetivando um atendimento integrado e homogêneo.

Portanto, a enfermagem deve ter sempre em mente a visão holística, com relação ao cliente que necessita de cuidados, principalmente o cliente cirúrgico, cuja necessidade de estima pode estar em grande evidência, através de sua imagem corporal. Segundo Du Gas (1984), a cirurgia representa, quase que invariavelmente, uma ameaça à segurança da pessoa e põe em risco a sua auto-estima. Após a cirurgia, ocorrem outras preocupações, como: — Quando serei capaz de ir para casa? Voltar a trabalhar? Caminhar toda a extensão do corredor? Dirigir meu carro? Ficarei com aparência diferente? Enfim diversas dúvidas com relação à sua capacidade de realizar suas atividades.

Devemos ressaltar as manifestações principalmente para os clientes que se submetem a ressecções de segmentos externos; cujo significado da perda resultam em percepções negativas de auto-imagem na maioria das vezes.

AUTO-ESTIMA

Assim como uma pessoa hospitalizada sente, ou pode sentir preocupação com sua imagem corporal, como já foi comentado anteriormente; tal preocupação pode estender-se também para a auto-estima; ou seja, a necessidade de lutar pela sua independência, dignidade, utilidade e liberdade. Tem sido afirmado que a auto-estima de uma pessoa constitui a chave de seu comportamento. Ela influencia seus processos mentais, suas emoções, seus desejos, seus valores e suas metas (Du Gas, 1984). Este fato certamente estará influenciando o indivíduo hospitalizado, especialmente o cliente cirúrgico em pós-operatório imediato; pois ele estará preocupado com suas atividades, funções ou responsabilidades diárias.

Segundo Iyer e cols. citando Kalish (1993) os clientes em um hospital não estão, com freqüência, preocupados com necessidades de auto-realização, uma vez que se mostram preocupados com a satisfação de necessidades de níveis inferiores. No entanto, eles podem evidenciar preocupação com sua habilidade de conseguir a auto-realização, como um resultado de mudanças que podem ocorrer durante a hospitalização, porque a necessidade de estima está relacionada ao sentimento de valor pessoal, como: auto-respeito, aprovação e maior compreensão.

Necessidade de Auto-realização

Nesse nível, o mais elevado da hierarquia, o indivíduo torna-se autodirigido na aplicação dos conhecimentos, na tomada de decisões e aceitação de responsabilidades, passando à fase de realização pessoal e de criatividade, independente das ações da enfermeira, e apto para o recebimento da alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta reflexão, podemos, mais uma vez, perceber que o cliente no processo perioperatório tem suas necessidades. E frente a esse fato, faz-se mister valorizar e humanizar a qualidade da assistência prestada, melhorando o relacionamento enfermeiro-cliente. Consideramos ser o presente capítulo necessário, por apresentar uma abordagem que historicamente reúne concepções de autores pioneiros na temática, e que nos permitiu concretizar a junção do conteúdo teórico com as experiências emergentes da prática assistencial e docente. Sem pretensão de esgotar o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

assunto, deixamos, portanto, uma palavra de incentivo para que os leitores e pesquisadores em enfermagem possam empenhar-se nessa área, abrindo novas perspectivas e contribuições na formação do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, STC. Os sentidos corporais dos estudantes de enfermagem na percepção da comunicação não-verbal do cliente em RPO: Uma semiologia da expressão através da sociopoética. EEAN-UFRJ 2000, Tese de Doutorado.
2. ARGYLE, M. The Psychology of Interpersonal Behaviour. 3. ed. Penguin, Harmondsworth, 1978.
3. BELAND, IL; PASSOS, JY. Enfermagem Clínica: Aspectos Fisiopatológicos e Psicossociais. São Paulo: EPU/EDUSP, 1978.
4. BRUNNER, LS, SUDDARTH, DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
5. BRUTSCHER, OPSM. Humanização: Enfermeira do Centro-Cirúrgico e o Paciente de Cirurgia. Enfoque. São Paulo, vol. 14; nº 1; p. 4-6, 1986.
6. CAMPADELLI, MC. Escara: Problema na Hospitalização. São Paulo: Ática, 1987.
7. CARPENITO, LJ. Manual de diagnóstico de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
8. DAVIES P. Comunicação não verbal com Doentes. Nursing 8(87):22-25, abril, 1995.
9. DRAIN, CB; SHIPLEY, SB. Enfermagem na Sala de Recuperação. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
10. DU GAS, BW. Enfermagem Prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
11. FARIAS, JN et al. Diagnóstico de Enfermagem: Uma Abordagem Conceitual e Prática. João Pessoa: Santa Marta Editora, 1990.
12. GEORGE, JB; LEVINE, ME. Nursing Theories — The Bases for Professional Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall, p. 150-163, 1980.
13. GONÇALVES, MC. Enfermagem e a Segurança Emocional do Paciente. Enfermagem em Novas Dimensões. São Paulo, vol. 5, nº 1, p. 31-36, 1979.
14. HENDRIKX, HM. Por Que Alguns Diabéticos Precisam de Insulina e Outros Não? Bom Dia — Uma Publicação do Centro B-D de Educação em Diabetes. vol. 10, nº 41, p. 6-7, fev-mar-abr, 1996.
15. IYER, PW; TAPTICH, BJ; BERNOCCHI-LOSEY, D. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
16. JAWETZ, E et al. Microbiologia Médica. 18. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
17. KALISH, R. The Psychology of Human Behaviour. 5. ed. Monterey, Ca: Brooks Cole, 1983.
18. MASLOW, AH. Introdução à Psicologia do Ser. 2. ed. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1943.
19. MEEKER, MH; ROTHROCK, JC (ALEXANDER). Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
20. PINTO, A; PINTO, CB. A Enfermagem e a Anestesiologia: Alguns Aspectos Básicos e Práticos da Farmacologia Anestésica. Nursing 8(92):6-8, setembro, 1995.
21. POTTER, PA; PERRY, AG. Fundamentos de enfermagem — conceitos, processo e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
22. RANG, HP; DALE, MM. Farmacologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
23. ROCHA, TJ. Participação do Paciente Cirúrgico/Enfermeiro no Processo Terapêutico — "Estratégias de Assistência de Enfermagem". Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1990.
24. SILVA, MAA. Enfermagem na Unidade do Centro Cirúrgico. São Paulo: EPU, 1982.
25. SMELTZER, SC; BARE, BG (BRUNNER). Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol. 1, 2000.
26. SOUZA, MF. Efeito da Interação Enfermeira-Paciente como Método da Assistência à Necessidade de Segurança do Paciente Cirúrgico. Dissertação (Livre-docência em Enfermagem). Porto Alegre: UFRGS, 1976.
27. TEIXEIRA, MEM. Relação Terapêutica entre a Equipe de Enfermagem e o Paciente Submetido a Cirurgias de Pequeno, Médio e Grande Portes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1991.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUARTA PARTE

Sistema de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos

Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 17

Enfermagem no Sistema de Cuidados Intensivos

Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza
Luana Ferreira de Almeida

O atendimento ao cliente na unidade de terapia intensiva (UTI) é um fator de extrema importância no contexto hospitalar. Através dele, poderá ser avaliada a qualidade de assistência oferecida em uma dada instituição. Por isso, a UTI se constitui em um ambiente que congrega uma equipe multiprofissional a qual utiliza uma tecnologia própria que é uma exigência para o êxito da prática do trabalho, visando com isso acompanhar e assistir o cliente crítico com segurança. No ambiente terapêutico da UTI, inúmeros procedimentos são realizados diariamente, favorecendo muitas vezes o estresse dos clientes, pelo medo da dor e do desconhecido e da equipe de saúde que busca proporcionar, através de seu desempenho, um trabalho de qualidade.

Ainda neste cenário turbulento, com divergências de condutas profissionais, por ser um local onde necessariamente existe uma diversidade de profissionais (enfermeiros; médicos; nutricionistas; psicólogo; fisioterapeutas; técnicos e auxiliares de enfermagem) na assistência a clientela de alta complexidade. Os enfermeiros tentam assegurar o seu cuidar por meio de muitas ações que envolvem a previsão e a provisão de insumos, ampliando a vida de pessoas desde os prematuros até os idosos. Ressalte-se que a enfermagem incorpora em seu cotidiano a manutenção da disciplina, da harmonia, da segurança do trabalhador e do cliente, assumindo de forma total o controle e conservação do material, de consumo e permanente, utilizado na unidade, quando na verdade o mesmo é manipulado por todos os profissionais que não demonstram o mínimo interesse e zelo pelo material utilizado em suas atividades diárias.

Com base em vivências reais de uma UTI, os enfermeiros muitas vezes questionam se lhes cabe a função de observar, e exigem dos profissionais de outras categorias comportamentos técnicos básicos de sua função, a exemplo de:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A — paramentação adequada (uso de gorro, capote e máscara) durante um procedimento invasivo.

B — A correta lavagem das mãos antes e após o contato com os clientes.

C — A realização da prescrição de um medicamento solicitado de forma verbal no momento de urgência.

D — Que o rótulo dos frascos de dieta enteral coincidam de fato com o volume contido no mesmo.

E — O silêncio no ambiente de trabalho em respeito à clientela e aos demais membros da equipe.

F — A importância de não depositar as conexões do respirador sobre o tórax do cliente.

G — Que ao efetuar uma aspiração traqueal com sistema tradicional ou aberto o executor da ação deve utilizar equipamento de proteção individual.

Os trechos citados tratam basicamente do contato diário e estreito dos profissionais de enfermagem, em seus mais diversos ângulos de atuação em UTI, momentos que nos fazem refletir na busca de explicações para as mais diversas ações de enfermagem nessa área de convivência conflituosa e desgastante.

A responsabilidade da equipe de enfermagem pelo plantão de uma UTI, inicia exatamente às 7:00 e 19:00 horas, respectivamente, momento em que detalhes das intercorrências com a clientela, família e sobretudo das equipes são registrados e comunicados de forma verbal, quando de leito em leito as equipes complementam suas informações. Muitas vezes com a participação da clientela internada ou dos acompanhantes, que hoje se fazem presentes na unidade, quando seus familiares possuem menos de 18 anos ou mais de 65 anos.

Como um fenômeno de esfera administrativa, a passagem de plantão implica diretamente a eficácia da assistência prestada, considerando ser este o momento que os profissionais de um determinado horário, após observar, avaliar e praticar algumas condutas, transmitem suas conclusões e facilitam a continuidade da assistência ao cliente de alta complexidade. Pensando dessa forma, vale pontuar que a existência de um instrumento único uniformiza esta ação, direcionando os aspectos relevantes repassados pelas diferentes equipes a cada término de plantão, sendo então, estas informações de relevância na visita da equipe intensivista aos clientes, no planejamento das ações de enfermagem e como fonte de pesquisa da unidade. Mediante tais informações, destacaremos algumas situações do cotidiano da enfermagem intensivista que merecem discussão, visando contribuir com os enfermeiros que atuam ou que pretendem atuar nas unidades de terapia intensiva de adulto. Alertamos para leitura atenta e reflexiva quanto às descrições das situações problemáticas, questões, opções e fundamentação para que as respostas sejam assinaladas. Nem todas as opções estão corretas.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 1

Ana Karenina Maya, 18 anos, internada no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) com abscesso medular seguido de tetraplegia. Devido à falência respiratória foi intubada e sedada, a princípio. Para que sua função renal fosse monitorada e preservada, submeteu-se a um cateterismo vesical de demora. Sua nutrição era estabelecida através da sondagem nasogástrica. Aos poucos, a sedação foi diminuindo e Ana foi acordando. A dependência da prótese ventilatória foi constatada após a realização de vários exames. Por este motivo, alguns dias depois foi traqueostomizada. A dependência é real e o prazer da alimentação ficou restrito à uma sonda gástrica, ou melhor, à uma gastrostomia. A incontinência vesical era fato e o cateterismo de demora deu

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vez ao cateterismo de alívio, ou seja, intermitente. Soma-se a isto, uma enorme carência afetiva que aos poucos vai sendo sanada com o carinho de todos os profissionais da CTI. Devido ao seu diagnóstico, sua restrição ao leito é contínua.

QUESTÃO 1.1

Com relação à traqueostomia descreve-se que, segundo Knobel (1999), este é um procedimento realizado há mais de 2.000 anos e proposto inicialmente como técnica de alívio para as obstruções das vias aéreas superiores. Durante os últimos 50 anos, entretanto, o tratamento e a sobrevida de clientes graves tiveram uma mudança tão radical que justificaram não só uma mudança de comportamento na sua indicação, mas também nos cuidados intra-operatórios, no instrumental utilizado e, sobretudo, no seguimento pós-operatório imediato e tardio destas pessoas.

Para atender Ana Karenina, com relação à sua necessidade de traqueostomia, a enfermagem DEVE:

a) Evitar trocar o curativo na traqueostomia, impedindo seu deslocamento.
b) Realizar curativo somente em casos de saída de secreção periestoma.
c) Renovar o curativo de forma asséptica com soro fisiológico a 0,9%.

QUESTÃO 1.2

Atualmente A TRAQUEOSTOMIA é um procedimento indicado com quais objetivos?

( ) Aliviar desobstruções das vias aéreas superiores.
( ) Oferecer suporte ventilatório prolongado.
( ) Reduzir o espaço morto.
( ) Facilitar a limpeza brônquica por aspiração.
( ) Permitir um "desmame" mais rápido.
( ) Diminuir o risco de lesões laríngeas.
( ) Diminuir o risco de seqüelas estenóticas na traquéia.
( ) Todas as opções são corretas.

QUESTÃO 1.3

Antes da realização do curativo de traqueostomia, deve-se aspirar a mesma após quais cuidados?

( ) Limpar ao redor do estoma utilizando gaze estéril embebida em SF 0,9%, preferencialmente com auxílio de pinça, caso contrário utilizar luvas estéreis.
( ) Secar com gaze estéril.
( ) Trocar o cadarço de fixação diariamente.
( ) Proteger ao redor em forma circular com gaze estéril dobrada (não cortar) ou espuma absorvente não-aderente de poliuretano.
( ) Todas as opções estão corretas.

QUESTÃO 1.4

Com relação à aspiração da cânula de traqueostomia a enfermagem DEVE:

a) Evitar aspirar para prevenir traumas.
b) Aspirar somente em casos de "rolha".
c) Aspirar com técnica asséptica e com uma sonda de aspiração traqueal que tenha 1/3 do calibre da cânula da traqueostomia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 1.5

Antes de aspirarmos a cânula endotraqueal de Ana, devemos:

a) Oferecer 100% de oxigênio.
b) Introduzir a sonda traqueal pinçada (para que não haja trauma).
c) Despinçá-la, aspirar a secreção presente no sentido ascendente, ou seja, de dentro para fora.
d) Após a aspiração, retornar a fração inspirada de oxigênio anteriormente programada.

O USO DE TUBOS TRAQUEAIS EM UTI: UM PROBLEMA DE PESQUISA

Souza (2002) contribuiu com seu estudo sobre razões das renovações dos tubos traqueais em UTI, comprovando a necessidade de uma grande habilidade da equipe de enfermagem, ao prestar assistência ao cliente crítico em uso de prótese respiratória. Dos 111 clientes internados na UTI no período de 10 meses, 88 clientes precisaram de intubação. Destes, 30 clientes evoluíram para traqueostomia após 15 ou 20 dias de tubo orotraqueal, três clientes realizaram a auto-extubação, três apresentaram obstrução do tubo por "rolha" de secreção, três exteriorizaram durante a sua mobilização do cliente no leito e dois tubos foram renovados por apresentar *cuff* ou balonete rompido.

Com base nesse estudo, reforçamos que:

a) os profissionais devem ser orientados e supervisionados quanto à técnica de fixação do tubo traqueal,
b) mobilização no leito do cliente intubado em uso de ventilação mecânica,
c) importância da aspiração endotraqueal, umidificação do ar inalado
d) e hidratação sistêmica do cliente.

Como regra geral, o balonete do tubo endotraqueal ou da traqueostomia deverá ser insuflado. A pressão dentro do balão deve, no entanto, ser a menor possível, de modo a permitir a liberação dos volumes correntes adequados e prevenir a aspiração pulmonar. Comumente, a pressão é mantida abaixo de 25 mmHg, para prevenir lesão, e acima de 20 mmHg, para prevenir aspiração. A pressão do balonete é monitorada, pelo menos, a cada 8 horas, conectando-se um manômetro de pressão manual ao balonete. Caso o balonete esteja furado por algum motivo, o tubo endotraqueal ou a traqueostomia devem ser trocados o mais rápido possível.

Um instrumento presente em nosso cotidiano (manômetro do aparelho de pressão) atende com precisão esse procedimento. Porém vale lembrar que esta improvisação deverá ser mantida individualmente para cada leito, prevenindo, assim, a propagação de contaminação entre os clientes.

QUESTÃO 1.6

Desta forma, podemos destacar com relação ao *cuff* ou balonete que:

a) A pressão do balonete deve permanecer entre 20 e 25 mmHg.
b) O balonete do tubo endotraqueal e/ou da traqueostomia deve permanecer vazio.
c) O calibre (número) da cânula endotraqueal independe do biotipo do cliente, ou seja, é o mesmo em crianças, mulheres e homens.

Falando agora da necessidade de nutrição de Ana, podemos dizer que a gastrostomia é um procedimento cirúrgico realizado para criar uma abertura no estômago com o propósito de administrar alimentos e líquidos. Em alguns casos, a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gastrostomia é usada para nutrição prolongada, como no caso do idoso e do cliente debilitado. É preferível às alimentações nasogástricas nos clientes comatosos, porque o esfíncter gastroesfagiano permanece intacto. Assim, também, a regurgitação é menos provável de ocorrer nas gastrostomias do que nas alimentações nasogástricas (Brunner e Suddarth, 1998).

A sonda da gastrostomia é marcada no nível da pele, fornecendo assim uma referência para informações futuras. Deve-se monitorar o comprimento desta sonda, atentando se o segmento fora do corpo fica menor ou maior.

QUESTÃO 1.7

Quanto aos cuidados de enfermagem para atender a esta necessidade de alimentação de Ana, através da gastrostomia, podemos dizer que:

a) A gastrostomia deve ser lavada com 20 ml de água destilada ou filtrada após administração de medicamentos e/ou dieta.
b) Deve-se evitar lavar a gastrostomia com água destilada ou filtrada.
c) Medicações não podem ser administradas pela gastrostomia.

Silva (2001) descreve que a gastrostomia, embora pareça ser um procedimento simples, é passível de complicações tais como: vazamento do conteúdo gástrico para a cavidade abdominal, deiscência de parede abdominal, sangramento a partir da incisão gástrica, aspiração pulmonar, escoriação da pele, persistência de fístula pós-remoção da sonda, migração da sonda e obstrução antropilórica.

Podemos dizer que a gastrostomia é uma abertura cujo orifício se origina no:

a) Intestino.
b) Estômago.
c) Esôfago.

QUESTÃO 1.8

Quanto ao curativo da gastrostomia podemos afirmar que o procedimento requer:

a) Curativo oclusivo.
b) Ausência de curativo.
c) Limpeza local diária com SF 0,9%, porém sem oclusão do óstio.

Nos reportando ao sistema excretor urinário de Ana, lembramos que ele apresenta bexiga neurogênica, que, segundo Brunner & Suddarth (1998), refere-se a um distúrbio vesical que resulta de uma lesão do sistema nervoso. Pode ser causado por lesão medular ou tumor, determinadas doenças neurológicas (esclerose múltipla), anomalias congênitas (espinha bífida, mielomeningocele), infecção e determinados distúrbios sistêmicos (*diabetes mellitus*).

De acordo com Knobel (1999), a distensão abdominal demanda atenção imediata. A cistostomia suprapúbica e a utilização do cateter vesical do tipo Foley, antes largamente empregado, dão lugar atualmente à cateterização vesical intermitente. Tal procedimento mostra-se mais próximo da normalidade, pois permite enchimento e esvaziamento vesicais adequados, prevenindo cálculos e infecções, fístulas, hidronefrose e outras complicações graves que podem abreviar a vida do paciente.

Infecção urinária em clientes com para ou tetraplegia é considerada iatrogênica, sendo necessários, portanto, cuidados rigorosos de assepsia para cada procedimento de esvaziamento vesical, ou seja, pois cada cateterismo intermitente não deve ser realizado além do mínimo necessário.

O cateterismo intermitente é um método que permite o esvaziamento cíclico da bexiga, ou de um reservatório urinário criado cirurgicamente, pela introdução

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

intermitente de um cateter através da uretra ou de um estoma continente, por 3 a 4 vezes ao dia. É necessário assepsia cuidadosa da genitália, e quem faz o cateterismo deve lavar as mãos cuidadosamente antes e após o procedimento.

Este procedimento pode ser feito em recém-nascidos, crianças e adultos, e o índice de complicações quanto à estenose de uretra, divertículo uretral e cálculo vesical é de 71%. As vantagens desta técnica são:

a) Ausência de coletores externos.
b) Baixo índice de infecção.

O traumatismo da uretra pode ser minimizado com um cateter de tamanho apropriado. O cateter é lubrificado adequadamente de modo a ser introduzido de forma fácil e delicada. O tamanho do cateter ou sonda uretral dependerá do tamanho do cliente. Segundo Srougi (1999), para cateterismo vesical intermitente, recomenda-se a utilização de sondas plásticas ou de nelaton nº 12.

Para a realização do cateterismo de alívio devemos reunir o material, que consta de:

- 1 bandeja de cateterismo vesical (com um campo, uma cuba rim, uma cuba redonda, uma pinça e gazes estéreis).
- 1 sonda de Foley ou nelaton.
- 1 tubo de xilocaína gel.
- 1 par de luvas estéreis.
- Solução anti-séptica.
- Biombo.
- Material para higiene íntima (luvas de procedimento, sabão líquido, jarro com água morna e comadre).

QUESTÃO 1.9

Como realizar o procedimento de sondagem vesical de alívio, segundo Posso (2000).

- Lavar as mãos e explicar o procedimento a ser realizado ao cliente.
- Promover um ambiente bem iluminado e privativo.
- Posicionar o cliente, expondo apenas os genitais (nos homens manter o decúbito dorsal, e em mulheres posição de litotomia).
- Calçar luvas de procedimento.
- Fazer a higiene íntima do cliente conforme a técnica.
- Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos.
- Abrir a bandeja de cateterismo vesical.
- Abrir o campo estéril e colocar sobre o mesmo a sonda a ser utilizada e a gaze;
- Colocar solução anti-séptica na cuba redonda.
- Fazer anti-sepsia do meato uretral, glande e prepúcio nos homens. No caso das mulheres, fazer anti-sepsia da vulva e meato uretral, grandes e pequenos lábios no sentido ântero-posterior e de cima para baixo (utilizar a pinça, com gazes embebidas na solução anti-séptica, desprezando as mesmas após anti-sepsia de cada região).
- Colocar xilocaína na gaze.
- Calçar as luvas estéreis.
- Lubrificar a sonda com a xilocaína gel.
- Colocar a extremidade distal da sonda na cuba rim.
- Inserir a sonda até ocorrer refluxo da urina.
- Retirar a sonda após cessar a drenagem de urina.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Deixar o cliente confortável.
- Medir o débito urinário e desprezá-lo.
- Recolher o material, retirar as luvas e registrar o procedimento realizado.

QUESTÃO 1.10

O cateterismo vesical intermitente é um procedimento que:

a) Deve ser feito com técnica asséptica.
b) Pela posição do cliente no leito não interfere na realização do cateterismo.
c) Não necessita de limpeza prévia nos órgãos genitais externos.

QUESTÃO 1.11

O Enfermeiro ao realizar o cateterismo vesical deve:

a) Introduzir a sonda sem lubrificação para evitar trauma.
b) Ignorar o tamanho do cliente na escolha da sonda.
c) Evitar comunicar o procedimento ao cliente prevenindo ansiedade.

Em pessoas com o diagnóstico de tetraplegia, a restrição ao leito é constante. De acordo com Knobel (1999), o cuidado com a pele nas áreas que perderam a sensibilidade é essencial. O sucesso para a prevenção de úlceras de pressão é um dos pilares mais importantes para a sobrevivência desses clientes com tetraplegia. O uso do colchão de espuma moderadamente macio é vantajoso, pois possibilita a livre mudança de decúbito e a elevação do dorso, sem determinar pontos de compressão acentuada nas protuberâncias ósseas. A mudança de decúbito é imperiosa, devendo ser realizada a cada 2 horas, tanto no período diurno quanto no período noturno. Também deve ser aplicado um creme hidratante em superfície corporal após o banho e sempre que necessário. Sendo assim, na primeira situação descrita, Ana muda de decúbito a cada:

a) 2 horas.
b) 6 horas.
c) 8 horas.

Para a prevenção de lesões na pele o enfermeiro deve:

a) Indicar dispositivos aliviadores de pressão.
b) Evitar o uso de cremes hidratantes à base de uréia ou ácido graxo essencial (AGE).
c) Massagear áreas hiperemiadas.

Para a prevenção das lesões de pressão é importante tomarmos algumas medidas como:

a) Usar dispositivos aliviadores de pressão.
b) Evitar força e/ou fricção ao tocarmos o paciente.
c) Não massagear áreas hiperemiadas.
d) Sempre que possível aplicar cremes hidratantes à base de uréia ou ácido graxo essencial (AGE) na superfície corporal.

Além destas medidas, a inspeção diária da pele do cliente permite discussão de outros fatores de risco para o aparecimento das lesões de pressão, tais como nutrição balanceada, ingesta hídrica, presença constante de umidade na pele entre outras.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GABARITO FUNDAMENTADO DA SITUAÇÃO 1

RESPOSTA 1.1

Opção B — Ressalte-se que o curativo da traqueostomia deve ser feito diariamente ou sempre que necessário, ou seja, sempre que estiver sujo ou úmido.

RESPOSTA 1.2

Todas as opções são corretas.

RESPOSTA 1.3

De acordo com Almeida (2002) — Todas as opções estão corretas.

RESPOSTA 1.4

Brunner & Suddarth (1998) dizem que quando um tubo endotraqueal ou traqueostomia está presente, é necessário aspirar as secreções do paciente, porque a eficácia de seu mecanismo de tosse está diminuída. A aspiração traqueal deve ser realizada quando os ruídos adventícios são auscultados ou sempre que as secreções estiverem nitidamente presentes. A aspiração desnecessária pode iniciar broncoespasmo e provocar trauma mecânico na mucosa traqueal. Todo o material que entra em contato com a via aérea inferior do paciente deve ser estéril, de modo a prevenir infecções sistêmicas e pulmonares.

RESPOSTA 1.7

Opção A — A sonda deve ser lavada intermitentemente com 20 ml de água destilada ou filtrada após cada alimentação e/ou administração de medicação. A alimentação pela gastrostomia pode ser dada por pressão intermitente ou contínua via bomba infusora. Podem ser administrados pela gastrostomia alimentos líquidos, pastosos e/ou semilíquidos, semipastosos. Nunca administrar alimentos sólidos.

RESPOSTA 1.8

Opção C — Vale ressaltar que a gastrostomia não requer curativo oclusivo e sim a limpeza com solução salina após o banho e/ou sempre que necessário. Também é importante observar a presença de conteúdo gástrico pela saída do estoma, pois o mesmo, por ter um pH baixo, lesiona a pele íntegra ao redor do estoma.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 2

AURÉLIO S.M. FIRMINO, 69 anos, portador de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, admitido no CTI com o diagnóstico de choque séptico (infecção em membro inferior amputado após trauma), sob prótese ventilatória com tubo orotraqueal nº 8,5, sonda nasogástrica nº 18 em sifonagem. Punção venosa profunda e veia subclávia direita para infusão de drogas, com catéter de único lúmen. Em seguida à admissão, seu cateter vesical de demora foi trocado para que fosse colhido uma urinocultura. A necessidade do cateterismo vesical de demora se dá uma vez que o paciente encon-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tra-se séptico e logicamente instável, onde suas funções vitais devem ser rigorosamente monitoradas. No dia seguinte da internação na unidade, foi puncionada veia subclávia esquerda, para instalação do cateter de Swan-Ganz, e artéria radial direita, para monitorar pressão arterial média (PAM). Como a drenagem gástrica foi diminuindo, uma sonda Dobb-Hoff foi instalada para infusão de dieta enteral.

QUESTÃO 2.1

Como preparar a unidade para cuidar do Sr. Firmino?

A unidade de um cliente crítico no momento de sua admissão deve contemplar em sua previsão toda e qualquer intercorrência que poderá contribuir para o indesejável. Dessa forma, a enfermagem deve planejar a unidade do cliente de maneira a evitar surpresas desagradáveis na realização de procedimentos invasivos, considerando que, por mais simples que sejam, quem os pratica encontra-se sob estresse e, assim, podem ocorrer insucessos e iatrogenias (Yako, 2000).

Baseados em nossa prática diária, podemos afirmar que, em cada leito de UTI, necessariamente precisam estar disponíveis:

a) um monitor cardíaco,
b) um oxímetro de pulso,
c) um aspirador para secreção traqueal, e
d) um respirador.

O monitor cardíaco é um aparelho que favorece a assistência prestada ao cliente crítico, considerando que registra continuamente a atividade cardíaca, acusa as arritmias facilitando as intervenções terapêuticas imediatas. Porém, para que tenhamos confiança no alarme que poderá soar avisando algumas anormalidades, seus eletrodos (dispositivo capaz de captar, em nível cutâneo-superficial, os sinais elétricos gerados no coração) precisam necessariamente estar:

a) Bem fixos à pele do cliente; serem do mesmo tipo.
b) Antes de sua fixação deverá ser retirado o excesso de gordura da pele.
c) Os pêlos abundantes do tórax devem ser tricotomizados, para melhor aderência dos eletrodos.

Com relação ao oxímetro de pulso, sabemos que o mesmo deverá ser usado no caso em que é necessário afastar estados de dessaturação arterial. Sua principal vantagem é a capacidade de monitorar de maneira fiel, contínua e não-invasiva a saturação de oxigênio.

A existência de interferências na leitura acontece quando:

a) Especialmente nos estados de baixa perfusão tecidual — hipotensão arterial/choque.
b) Mal posicionamento.
c) Claridade excessiva do ambiente.
d) Saturações abaixo de 70% e frio.

O aspirador destina-se à aspiração de secreção traqueal. Na UTI poderá ser utilizado o sistema de vácuo de parede (mais freqüente) ou o aspirador portátil, que também é de fácil manuseio, limpeza e esterilização.

Os respiradores mecânicos são aparelhos que suprem ou auxiliam uma fase da função respiratória do indivíduo, que é a ventilação.

Outros equipamentos (bomba infusora, desfibrilador, ECG etc.) também precisam estar ao alcance da equipe intensivista, podendo ser aproximadas da unidade do cliente à medida que as intercorrências clínicas venham a surgir.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.2

Diante de tanto aparato tecnológico, o que se exige do profissional de enfermagem inserido na CTI?

- Atuação direta e intensa.
- Profundidade de conhecimentos técnico-científicos.
- Desempenho adequado de técnicas e procedimentos para atender uma clientela de alta complexidade.
- Compreensão da diversidade de comprometimento, em um ambiente rico em imprevisibilidade e incertezas.

QUESTÃO 2.3

Ao saber que a unidade irá admitir um cliente instável, no que tange à parte respiratória, cabe à enfermagem preparar o leito disponível com o seguinte material:

a) Aspirador, respirador, oxímetro de pulso e monitor cardíaco.
b) Bomba infusora, marcapasso cardíaco, monitor de Swan-Ganz.
c) Desfibrilador, eletrocardiograma, aparelho de gasometria.

A intubação traqueal está indicada quando se deseja controlar e/ou reverter a desobstrução aguda das vias aéreas. Consiste na inserção translaríngea de um tubo na traquéia, seja por via oral ou nasal. As principais contra-indicações para a intubação traqueal são:

a) Traumatismo raquimedular.
b) Queimaduras faciais.
c) Edema de gole, e
d) Traumatismo de face.

Normalmente a escolha do tubo se adequa ao peso e estrutura do paciente e a fixação do tubo deve ser feita de preferência acima do lóbulo da orelha, pois diminui a compressão na nuca causada pela fixação, que deve ser diária ou sempre que necessária. É importante que o tubo seja fixado centralizado à boca do paciente. Devemos registrar o número do tubo traqueal e seu posicionamento com relação à comissura labial.

QUESTÃO 2.4

De acordo com a situação do Sr. Firmino, descrita na situação 2, podemos destacar como ação de enfermagem ao cliente com tubo orotraqueal:

a) Renovar o tubo a cada 72 horas.
b) Registrar o número do tubo traqueal.
c) Registrar o posicionamento do tubo em relação à comissura labial.
d) Realizar a fixação do tubo com equipo de soro.

QUESTÃO 2.5

Com relação ao balonete do tubo traqueal e à pressão exercida pelo mesmo, a enfermagem deve:

a) Mensurar a pressão do *cuff* a cada 2 horas pós-entubação.
b) Manter a pressão do balonete acima de 25 mmHg.
c) Permitir que a pressão do *cuff* fique entre 20 e 25 mmHg.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.6

Quanto à aspiração do tubo endotraqueal devemos:

a) Fornecer 100% de oxigênio ao cliente antes de iniciar o procedimento.
b) Realizar a aspiração com sonda de qualquer calibre.
c) Instilar sempre 5 ml de solução salina no tubo antes da aspiração.

Os tubos convencionais possuem balonetes, que geram pressões inferiores a 25 mmHg. A função do balonete é permitir que a luz do tubo ou da cânula de traqueostomia seja o único pertuito, e por isto a insuflação do balonete contra a parede da traquéia impede passagem de líquidos e secreções para dentro dos pulmões. Se a pressão do balonete exceder 25 mmHg, podem ocorrer necrose de traquéia e até fistulas traqueais.

De acordo com Silva (2001), a desinsuflação periódica do balonete é ineficaz, pois, além de não haver reperfusão da mucosa, propicia a perda de volume durante a ventilação mecânica e facilita a broncoaspiração.

Nem sempre antes da aspiração é necessária a instilação de água destilada ou soro fisiológico 0,9% no interior da cânula endotraqueal. Só deve ser feita em casos onde a secreção traqueal estiver muito espessa, criando "rolha". Caso contrário, e dependendo do volume inspirado, o cliente pode sofrer broncoaspiração.

Ainda merecem destaque as diversas formas de fixação de tubos e cânulas, que podem ser evidenciadas em nossa prática (cadarço de algodão ou fixadores próprios que acompanham alguns tipos de tubo). O que de forma alguma devemos permitir é sua fixação com equipos de soro ou material semelhante, considerando os danos que esse material causa na pele dos indivíduos.

Retornando à situação 2, percebemos que o Sr. Firmino utilizava sonda gástrica. As sondas gástricas ou entéricas são comuns em pessoas hospitalizadas. A passagem de sonda gastrointestinal é a inserção de uma sonda plástica ou de borracha, pelo nariz ou pela boca, com a finalidade de:

- Descomprimir o estômago, removendo gás e líquidos.
- Administrar medicamentos e alimentos.
- Tratar uma obstrução ou um local com sangramento.
- Obter conteúdo gástrico para análise.

A sonda naso ou orogástrica é introduzida através do nariz ou boca indo até o estômago.

A sonda naso ou oroentérica é introduzida através do nariz ou boca, passando pelo esôfago e estômago, chegando ao trato intestinal.

Para administrar qualquer solução por sonda, a mesma deve ter o menor calibre possível, diminuindo assim o risco de broncoaspiração. Utiliza-se uma seringa, ou gotejamento controlado por bomba infusora.

Para que sirva para drenagem gástrica, a sonda deve ser mais calibrosa, afim de permitir a saída da secreção a ser drenada. Todo o volume administrado e eliminado deve ser rigorosamente registrado em formulário próprio (balanço hídrico).

Para a instalação das sondas nasogástrica ou nasoenteral, devemos reunir o seguinte material:

- Luvas de procedimento.
- Estetoscópio.
- Xilocaína gel.
- Seringa de 20 ml.
- Fita adesiva ou esparadrapo.
- Sonda gástrica (Levine), no caso de sonda em nível gástrico, ou sonda enteral (DobbHoff), no caso de sondagem enteral.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Partimos, então, para a instalação, propriamente dita, depois da lavagem das mãos e de explicarmos ao cliente o procedimento a ser realizado:

- Elevar a cabeceira da cama, deixando o cliente com a cabeça levemente inclinada para frente ou em decúbito dorsal horizontal com a cabeça lateralizada e inclinada para frente.
- Realizar limpeza nas narinas ou em cavidade oral, dependendo de onde for introduzida.
- Medir a sonda gástrica do cliente do nariz ao lóbulo da orelha, descendo até o apêndice xifóide e marcar esta medida com fita adesiva ou esparadrapo (no caso de sondagem gástrica). No caso de sondagem enteral, medir a sonda do lóbulo da orelha até o apêndice xifóide e crescentar 10cm, marcando esta medida com fita adesiva ou esparadrapo.
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel.
- Introduzir a sonda lentamente, através de uma das narinas ou da boca, até a marcação com fita adesiva ou esparadrapo.
- Observar sinais de dispnéia, cianose e tosse, principalmente se o cliente estiver inconsciente.
- Confirmar a localização da sonda. No caso da sonda gástrica, para a confirmação da sua localização, devemos injetar 20 ml de ar pela sonda e, então, auscultar a área epigástrica com o estetoscópio para detectar a insuflação de ar. No caso da sonda enteral (que geralmente é introduzida com a ajuda de um fio-guia metálico), a confirmação da localização se dá através da radiografia de abdome.
- Fixar a sonda firmemente no nariz, até o início da infusão de dieta.

Outro ponto relevante é que para que seja iniciada a infusão da dieta, devemos ter certeza da localização da sonda e da presença de peristalse. Após a confirmação da localização da sonda, a mesma deve ser fixada, e esta fixação deve ser trocada diariamente e sempre que necessário, evitando lesões de pele e permitindo maior segurança quanto à localização da sonda.

Se a sonda for introduzida pelo nariz, deve haver uma alternância de narinas, pois uma das complicações deste tipo de sondagem é a necrose de asa de nariz.

Após a infusão de cada etapa de dieta e medicamentos, a sonda deve ser lavada com 20 ml de água destilada ou filtrada.

São algumas complicações da infusão de dietas por sonda: diarréia, distensão abdominal, constipação, hiperglicemia, entre outras.

QUESTÃO 2.7

Ao indicar um cateterismo gástrico no cliente adulto com sonda de Levine o enfermeiro deve prescrever o seguinte cuidado:

a) Utilizar, para infusão de dietas, as sondas naso ou orogástrica calibre 10.
b) Evitar as sondas de números 18 ou 16 quando indicada a sifonagem.
c) Renovar a fixação da sonda a cada 72 horas, evitando assim seu deslocamento.

QUESTÃO 2.8

São cuidados de enfermagem destinados aos indivíduos com administração de dieta pela sonda gástrica ou enteral:

a) Ter certeza da localização da sonda antes da administração de dietas e medicamentos.
b) Evitar lavar a sonda após a administração de dieta e medicamentos.
c) Dispensar registros de volume e características de sonda em sifonagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.9

No momento da instalação de uma sonda gástrica devemos:
a) Lubrificar a sonda com xilocaína gel ou vaselina antes de introduzir, para evitar traumas.
b) Optar preferencialmente pela via nasal.
c) Poupar o cliente de estresse não comunicando o procedimento.

Sendo a sondagem gástrica uma prática comum de enfermagem, é também essa categoria que possui a responsabilidade pela execução da técnica, determinação do material (tipo de sonda e calibre), a via de acesso, se oral ou nasal e avaliação permanente do procedimento.

Souza (2002), em estudo realizado em uma UTI, destacou que entre 102 sujeitos com sonda gástrica, 64 foram por via nasal e apenas 38 por via oral. Lembrando que a opção criteriosa da via deve estar presente no cotidiano do enfermeiro que desenvolve o seu trabalho com os seres humanos assistidos em UTI, e entendendo que a promoção da avaliação integral dos clientes críticos é atividade do enfermeiro, o mesmo deve buscar a preferência pela via oral, por contribuir com menor risco para a clientela, principalmente no que tange a sinusite.

Para que a instabilidade hemodinâmica do cliente fosse tratada, havia a necessidade da infusão de drogas, que, no caso descrito, se estabelecia através da punção da veia subclávia direita.

A observação constante da permeabilidade do acesso venoso se faz necessária, uma vez que drogas como aminas vasoativas, antibióticos e hidratações venosas são administradas via endovenosa.

De acordo com Almeida (2002), o curativo de acesso venoso profundo deve ser feito diariamente com álcool a 70% ou, sempre que necessário, observando o sítio de punção e a ocorrência de sinais flogísticos. O importante é manter o curativo limpo e seco.

Vale ressaltar que as aminas devem ser instaladas o mais próximo possível da inserção do cateter, evitando, assim, a presença de *flush*, durante a administração de fármacos que podem comprometer a evolução dos clientes.

Deve-se evitar o uso de equipos de múltiplas vias, pois aumentam o risco de infecção pela via vascular.

QUESTÃO 2.10

Com relação ao curativo de punção venosa profunda, a enfermagem deve:
a) Realizar com álcool a 70% a cada 24 horas ou sempre que necessário.
b) Utilizar no curativo soro fisiológico a 0,9%.
c) Trocar a cada 24 horas utilizando povidine tópico.

Ainda quanto ao curativo:
a) Deve ser mantido úmido.
b) Manter coberta somente a inserção do cateter.
c) Proteger toda extensão do cateter.

QUESTÃO 2.11

Com relação ao acesso venoso é importante que a enfermagem:
a) Avalie a permeabilidade do acesso venoso.
b Instale Aminas vasopressoras distantes da inserção do cateter.
c) Evite registrar presença de sinais flogísticos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Como todos os internados na CTI, o Sr. Firmino tinha uma monitoração não-invasiva, que consta da monitoração eletrocardiográfica, da freqüência respiratória, da temperatura, da saturação de oxigênio e PNI (pressão arterial não-invasiva). Essa constante observação se faz presente para que o reconhecimento de problemas hemodinâmicos e oximétricos se faça a tempo.

Cintra (2000) diz que monitorar significa prevenir, avisar, avaliar e agir. Por isto, todos os monitores devem permanecer com seus alarmes ligados.

Porém, quando se fazem necessários valores hemodinâmicos intracavitários para o diagnóstico e proposta do tratamento, o cateter de Swan-Ganz deve ser instalado. Este tipo de cateter está indicado em patologias que necessitam de informações mais precisas, como pós e pré-carga, contratilidade, oferta e consumo de oxigênio.

Silva (2001), diz que o cateter de Swan-Ganz deve ser inserido através da punção de uma veia, avançando pelas câmaras cardíacas direitas e posicionando-se em artéria pulmonar, medindo diretamente as pressões das cavidades direitas do coração e de forma indireta as do lado esquerdo do coração. Desta forma, este cateter permite as medidas:

a) das pressões venosa central (PVC),
b) da artéria pulmonar (PAP),
c) pós-oclusão (POP), e
d) do débito cardíaco (DC).

Este cateter mede 110 cm, é graduado a cada 10 cm e os diâmetros mais utilizados são os de nºs 7 e 7,5 Fr. Ele possui quatro lumens que são alojados em lugares diferentes da câmara cardíaca.

- O lúmen proximal é situado dentro do átrio direito, permitindo a verificação da PVC e a infusão de solução fisiológica para posterior verificação do débito cardíaco.
- O lúmen distal é posicionado na artéria pulmonar sendo utilizado para verificação dos valores de pressão de artéria pulmonar e coleta de sangue venoso misto para verificação da saturação venosa de oxigênio.
- O terceiro lúmen refere-se ao balonete de látex na extremidade do cateter e pode ser inflado de 0,8 a 1,5 ml de ar. O balonete é insuflado durante a passagem do cateter afim diminuir as arritmias que possam ser ocasionadas pela ponta do cateter. Além disto, também pode ser insuflado para verificação da pressão pós-oclusão, quando o cateter está corretamente posicionado dentro da artéria pulmonar.
- O quarto lúmen está ligado diretamente ao termistor, que está localizado a 4 cm da ponta do cateter.

O sistema de monitoração invasiva requer uma pressurização adequada de 300 mmHg de solução heparinizada, permitindo desta forma uma irrigação contínua de 4 ml/h desta solução para que não haja obstrução do cateter. Geralmente colocamos 0,2 ml de heparina em 500 ml de soro fisiológico a 0,9%. Quando há presença de discrasia sanguínea, plaquetopenia e/ou contra-indicação da administração de heparina, esta solução poderá ser preparada com 0,1ml de heparina ou somente com soro fisiológico a 0,9%. O preparo do material e a montagem do cateter ficam a cargo do enfermeiro, devendo ser em um local limpo sob técnica asséptica.

Primeiramente devemos preparar a solução heparinizada e montar o *kit* de monitorização:

- Separar o material necessário (álcool a 70%; 1 frasco de SF0,9%; 1 frasco de heparina; 1 seringa de 1ml; 1 agulha 25 × 7 mm; 1 par luva estéril; gaze estéril; 1 bolsa pressórica; 1 *kit* de monitorização que consta de 1 equipo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

comum de soro, 1 trasnsdutor de pressão e 1 extensor longo; 1 discofix de 5 vias; 2 conectores macho-fêmea).
- Lavar as mãos corretamente.
- Usar máscara.
- Manter um campo estéril, deixando sobre ele todo o material estéril a ser utilizado.
- Jogar álcool a 70% na gaze estéril.
- Calçar as luvas.
- Fazer desinfecção no frasco de heparina com a gaze estéril já com álcool a 70%.
- Aspirar 0,2 ml de heparina (1.000 u) com a seringa de 1 ml e agulha 25 × 7 mm.
- Colocar esta quantidade de heparina no frasco de soro fisiológico.
- Conectar o equipo comum de soro ao transdutor de pressão, e este a uma torneirinha de 3 vias.
- Conectar o extensor longo à outra porção da torneirinha de 3 vias, finalizando a montagem do *kit* de monitoração.
- Conectar o *kit* de monitoração ao frasco da solução heparinizada.
- Colocar o frasco da solução heparinizada dentro da bolsa pressórica.
- Colocar a pressão de 300 mmHg na bolsa (geralmente há um manômetro de pressão adaptado à bolsa).
- Clampear a bolsa para que não haja escapamento de ar, diminuindo desta forma a pressão existente, e conseqüentemente podendo obstruir a via de acesso do cateter e alterar a leitura das pressões encontradas dentro das câmaras fisiológicas).
- Dar o *flush* de solução heparinizada, de modo a preencher todo o sistema de monitoração, atentando para presença de bolhas de ar.
- Conectar a porção distal do *kit* de monitoração (extensor longo) ao discofix.
- Conectar 1 macho-fêmea (*niple*) na outra ponta do discofix, e o outro macho-fêmea em uma das saídas transversais do discofix.
- Proteger a porção distal do *kit* e do discofix com o campo estéril, mantendo exteriorizado o transdutor de pressão.

É importante checar qual será o monitor a ser utilizado, conectar seu cabo de pressão, verificando se realmente está funcionando. Depois disto, ao separar o material a ser utilizado para a montagem do *kit*, pegar o transdutor de pressão referente ao monitor que será usado. Outro ponto é que a solução heparinizada deve estar com identificação (nome do cliente, leito, data, volume de SF 0,9% e de heparina, assinatura de quem preparou).

O próximo passo, agora, é estabelecer o ponto zero, no qual o transdutor de pressão será fixado através de uma placa fixadora:
- Colocamos o cliente em 180º e medimos através da linha axilar média (entre a parte posterior e a parte anterior do tórax) o ponto zero.
- Identificamos, então, o mesmo no suporte de soro a ser utilizado.
- Colocamos a placa fixadora do transdutor no ponto zero já identificado.
- Adaptamos o transdutor de pressão à placa de fixação e conectamos o mesmo ao cabo de pressão do monitor.

MATERIAL PARA PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA

Depois disso, aguardar a realização da punção venosa profunda para a introdução do cateter e instalação do *kit* de monitorização, já com o material necessário à punção separado, que consta de:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- 1 bandeja de Swan-Ganz ou de punção venosa profunda.
- Lidocaína frasco ou ampola.
- Seringa de 20 e 10 ml.
- Agulhas 40 × 12 mm e 25 × 7 mm.
- Ampolas de água destilada.
- Fio próprio para fixação do cateter.
- Cateter de Swan-Ganz.
- *Kit* introdutor do cateter de Swan-Ganz.
- Solução anti-séptica como povidine degermante e tópico e/ou clorexidina.

É importante que o profissional que realizará a punção esteja paramentado, ou seja, esteja usando gorro, máscara, luva estéril, capote estéril.

Durante a instalação do cateter, devemos observar ao monitor as possíveis arritmias que o cliente possa apresentar.

Depois do cateter já instalado e da sua confirmação por radiografia, colocamos 1 seringa de 5 a 10 ml em uma das saídas transversais do discofix, e em outra saída transversal um equipo comum de soro fisiológico com o soro, para que o débito possa ser medido.

Os cabos de débito e temperatura também são conectados ao monitor. O de temperatura tem sua porção distal mergulhada constantemente em um frasco de soro fisiológico.

Durante instalação do cateter de Swan-Ganz e sua permanência, a enfermeira deve estar atenta a algumas complicações que podem surgir, no cliente, tais como:

a) pneumotórax,
b) hematoma,
c) ruptura da artéria pulmonar,
d) contração atrial prematura,
e) contração ventricular prematura,
f) fibrilação ventricular,
g) bloqueio atrioventricular,
h) bloqueio de ramo esquerdo,
i) trombose, bacteremia,
j) endocardite,
k) ruptura de válvula,
l) embolia pulmonar e infarto pulmonar.

Cuidados a serem observados:

a) A troca da solução heparinizada deve ser feita a cada 24 horas.
b) O curativo deve ser feito com álcool a 70% a cada 24 horas e sempre que necessário, desde que permaneça sempre limpo e seco.
c) Este tipo de cateter não deve permanecer por mais de 5 dias, pois um período prolongado aumenta os riscos de complicações, como, por exemplo, endocardite.

QUESTÃO 2.12

De acordo com o que foi escrito acima, o cateter de Swan-Ganz:

a) É um cateter de lúmem único.
b) Não necessita de solução heparinizada.
c) Possibilita a verificação das pressões venosa central, de artéria pulmonar, pós-oclusão e débito cardíaco.
d) Deve permanecer por mais de 5 dias.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sua solução heparinizada:

a) Não deve ser trocada diariamente.
b) Deve ter o mesmo volume de heparina, independente do caso de cada cliente.
c) Não deve estar identificada.
d) Nenhuma das afirmativas acima é verdadeira.

QUESTÃO 2.13

A pressurização adequada do sistema de monitoração, permite a irrigação contínua do mesmo em uma fração de 4 ml/h da solução heparinizada. Para que esta afirmativa seja verdadeira, a pressão exercida nesta solução deverá ser:

a) Menor que 300 mmHg
b) Ser 300 mmHg
c) Maior que 300 mmHg
d) Maior que 400 mmHg

Como o Sr. Firmino apresenta hipertensão arterial sistêmica, fazendo uso de hipotensores potentes e ao mesmo tempo de aminas vasoativas para tratamento do choque, fez-se necessária a instalação de uma PAM (Pressão Arterial Média), para que a pressão arterial fosse constantemente monitorada.

A monitorização intra-arterial é comumente utilizada para:

a) Obter pressões sangüíneas direta e continuamente em pessoas gravemente enfermas com hiper ou hipotensão arterial grave.
b) Os catéteres arteriais também podem ser usados para a obtenção de amostras de sangue.
c) E também para a avaliação dos níveis de gases sangüíneos arteriais.

A PAM pode ser instalada em qualquer artéria, apesar de a artéria radial ser a mais comumente puncionada, por ser de fácil acesso e apresentar uma boa circulação colateral. As outras artérias puncionadas são: axilares, braquiais, femorais e pediosas.

A verificação da circulação colateral deve ser feita antes da punção da artéria, podendo ser feita através do teste de Allen para avaliar as artérias ulnar e radial, ou através de um teste ultra-sônico com Doppler para qualquer uma das artérias.

A confirmação da presença da circulação colateral se faz necessária, pois se não houver circulação colateral e a artéria puncionada estiver obstruída podem ocorrer isquemia e necrose da área distal ao local puncionado.

O teste de Allen se dá da seguinte forma:

- Comprima as artérias radial e ulnar simultaneamente.
- Se o cliente estiver lúcido, peça para que feche o punho. Se estiver sedado ou em coma, feche você mesmo o punho dele, fazendo com que a mão empalideça.
- Peça para o cliente abrir a mão ou faça isto você mesmo.
- Libere a pressão sobre a artéria ulnar e mantenha a pressão sobre a artéria radial.
- Se a mão adquirir uma coloração rósea, significa que a artéria ulnar está pérvea, e que a artéria radial pode ser puncionada. Caso contrário, ou seja, se a mão permanecer pálida após a descompressão da artéria ulnar, está contra-indicada a punção da artéria radial.

Como o cateter de artéria pulmonar (Swan-Ganz), o sistema de monitoração da PAM também necessita de uma solução de irrigação contínua, para que o acesso

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

arterial não seja obstruído, e que a leitura da pressão ao monitor seja fidedigna. A pressurização adequada do sistema de monitoração, permite a irrigação contínua do mesmo em uma fração de 4 ml/h de solução heparinizada mantida com uma pressão de 300 mmHg.

O preparo desta solução se dá da mesma forma que a solução heparinizada do Swan-Ganz, ou seja:

- Separar o material necessário (álcool a 70%; 1 frasco de SF 0,9%; 1 frasco de heparina; 1 seringa de 1 ml; 1 agulha 25 × 7 mm; 1 par de luva estéril; gaze estéril; 1 bolsa pressórica).
- Lavar as mãos corretamente.
- Usar máscara.
- Manter um campo estéril, deixando sobre ele todo o material estéril a ser utilizado.
- Jogar álcool a 70% na gaze estéril.
- Calçar as luvas.
- Fazer desinfecção no frasco de heparina com a gaze estéril já com álcool a 70%;
- Aspirar 0,2 ml de heparina (1.000 u) com a seringa de 1 ml e agulha 25 × 7 mm;
- Colocar esta quantidade de heparina no frasco de soro fisiológico.
- Conectar o equipo comum de soro ao transdutor de pressão, e este a uma torneirinha de 3 vias.
- Conectar um extensor longo à porção distal desta torneirinha.
- Conectar a outra porção do extensor longo a uma outra torneirinha de 3 vias.
- Conectar um extensor curto a esta torneirinha que está ligada ao extensor longo, finalizando a montagem do *kit* de monitorização da PAM.
- Conectar este *kit* de monitoração ao frasco da solução heparinizada.
- Colocar o frasco da solução heparinizada dentro da bolsa pressórica.
- Colocar a pressão de 300 mmHg na bolsa (geralmente há um manômetro de pressão adaptado à bolsa).
- Clampear a bolsa para que não haja escapamento de ar, diminuindo desta forma a pressão existente, e conseqüentemente podendo obstruir a via de acesso do cateter e alterar a leitura das pressões encontradas dentro das câmaras fisiológicas).
- Dar o *flush* de solução heparinizada de modo a preencher todo o sistema de monitoração, atentando para presença de bolhas de ar.
- Proteger a porção distal do *kit* com o campo estéril, mantendo exteriorizado o transdutor de pressão.

Da mesma forma que no caso da instalação do cateter de Swan-Ganz, é importante checar o monitor a ser utilizado, conectar seu cabo de pressão, verificando se realmente está funcionando.

Depois disto, ao separar o material a ser utilizado para a montagem do *kit*, pegar o transdutor de pressão que deverá ser referente ao monitor que será usado. Outro ponto, é que a solução heparinizada deve estar com identificação (nome do cliente, leito, data, volume de SF 0,9%, e de heparina, assinatura de quem preparou).

O próximo passo, agora, é estabelecer o ponto zero, no qual o transdutor de pressão será fixado através de uma placa fixadora:

- Colocamos o cliente em 180º e medimos, através da linha axilar média (entre a parte posterior e a parte anterior do tórax), o ponto zero.
- Identificamos, então, o mesmo no suporte de soro a ser utilizado.
- Colocamos a placa fixadora do transdutor no ponto zero, já identificado.
- Adaptamos o transdutor de pressão à placa de fixação e conectamos o mesmo ao cabo de pressão do monitor.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Depois disso, aguardar a realização da punção venosa profunda para a introdução do cateter e instalação do *kit* de monitorização, já com o material necessário à punção separado, que consta de:

- 1 bandeja de punção arterial ou de procedimento estéril.
- Lidocaína, frasco ou ampola.
- Seringa de 5 e 10 ml.
- Agulhas 40 × 12 mm e 25 × 7 mm.
- Ampolas de água destilada.
- Fio próprio para fixação do cateter.
- Cateter arterial ou jelco (o mais fino possível).
- Solução anti-séptica como povidine degermante e tópico e/ou clorexidina.

ATENÇÃO — É importante que o profissional que realizará a punção esteja paramentado, ou seja, esteja usando gorro, máscara, luva estéril, capote estéril.

Durante instalação do cateter de PAM e sua permanência, a enfermeira deve estar atenta a algumas complicações que podem surgir, tais como:

a) obstrução local com isquemia distal,
b) hemorragia externa,
c) equimose maciça,
d) dissecção,
e) embolia gasosa,
f) perda de sangue,
g) dor,
h) espasmo arterial e infecção.

A troca da solução heparinizada deve ser feita a cada 24 horas. E o curativo deve ser feito com álcool a 70% a cada 24 horas e sempre que necessário, desde que permaneça sempre limpo e seco.

Este tipo de cateter não deve permanecer por mais de 5 dias, pois as chances de complicações como trombose arterial se tornam maiores.

QUESTÃO 2.14

Com relação à PAM:

a) A PAM deve estar ligada a uma solução heparinizada, na qual a pressão deve ser mantida em torno de 300 mmHg.
b) Os cateteres arteriais não podem ser usados para a obtenção de amostras de sangue e também para a avaliação dos níveis de gazes sanguíneos arteriais.
c) A PAM pode permanecer instalada por mais de 5 dias.

Ainda de acordo com o que já foi dito antes sobre PAM podemos afirmar que:

a) A PAM é isenta de grandes complicações.
b) A montagem do *kit* de monitorização não requer um ambiente limpo.
c) O profissional que punciona a artéria para a monitorização da PAM precisa estar paramentado (gorro, máscara, luva estéril, capote estéril).

QUESTÃO 2.15

Com relação ao transdutor de pressão podemos destacar que:

a) O transdutor de pressão não tem relação com o tipo de monitor disponível na unidade.
b) O transdutor de pressão deve ficar sempre localizado no nível do ponto zero (linha axilar média).
c) A punção arterial pode ser feita com qualquer tipo de cateter.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Outro problema ao qual devemos estar atentos, é o nível de glicose no sangue do Sr. Firmino uma vez que ele está com *diabetes mellitus*, uma doença crônica caracterizada por níveis elevados de glicose circulante no sangue.

A glicose é formada no fígado a partir de alimentos ingeridos e controlada por um hormônio produzido no pâncreas, a insulina.

No diabetes, a capacidade de a insulina controlar os níveis de glicose sanguínea, leva à hiperglicemia, que pode causar complicações metabólicas agudas, tais como cetoacidose. A longo prazo, o diabetes pode causar:

a) Complicações microvasculares, como as doenças renais.
b) Oculares e macrovasculares, como o infarto do miocárdio.
c) Acidentes vasculares encefálicos.

O diabetes pode ser controlado através da administração de hipoglicemiantes orais ou da administração de insulina por via subcutânea ou endovenosa.

Por estes motivos, a glicose desse cliente deve ser monitorada através de exames sanguíneos diretos e através da glicemia capilar periférica. Um cuidado que o enfermeiro deve ter quanto à verificação da glicemia capilar periférica é;

ATENÇÃO — O rodízio do local de punção, para que não haja necrose da área puncionada.

Se a glicemia periférica estiver elevada, esquemas de insulina regular serão administrados. Neste caso, deverá ser feito, um rodízio das áreas onde a insulina é administrada. As quatro principais áreas da administração são:

- Abdome, braços, coxas e quadril.
- A insulina é absorvida mais rapidamente no abdome. O rodízio dos locais de administração de insulina é recomendado para evitar alterações localizadas no tecido gorduroso (lipodistrofia).

Se houver persistência da hiperglicemia, a insulina pode ser administrada endovenosa em *bolus* ou em *dripping,* SF 0,9%, pode ser administrado, devendo agora, então, a glicemia capilar periférica ser feita em intervalos menores (de 1/1 hora), atentando para qualquer alteração ou mudança brusca no nível de glicose sangüínea.

A insulina é classificada de acordo com o seu tempo de duração como se descreve:

a) A insulina regular é de curta duração (de 4 a 6 horas). Seu início de ação varia de 30 minutos a 1 hora e tem a coloração clara.
b) A insulina NPH é de longa duração (16 a 20 horas). Seu início de ação varia de 3 a 4 horas e seu aspecto é leitoso.

Ambos os tipos de insulina devem ser mantidos sob refrigeração, tanto a NPH quanto a regular. Nos casos de administração de *bolus* ou de *dripping* de insulina usa-se a insulina regular.

QUESTÃO 2.16

Com relação ao diabetes podemos destacar que é uma doença:

a) Crônica sem grandes conseqüências.
b) Crônica que se não for controlado pode levar à complicações micro e macrovasculares.
c) O diabetes é sempre controlado com hipoglicemiantes orais.

Com relação à insulina podemos afirmar que:

a) Não deve ser armazenada sob refrigeração.
b) Pode ser administrada por via subcutânea ou endovenosa.
c) Deve ser administrada sempre no mesmo local, evitando rodízio.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.17

Para a verificação da glicemia capilar periférica a enfermagem deve:

a) Realizar um rodízio do local de punção, para que não haja necrose da área puncionada.
b) Puncionar o cliente no máximo três vezes ao dia.
c) Evitar o uso de luva de procedimento.

Pelo fato de o cliente estar instável hemodinamicamente, torna-se necessária a utilização de um cateter vesical de demora, através do qual sua diurese pode ser controlada e mensurada.

De acordo com Posso (2000), a sondagem vesical tem como finalidade:

- Aliviar a retenção urinária.
- Mensurar a urina residual na bexiga após a micção.
- Esvaziar a bexiga para procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos.
- Promover conforto ao paciente com incontinência urinária.
- Obter amostra de urina em situações especiais (pacientes incontinentes).

Para a realização deste procedimento, deve-se primeiro reunir o material:

- 1 bandeja de cateterismo vesical (com um campo, uma cuba rim, uma cuba redonda, uma pinça e gazes estéreis).
- 1 sonda de Foley (2 vias).
- 1 tubo de xilocaína gel.
- 1 par de luvas estéreis.
- 2 seringas de 10 ml.
- 1 agulha 40 × 12 mm.
- 1 ampola de água destilada (10ml).
- Fita adesiva ou esparadrapo.
- Solução anti-séptica.
- Biombo.
- Bolsa coletora de urina (sistema fechado).
- Material para higiene íntima (luvas de procedimento, sabão líquido, jarro com água morna e comadre).

Após reunir o material, realiza-se o procedimento, que é sondagem vesical de demora.

- Lavar as mãos e explicar o procedimento a ser realizado ao cliente.
- Promover um ambiente bem iluminado e privativo.
- Posicionar o cliente, expondo apenas os genitais (nos homens manter o decúbito dorsal, e em mulheres posição de litotomia).
- Calçar luvas de procedimento.
- Fazer a higiene íntima do cliente conforme a técnica.
- Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos.
- Abrir a bandeja de cateterismo vesical.
- Abrir o campo estéril e colocar, sobre o mesmo, a sonda vesical, as seringas, a agulha e a gaze.
- Abrir a embalagem do coletor posicionando a ponta da extensão sobre o campo.
- Fixar a extensão na borda do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama.
- Abrir a ampola de água e deixá-la sobre a mesa de cabeceira.
- Colocar solução anti-séptica na cuba redonda.
- Colocar xilocaína na gaze.
- Calçar as luvas estéreis.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Aspirar a ampola de água destilada com a seringa e agulha com o auxílio de outra pessoa.
- Colocar xilocaína gel na outra seringa com auxílio de outra pessoa.
- Testar o balonete, introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante.
- Conectar a sonda à extensão do coletor.
- Fazer anti-sepsia do meato uretral, glande e prepúcio nos homens. No caso das mulheres, fazer anti-sepsia da vulva e meato uretral, grandes e pequenos lábios no sentido ântero-posterior e de cima para baixo (utilizar a pinça, com gazes embebidas na solução anti-séptica, desprezando as mesmas após anti-sepsia de cada região).
- No caso de cliente do sexo masculino: introduzir a xilocaína no meato uretral, pressionando a extremidade do mesmo contra o bico da seringa.
- No caso de cliente do sexo feminino: expor o vestíbulo vaginal, separando os pequenos lábios com o dedos indicador e polegar.
- Lubrificar a sonda com a xilocaína gel.
- Inserir a sonda até sua bifurcação (no caso de homens) ou até 3 a 4 cm após o refluxo da urina (no caso de mulheres).
- Insuflar o balonete com a quantidade de água indicada na sonda.
- Tracionar a sonda delicadamente até encontrar resistência.
- Fixar a sonda com fita adesiva ou esparadrapo na coxa do cliente.
- Deixar o cliente confortável.
- Recolher o material, retirar as luvas e registrar o procedimento realizado.

É importante afirmar que o tamanho da sonda vesical dependerá do biotipo do cliente. E que a mesma deverá permanecer despinçada para que haja o esvaziamento da bexiga.

QUESTÃO 2.18

Durante a realização do cateterismo vesical de demora:
a) Devemos manter um ambiente privativo.
b) A sonda vesical não deve ser lubrificada antes de ser introduzida.
c) No caso de homens, a xilocaína deve ser aplicada somente na sonda vesical.

Antes do cateterismo vesical:
a) Evitar testar o balonete da sonda.
b) Inserir a sonda no meato uretral, já conectada ao coletor de urina (sistema fechado).
c) Testar o balonete somente com ar e não com água destilada.

Após o cateterismo:
a) Evitar fixar a sonda vesical.
b) Observar a diurese e mensurar periodicamente.
c) Não há necessidade de registro do procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, CE et al. Manual para Realização de Curativos. Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 60-66, 2002.
2. BRUNNER, S; SUDDARTH, B. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 477; 751; 874; 983, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3. CINTRA, EA et al. Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.
4. D'ANCONA, CAL. Distúrbios neurológicos da bexiga e urodinâmica. In: HERING, FLO; SROUGI, M. Urologia: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Roca, 1998.
5. KNOBEL, E. Condutas no Paciente Grave. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, v. 2, p. 885, 1416, 1998.
6. POSSO, MBS. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Rio de Janeiro: Atheneu, p.101-114, 2000.
7. SILVA, LD. Assistência ao Paciente Crítico — Fundamentos para a Enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 77; 180; 293, 2001.
8. SROUGI, M. Alternativas às Derivações Urinárias. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP 3:26-29. São Paulo, 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 18

Implementando o Processo de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos

Isabel Cristina Fonseca da Cruz

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é o método de trabalho preconizado para implementação da assistência. Há uma tendência mundial em estabelecer como tripé da prática profissional: **os diagnósticos, as prescrições e os resultados** dessas prescrições (*client outcome*). Essa tendência caminha para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenômenos com os quais lidamos profissionalmente (Clark; Lang, 1992; Bulecheck; McCloskey, 1992).

Dentre outras justificativas, o processo de enfermagem é necessário para organizar e sintetizar os dados significativos sobre o cliente e nomeá-los de uma forma que seja própria e específica para os enfermeiros (Cruz, 1989). Neste capítulo, apresentamos uma estratégia dirigida para a formulação dos diagnósticos de enfermagem e para o desenvolvimento da habilidade sobre julgamento clínico (Cruz, 1993) sobre os problemas de saúde do cliente (e família) internado na unidade de cuidados intensivos.

OBJETIVOS DA APRENDIZAGEM

— Identificar os propósitos e componentes fundamentais do processo de enfermagem para o cliente/família em cuidados intensivos.
— Descrever como desempenhar profissionalmente conforme o modelo artesanal, utilizando as habilidades para o histórico, diagnóstico, prescrição e evolução do cuidado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DESENVOLVIMENTO

Planejamento do Cuidado de Enfermagem

Para melhor compreensão do nosso estudo, consideramos que as atividades de enfermagem são o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução ou resultado esperado.

O histórico de enfermagem é uma atividade imprescindível para se chegar ao diagnóstico e à prescrição, sendo inclusive realizado novamente, em menor escala, para que se possa evoluir adequadamente o progresso do cliente quanto ao tratamento implementado. O histórico é representado pela entrevista e pelo exame físico do cliente e família para identificar as respostas reais ou potenciais aos processos vitais ou problemas de saúde, assim como áreas de potencial e fatores de risco.

O diagnóstico de enfermagem é conceituado como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos processos vitais ou problemas de saúde atuais ou potenciais. O diagnóstico fornece a base para as prescrições de enfermagem e o estabelecimento de resultados pelos quais a enfermeira é responsável (North, 1990).

Quanto à prescrição de enfermagem, esta é compreendida como qualquer cuidado direto que a enfermeira realiza em benefício do cliente, incluindo os tratamentos decorrentes de diagnósticos de enfermagem, os decorrentes do diagnóstico médico e a realização de atividades diárias essenciais para o cliente (Bulechek; McCloskey, 1992).

A evolução ou o resultado esperado refere-se à condição do cliente que é influenciada pela prescrição de enfermagem, indicando a resolução do diagnóstico, ou a não-resolução e, conseqüentemente, a continuação dos cuidados ou a revisão do diagnóstico (Lang; Marek, 1990)

Estas atividades diferem do que se compreende até o momento por metodologia da assistência por representar comportamentos, ações ou habilidades da enfermeira que são realizados segundo um referencial conceptual (necessidades humanas básicas afetadas, autocuidado, entre outros). Elas não se reduzem a um modelo ou impresso, ainda que devam ser documentadas, por constituírem o Saber (histórico e diagnóstico) e o Fazer (prescrição e avaliação) do Ser enfermeira. Ou ao menos deveriam ser.

Cabe observar que a transição do secular modelo taylorista de assistência de enfermagem pautado na execução de tarefas, para o modelo artesanal de produção de enfermagem, pautado na reflexão crítica, implica numa mudança de mentalidade no sentido de privilegiar as atividades de diagnóstico, prescrição e evolução do resultado que propiciam a relação terapêutica enfermeira-cliente, enquanto a adoção de um referencial humanístico de saúde implica numa mudança no modelo de atenção, visando uma relação interativa.

O Modelo de Processo de Enfermagem em Cuidados Intensivos

O modelo conceptual de Wanda Horta ainda hoje influencia fortemente os enfermeiros. Entretanto, a implementação do seu modelo conceptual não observa a correlação de suas principais fases, ou seja, histórico, diagnóstico, prescrição e resultado. Esta ausência de correlação é, em nosso entendimento, um dos fatores responsáveis pela resistência entre os profissionais à utilização do método do processo de enfermagem enquanto um instrumento de trabalho a ser utilizado em seu cotidiano profissional.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Assim, o modelo aqui apresentado possui quatro etapas, a saber: o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução ou resultado esperado. O modelo foi validado em conteúdo por Gordon; Hiltunen (1995), sendo também submetido a um painel de juízes antes de ser utilizado como modelo para o curso de especialização em enfermagem em cuidados intensivos. Quanto ao formato, segue a estrutura de mapas de cuidado em unidades onde se pressupõe uma alta rotatividade da clientela (Cruz, 1990).

Quanto ao preenchimento, para a confirmação do diagnóstico possível, estabeleceu-se que dois ou mais dados objetivos ou subjetivos sejam encontrados.

Neste modelo, estão vinculados, indissociavelmente, o diagnóstico, a prescrição de enfermagem e sua evolução, tendo em vista que a identificação por parte da enfermeira de uma situação ou problema do cliente/família/comunidade exige a contrapartida de seu serviço e fugir a essa responsabilidade configuraria um crime ético. Além disso, uma atuação consciente é sempre teleológica, ou seja tem uma meta a ser alcançada, um resultado.

Em síntese, podemos concluir que um dos propósitos do processo de enfermagem para o cliente/família em cuidados intensivos é a garantia do estabelecimento da assistência devida e os componentes fundamentais do processo são o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução.

O modelo de processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva aqui apresentado pretende ser uma resposta à necessidade de mudança em direção ao holismo, do pensamento crítico, da liberdade e da solidariedade humana. A sociedade está exigindo de nós, enfermeiras, estratégias para superar a compartimentalização da pessoa, para promover a Saúde, para combater a miséria intelectual e para propiciar o encontro terapêutico com a nossa clientela.

A opção pelo modelo artesanal de produção exige a revisão de nosso conhecimento (histórico e diagnóstico) e da nossa prática atual (prescrição e avaliação) para indivíduos e famílias nas unidades intensivistas. É preciso também refazer ou reorganizar nossos conhecimentos. Reensinar e reaprender, assim como repensar estratégias para a realização das atividades com qualidade e baixo custo, pois as dificuldades conjunturais do taylorismo continuarão existindo e resistindo.

Cabe ressaltar que novos instrumentos estão sendo propostos, inclusive eletrônicos, para implementar o processo de trabalho em enfermagem. Para tanto, os estudos sobre diagnósticos de enfermagem têm sido implementados na busca de um conhecimento mais profundo sobre os diagnósticos freqüentes em um determinado grupo humano, ou cenário da assistência. Mas com a identificação dos diagnósticos surge, concomitantemente, o questionamento sobre a seleção de prescrições para esses mesmos diagnósticos e a habilidade dos enfermeiros para realizá-las. Busca-se facilitar o planejamento global da assistência, prevendo o tipo de prescrições necessárias, os custos das atividades, os recursos humanos exigidos para sua implementação e os possíveis resultados a serem alcançados com as ações realizadas. Com base na tríade diagnóstico-prescrição-evolução podemos estabelecer critérios de qualidade para assistência e avaliar melhor a relação custo/benefício.

Situação do Cliente

No website do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Atividades de Enfermagem (www.uff.br/nepae/monografias2000.htm), o leitor encontrará algumas monografias dos alunos do curso de especialização em Cuidados Intensivos que descrevem situações clínicas com base no modelo de processo de enfermagem aqui apresentado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

EXERCÍCIO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UTI

© Copyright Isabel Cruz, 1999.
Identificação:
Instituição:
Nome: *MJAP* Idade: *50* Sexo: (*X*) M F ( )
Cor (autodeclaração) ( ) Branca (*X*) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena
Diagnóstico(s) Médico(s): *Crise hipertensiva*

Marque com um X os resultados de:
entrevista/exame físico,
o diagnóstico do cliente,
as prescrições, e
os resultados/evolução obtidos

Estado mental — Nível de Consciência
( ) Senso-percepção alterada
Dados do Histórico
( ) Desorientação no tempo, espaço e com pessoas
( ) Mudança na acuidade sensorial (visual, auditiva, tátil, gustativa, olfativa)
( ) Comportamento alterado
( ) Resposta incomum ao estímulo
( ) PIC_____
( ) _____
Prescrição de Enfermagem
( ) Monitorizar PIC, drenagem de LCR e resposta neurológica ao cuidado
( ) Monitorizar estado neurológico, temperatura e contagem de leucócitos
( ) Informar o cliente sobre pessoa, local e hora, conforme necessário
( ) Diminuir a estimulação ambiental
( ) Espaçar os cuidados, proporcionando períodos de sono/repouso
( )_____
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) Verbaliza orientação quanto ao tempo, espaço, pessoa, mostra-se tranqüilo
( ) PIC e ondas cerebrais dentro da faixa estabelecida
( ) Pressão arterial sistêmica dentro da faixa estabelecida
( ) _____
Oxigenação
( ) Troca de Gases Prejudicada
Dados do Histórico
( ) Confusão mental ( ) Inquietação
( ) Irritabilidade ( ) Sonolência
( ) Inabilidade para remover secreções: sons adventícios _____
( ) Cianose ( ) Hipercapnia _____
( ) Hipóxia _____
( ) FR _____
Características: ( ) Espontânea ( ) Assistida
( ) _____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Prescrição de Enfermagem

( ) Monitorizar sons respiratórios, gasometria arterial e eletrólitos
( ) Reduzir o consumo de oxigênio, promovendo o conforto, controle de febre, redução da ansiedade
( ) Monitorizar o estado neurológico
( ) Ministrar oxigenioterapia, se necessário
( ) Posicionar em Fowler
( ) Realizar higiene oral freqüente
( ) Realizar fisioterapia torácica (percussão, drenagem postural, tosse assistida, espirometria incentivada)
( ) Aspirar TOT
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Sons respiratórios, gasometria e eletrólitos dentro da faixa estabelecida
( ) Secreções fluidas e claras, vias aéreas livres de secreção
( ) _____

Sinais Vitais

( ) Débito Cardíaco Diminuído

Dados do Histórico

( ) PA _____
( ) PVC _____
( ) PAP _____
( ) PAM _____
( ) Arritmia _____
( ) Estase jugular
( ) Estertores
( ) Alteração na coloração da pele/mucosas
( ) Pulsos periféricos diminuídos
( ) Pele fria

Prescrição de Enfermagem

( ) Evoluir a dor torácica, monitorizando o ritmo, atividade elétrica e a freqüência cardíaca
( ) Auscultar os sons cardíacos e pulmonares, monitorizando as tendências da pressão sangüínea e hemodinâmica
( ) Monitorizar ingestão/excreção, débito urinário, peso, eletrólitos, função renal e hepática
( ) Implementar terapia antiarrítmica, conforme protocolo, avaliando a resposta do cliente
( ) Instruir o cliente e família sobre a restrição e a progressão das atividades, devendo comunicar qualquer desconforto ou dor
( ) Promover a redução do estresse
( ) Mudar o decúbito a cada 2 horas
( ) _____
( ) _____
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Ausência de dor torácica
( ) Parâmetros da atividade cardíaca (FC, ritmo, PA, débito urinário, estado mental etc.) dentro da faixa estabelecida

Valores: _____
_____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

( ) Mostra-se calmo e relaxado
( ) _____

Observações Adicionais

Hidratação

( ) Excesso do volume de líquidos

Dados do Histórico

( ) Edema _____
( ) Dispnéia/ortopnéia
( ) Balanço hídrico positivo
( ) Sons adventícios _____
( ) Hemoglobina/hematócrito baixos
Valores: _____
( ) Variação na PA, PVC, PAP
( ) Ingurgitamento da jugular
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Monitorizar o estado de hidratação (mucosas, pulsos, sons respiratórios etc.)
( ) Monitorizar a condição hemodinâmica (PVC, PAM, PAP e PCAP)
( ) Restringir/Recalcular a infusão de líquidos, conforme apropriado
( ) _____

Evolução /Resultados Esperados

( ) Refere respiração normal em ritmo (FR<16 em repouso) e profundidade
( ) Mantém PaO_2 e $PaCO_2$ e condição hemodinâmica dentro da faixa de variação
Valores:_____
_____
( ) Apresenta sons respiratórios vesiculares/adventícios dentro da faixa de variação
( ) Apresenta pele quente e seca
( ) _____

Motilidade

( ) Mobilidade física prejudicada

Dados do Histórico

( ) Incapacidade para movimentação
( ) Total ( ) Parcial
( ) Limitação da amplitude do movimento
( ) Diminuição da força muscular
( ) Restrição imposta pela terapêutica
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Manter o alinhamento corporal, evitando a queda plantar
( ) Mudar (ou ajudar) o decúbito a cada 2 horas, observando a condição da pele
( ) Utilizar coxins para apoio
( ) Manter a campainha da chamada ao alcance
( ) Realizar os exercícios (passivos/ativos) de amplitude de movimento, se apropriado
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Refere menos fadiga
( ) Aumenta gradualmente a participação nas atividades/exercícios
( ) Ausência de contraturas ou rigidez
( ) _____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Observações Adicionais

Cuidado Corporal

( ) Déficit de autocuidado: higiene corporal e íntima

Dados do Histórico

( ) Incapacidade para movimentação
( ) Diminuição da força muscular
( ) Restrição imposta pela terapêutica
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Dar o banho no leito, observando o cuidado com a pele, mãos e pés
( ) Realizar higiene íntima
( ) Fazer a barba
( ) Lavar os cabelos
( ) Monitorizar a condição da pele e a habilidade funcional
( ) Hidratar a pele com solução umectante, evitando massagear as áreas de pressão
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Apresenta pele hidratada, limpa, seca e aquecida
( ) Apresenta dentes, língua e mucosa oral limpos, sem halitose
( ) Ausência de solução de continuidade cutâneo-mucosa
( ) _____

Observações Adicionais

Nutrição

( ) Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades

Dados do Histórico

( ) Perda de peso
( ) Diminuição do tônus muscular
( ) Peristalse aumentada
( ) Conjuntivas e mucosas hipocoradas
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Monitorizar a ingestão de alimento/líquido, calculando as calorias diárias
( ) Administrar alimentação enteral/NPT, se apropriado
( ) Oferecer refeições pequenas e freqüentes, se pertinente
( ) Identificar os fatores de risco para úlcera de pressão
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Não há perda adicional de peso
( ) Apresenta turgor cutâneo normal e mucosas hidratadas
( ) Resultados laboratoriais e clínicos indicativos de nutrição adequada (proteínas, ferro, hemoglobina, hematócrito, linfócitos, creatinina etc.)
( ) Participa de níveis crescentes de atividades
( ) Compreende a razão para o uso de alimentação por sonda/hiperalimentação
( ) _____
( ) _____

Eliminação

( ) Constipação

Dados do Histórico

( ) Freqüência menor que o usual
( ) Dificuldade de eliminação

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

( ) Massa palpável
( ) Relato de pressão no reto
( ) Distensão/dor abdominal
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Auscultar peristalse
( ) Monitorizar os movimentos intestinais, registrando freqüência, consistência etc.
( ) Investigar quanto à existência de problemas intestinais prévios
( ) Utilizar a cadeira higiênica
( ) Realizar exame de sangue oculto
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Padrão intestinal normal, utilizando a cadeira higiênica, em horário regular
( ) Demonstra entendimento sobre as medidas de prevenção
( ) Ausência de complicações (impactação, aumento da PA, fissuras, obstrução)
( ) _____
( ) Diarréia

Dados do Histórico

( ) Dor abdominal
( ) Freqüência aumentada
( ) Fezes líquidas
( ) Peristalse aumentada
( ) Turgor cutâneo diminuído
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Coletar amostra para cultura e antibiograma, se pertinente
( ) Identificar fatores contribuintes (SNG, medicamentos, infecção)
( ) Realizar higiene íntima após cada episódio
( ) Utilizar as precauções universais
( ) Controlar a ingestão/excreção, eletrólitos, densidade urinária, peso
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Padrão intestinal normal
( ) Mantém o equilíbrio hidroeletrolítico, ausência de arritmias
( ) Mantém a integridade da pele
( ) _____

Educação em Saúde

( ) Déficit de conhecimento sobre
_____

Dados do Histórico

( ) Verbalização do problema pelo cliente/família
( ) Dificuldade em seguir orientações
( ) Comportamento inadequado
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Identificar o nível de conhecimento do cliente/família sobre a doença e tratamento
( ) Oferecer informação cliente/família sobre o problema de saúde, exames e tratamentos, conforme apropriado
( ) Orientar quanto às possíveis alterações no estilo de vida

( ) Instruir o cliente sobre quais sinais e sintomas a serem comunicados aos profissionais
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Demonstra conhecimento sobre sua doença e tratamento
( ) Verbaliza sobre as mudanças de estilo de vida necessárias para aderência ao programa terapêutico
( ) _____

Comportamento/Conforto

( ) Dor

Dados do Histórico

( ) Expressão verbal/não verbal de dor
( ) Introspecção
( ) Aumento do tônus
( ) Diaforese, alteração na FR, FC, dilatação da pupila
( ) _____
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Mudar o decúbito
( ) Determinar a localização da dor, características, severidade etc.
( ) Monitorizar os sinais vitais antes e depois da administração de analgésicos narcóticos
( ) Implementar medidas de conforto (posicionamento, redução da luz, musicoterapia)
( ) Instruir o cliente a solicitar a medicação analgésica antes da dor agravar
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Refere ausência ou menor nível de dor/desconforto
( ) Não apresenta sinais de comportamentais de dor
( ) Solicita medicação analgésica antes do agravamento da dor
( ) _____

( ) Distúrbio no padrão de sono

Dados do Histórico

( ) Queixa de dificuldade para adormecer
( ) Sono interrompido
( ) Inquietação, irritabilidade
( ) Bocejos freqüentes, fácies inexpressivas
( ) _____

Prescrição de Enfermagem

( ) Diminuir os estímulos e ruídos ambientais
( ) Espaçar os cuidados e os medicamentos, propiciando longos períodos para repouso e sono
( ) Realizar medidas de conforto (banho, higiene íntima, massagem nas costas, música suave etc.)
( ) _____

Evolução/Resultados Esperados

( ) Mantém padrão de sono e repouso de modo programado
( ) Verbaliza sensação de conforto e ausência de fadiga
( ) _____

Comunicação

( ) Comunicação verbal prejudicada

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Dados do Histórico
( ) Afonia, disartria etc.
( ) Dificuldade em manter o padrão de comunicação (traqueostomia, TOT, medicamentos)
( ) Déficit auditivo/visual
( ) _____
Prescrição de Enfermagem
( ) Identificar os distúrbios da linguagem (disartria ou afasia)
( ) Proporcionar um método alternativo de comunicação (quadro, gestos), conforme a necessidade/habilidade do cliente
( ) Utilizar frases curtas e simples, falando de frente para o cliente
( ) Ouvir atentamente
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) Demonstra melhor capacidade de entender/expressar as mensagens
( ) Utiliza métodos alternativos de comunicação
( ) _____
Integridade Cutâneo-mucosa
( ) Potencial para infecção
Dados do Histórico
( ) Defesa primária insuficiente (solução de continuidade etc.)
( ) Defesa secundária insuficiente (leucopenia etc.)
( ) Procedimentos invasivos
( ) Doença crônica/Trauma
( ) _____
Prescrição de Enfermagem
( ) Monitorizar quanto aos sinais e sintomas de infecção sistêmica e localizada
( ) Monitorizar a contagem de leucócitos
( ) Inspecionar qualquer incisão cirúrgica ou ferida
( ) Trocar equipos EV
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) Apresenta temperatura e sinais vitais normais/dentro da faixa
( ) Ausência de sinais de inflamação (edema local, eritema, dor e calor)
( ) Apresenta sons vesiculares (ou dentro da faixa de variação) à ausculta
( ) Ausência de bactéria patológica nas culturas
( ) Ausência de solução de continuidade e/ou estase de secreções
( ) _____
( ) Integridade da pele prejudicada
Dados do Histórico
( ) Solução de continuidade
( ) Procedimentos invasivos _____
( ) Destruição de tecidos
( ) _____
Prescrição de Enfermagem: incisão cirúrgica/EV
( ) Monitorizar o processo de cicatrização
( ) Fazer o curativo cirúrgico, conforme protocolo
( ) Remover suturas, grampos ou clipes, conforme protocolo
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) Ausência de sinais de inflamação (edema local, eritema, dor e calor)
( ) _____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Prescrição de Enfermagem: Ferida
( ) Fazer o curativo, conforme protocolo
( ) Manter a permeabilidade dos drenos
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) Ausência de sinais de inflamação (edema local, eritema, dor e calor)
( ) Apresenta processo de cicatrização dos tecidos
( ) _____
Espiritualidade
( ) Desesperança
Dados do Histórico
( ) Passividade
( ) Verbalização diminuída
( ) Uso constante de negativas
( ) Afeto diminuído
( ) _____
Prescrição de Enfermagem
( ) Ajudar o cliente/família na identificação de áreas de esperança na vida
( ) Informar ao cliente que a situação atual é temporária
( ) Ajudar o cliente a expandir sua espiritualidade, facilitando a prática religiosa
( ) Solicitar ao cliente a participar no cuidado, conforme apropriado
( ) Orientar a família a conversar com o cliente sobre aspectos positivos de esperança
( ) Proporcionar ao cliente/família o contato com grupos de auto-ajuda
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) A família oferece cuidados e apoio necessários ao cliente
( ) O cliente/família discute os sentimentos e frustrações com a enfermeira
( ) A família participa de um grupo de auto-ajuda, se pertinente.
( ) _____
( ) Impotência
Dados do Histórico
( ) Expressões verbais relativas à falta de controle quanto à situação
( ) Depressão
( ) Apatia
( ) Dependência dos outros, resultando em manipulações
( ) _____
Prescrição de Enfermagem
( ) Conversar com o cliente sobre a extensão da responsabilidade dele na condição atual de saúde
( ) Encorajar a verbalização de sentimentos
( ) Estabelecer limites para comportamentos manipulativos
( ) Encorajar o autocuidado, conforme a possibilidade
( ) _____
Evolução/Resultados Esperados
( ) Identifica as preocupações importantes
( ) Assume papel ativo no tratamento, conforme a possibilidade
( ) Verbaliza os sentimentos às perdas ou ameaças de perda
( ) Permite ser ajudado nos cuidados
( ) Participa nas conversações, conforme a possibilidade
( ) _____

ENFERMEIRA(O): _____
COREN _____
DATA DA COLETA: _____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRUZ, ICF. Implementação do diagnóstico de enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. Rev Esc Enf USP 24(3):345-58, 1990.
2. BLACK, JM; MATASSARIN-JACOBS, E; LUCKMAN & SORENSEN. Enfermagem Médico-cirúrgica. Uma abordagem psicofisiológica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
3. BULECHEK, GM; MCCLOSKEY, J. Defining and validating nursing interventions. Nurs Clin of North Am 27(2):289-99, 1992.
4. CRUZ, ICF. Diagnósticos de Enfermagem. Estratégia para sua formulação e validação. São Paulo, 1993. 157p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
5. CRUZ, ICF; CRUZ, DALM. Os Padrões de Comportamento Humano: uma proposta de tradução dos termos da Taxonomia I sobre diagnósticos de enfermagem. Rev Esc Enf USP 25(1):17-20, 1991.
6. CRUZ, ICF. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1989.
7. GORDON, M; HILTUNEN, E. High frequency: treatment priority nursing diagnosis in critical care. Nursing Diagnosis 6(4):143-154, 1995.
8. HUDAK, CM; GALLO, BM. Cuidados intensivos de enfermagem. Uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
9. HUTTEL, RH. Enfermagem Médico-cirúrgica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
10. LANG, NM; MAREK, KD. The Classification of Patient Outcomes. Journal of Professional Nursing 6(3):158-63, 1990.
11. NÓBREGA, MML et al. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa, CNRDE/GIDE-PB, 1992.
12. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Taxonomy I — revised 1990: with official diagnostic categories. St. Louis, 1990.
13. POTTER, PA; PERRY, AG. Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, Processo e Prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
14. SMELTZER, SC; BARE, BG. BRUNNER & SUDDARTH — Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

WEB SITES INTERESSANTES:

Associação Americana de Cuidados Intensivos: www.aaacn.org.
Biblioteca da Rede Médica (BIREME): www.bireme.br.
Mapas de Cuidado de Enfermagem. Disponível: www.careplans.com.
Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Atividades de Enfermagem. Disponível em: www.uff.br/nepae.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 19

O Cliente no Ambiente Cirúrgico: Redimensionando o Ser na Prática da Enfermagem

Antonio Marcos Tosoli Gomes
Sérgio Corrêa Marques

INTRODUÇÃO

O processo de internação para realização de ato cirúrgico reveste-se de um forte simbolismo para os indivíduos. A clínica cirúrgica, o centro cirúrgico, a anestesia, a inconsciência e o retorno a si depois da cirurgia, apresentam-se como etapas desconhecidas, em que o indivíduo se sente sem controle dos acontecimentos que ocorrem em lugares estranhos e com pessoas nunca dantes vistas. Por outro lado, todos sabem, mesmo pelo senso comum, que a evolução da ciência e técnica médicas favoreceram procedimentos cirúrgicos e anestésicos mais consistentes, específicos, eficazes e com redução das possibilidades de complicações.

Contudo, ainda presenciamos a alta freqüência de clientes ansiosos, deprimidos ou angustiados quando necessitam submeter-se ao procedimento cirúrgico. Isto em função, acreditamos, da multidimensionalidade humana que não se restringe à obediência cega às razões científicas. Os clientes normalmente referem medo da anestesia, da dor, do desconhecido, da morte, da destruição da imagem corporal e da separação de seus entes queridos (Brunner e Suddarth, 1993), temores estes que são os mesmos de anos atrás.

O que acontece então que, apesar da evolução tecnológica, o sentimento e a percepção das pessoas frente à instituição, equipe e procedimentos terapêuticos da saúde não são transformados para outros patamares mais consistentes e tranqüilizadores?

Reconhecemos a importância de participação dos enfermeiros na evolução tecnológica em saúde, abrindo novas e variadas frentes de atuação diferenciada do profissional. Mas, sem anular essas possibilidades atuais, ressaltamos que há um desempenhar profissional em que o enfermeiro, através do conhecimento e da sensi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bilidade humanas, contribui de forma eficaz e simples para a boa evolução terapêutica do cliente. Esse atuar possui uma sustentação:

A TENSÃO ENTRE O SABER/FAZER CIENTÍFICO E A VISÃO HUMANA INTEGRAL.

Esse aspecto se reveste de importância em nossa realidade brasileira devido às condições materiais, físicas e humanas em que nossas instituições (especialmente as públicas) se encontram.

Assim, temos OBJETIVOS neste capítulo:

a) Enfocar o saber/fazer do enfermeiro centrado em sua própria humanização e na visão humana e humanizadora deste com relação ao processo terapêutico, estimulando o cliente a se ver e a ser sujeito de suas condições histórico-sociais.

b) Redimensionar a tecnologia em saúde, de forma que ela encontre seu espaço na terapêutica total.

c) Buscar a compreensão de que a ciência biomédica, os procedimentos e a tecnologia em saúde são ferramentas para o trabalho do enfermeiro, ou seja, meios, e não fins, como comumente são vistos.

d) Incentivar a reflexão sobre o fato de que a ciência biomédica é apenas mais um dos instrumentais teóricos utilizados pelos enfermeiros em seus cotidianos, mas não o único e nem o mais válido, de *per si*.

e) Demonstrar que a prática dos enfermeiros extrapola esses limites e se concretiza no relacionamento interpessoal.

f) Destacar que:

— as ciências humanas, sociais, biológicas,

— os procedimentos de enfermagem específicos, complexos e, às vezes, invasivos,

— as inovações dos aparatos biomédicos,

— a espiritualidade e a emoção constituem o fundamento de uma prática eficaz para o cliente, interessante para a instituição e inovadora para a profissão.

Por fim e como objetivo específico, buscamos calcar o capítulo em situações e ações simples do dia-a-dia profissional, de forma que ele tenha praticidade e aceitação daqueles que desenvolvem suas atividades junto ao cliente que apresenta situações cirúrgicas, dependentes da ação do enfermeiro.

SITUAÇÃO/PROBLEMA: O COTIDIANO EXPLICITADO

João de Deus, 29 anos, após rápida passagem pelo Serviço de Emergência, foi submetido a atos cirúrgicos exploratórios no abdome e bolsa escrotal, em decorrência de lesões por projéteis de arma de fogo. Após o ato cirúrgico foi encaminhado para a Clínica Cirúrgica onde permanece internado, no segundo dia de pós-operatório.

Durante a passagem de plantão do serviço noturno a equipe relatou para a enfermeira Maria da Paz que o cliente João solicitava constantemente a enfermagem, e o caracterizou como um "chato". Em seguida, Maria da Paz dirigiu-se até o João, avaliou as suas condições gerais e colocou-se disponível para ouvi-lo por um longo período de tempo. Ao final da visita Maria da Paz registrou os seguintes dados em relação ao cliente:

1. queixa-se de desconforto com a sonda nasogástrica;
2. demonstra irritabilidade por estar um período prolongado em jejum;
3. relata não aceitar a colostomia;
4. refere desconhecer o período de permanência da colostomia e os cuidados que deverá ter com a mesma;
5. evidencia preocupação com a auto-imagem em decorrência da colostomia;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6. mostra-se ansioso em relação ao seu desempenho sexual futuro e pela possibilidade da perda da fertilidade;
7. reclama falta de afetividade por parte da equipe de enfermagem.

A partir deste caso, analisemos algumas questões.

QUESTÕES: AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

QUESTÃO 1

A sondagem nasogástrica, bem como sua permanência tanto em clientes cirúrgicos como clínicos, faz parte do cotidiano das instituições de saúde. Por sua alta freqüência, a equipe de enfermagem nem sempre se dá conta dos incômodos ou dificuldades vivenciados pelos clientes no uso da mesma. Diante dessa situação, o enfermeiro deve, junto ao indivíduo sondado:

A ( ) Ser empático, considerando reconhecer o incômodo físico da sonda e a alteração estética provocada pela mesma.
B ( ) Demonstrar a necessidade da presença da SNG com vistas à melhora do seu quadro geral.
C ( ) Explicitar, com firmeza, que nova sonda será introduzida caso aquela seja retirada.
D ( ) Demonstrar de forma objetiva e clara a necessidade da SNG para sua recuperação geral, reconhecendo o incômodo físico e estético provocado pela mesma e, também, que será necessária outra sondagem caso esta seja retirada.

QUESTÃO 2

Os clientes em unidades cirúrgicas são constantemente submetidos a jejuns. Quer seja para realização de exames, para submeter-se a procedimentos cirúrgicos (e vários clientes permanecem em jejum durante todo o dia e apenas no final deste, ficam sabendo que o ato operatório não ocorrerá por problemas técnicos ou administrativos da instituição) ou como situação indispensável no pós-cirúrgico. Frente a essa situação estressante enfrentada pelo cliente, o enfermeiro deve se comportar da seguinte maneira:

A ( ) Orientar que todas as necessidades fisiológicas do cliente serão supridas por outras vias que não a oral e que o período em jejum será limitado ao período realmente necessário;
B ( ) Estimular a pessoa a se integrar com os outros clientes durante os horários de alimentação;
C ( ) Estimular a realização de atividades como leitura, escrita, desenhos e bate-papo, objetivando a distração do cliente;
D ( ) Promover um ambiente tranqüilo, livre da visualização e odores de alimentos.

QUESTÃO 3

A presença de colostomia em clientes submetidos a cirurgias, quer sejam provisórias ou permanentes, constitui-se em um problema para o indivíduo em si e para a assistência de enfermagem. O enfermeiro deve, então:

A ( ) Não tocar no assunto para não constranger o cliente;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B ( ) Conversar com o cliente sobre seus sentimentos acerca da presença da colostomia, esclarecê-lo sobre a necessidade da mesma e ensiná-lo a manuseá-la e limpá-la;
C ( ) Conversar com o cliente acerca da colostomia somente se o mesmo tocar no assunto, mas ensiná-lo a manuseá-la e limpá-la assim mesmo;
D ( ) Encaminhar o cliente ao serviço de Psicologia e ao grupo de ostomizados.

QUESTÃO 4

No caso específico de João de Deus, uma situação especial, mas normalmente oculta, é a sexualidade dos clientes. Esta dimensão toma um vulto importante na medida em que algo físico atinge as estruturas orgânicas ligadas à sexualidade, situação comum em unidades cirúrgicas de grandes cidades e que precipitam anseios, medos e dramas ligados ao desempenho sexual e, conseqüentemente, à sexualidade. Um comportamento adequado do enfermeiro deve-se pautar por:

A ( ) Demonstrar disponibilidade para o cliente exteriorizar sua preocupação com relação a essa situação;
B ( ) Orientar a equipe para observar comportamentos do cliente que evidenciem ansiedade e preocupação com o seu futuro desempenho sexual;
C ( ) Solicitar avaliação do urologista;
D ( ) Conversar com o cliente sobre as possíveis conseqüências do ato cirúrgico.

RESOLUÇÃO E ANÁLISE: A PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM QUESTÃO

QUESTÃO 1

A questão 1 não possui opções que possamos sinalizar como erradas, mas sim como incompletas. Essa forma de elaborar a questão nos faz perceber as sutilezas enfrentadas no dia-a-dia profissional do enfermeiro que, se não passam despercebidas, a elas não é dada a importância que possuem na recuperação do cliente, durante sua internação e em sua qualidade de vida quando do seu retorno à sociedade. Nesse aspecto, é fundamental ressaltar que, maléfica ou beneficamente, desconhecemos, ou na verdade, nos é oculto, onde começa e termina nossa influência sobre as pessoas que cuidamos. Essa influência, contudo, não precisa ser, necessariamente, nas questões relativas ao processo saúde-doença, mas pode abranger aspectos tão diversificados como relacionamento humano, espiritualidade e cidadania.

A opção A apresenta pontos importantes a serem considerados. Em primeiro lugar, a empatia favorece a possibilidade de crescimento mútuo e a abertura ao outro (Waldow, 1998) este compreendido como diferente, sujeito de seus atos e sede de desejos e vontades. Quando isso ocorre, o binômio profissional-cliente, apesar das especificidades e diferenças, tende a tomar um rumo no sentido da complementaridade e cumplicidade, ao invés do comum comportamento ativo (por parte do profissional) e passivo (por parte do cliente) (Waldow, 1998). A própria empatia, portanto, subsidia a outra ação que a questão apresenta, que é o reconhecimento, por parte do profissional, do incômodo físico da sonda e a alteração estética provocada por sua presença.

O processo de internação gera uma interrupção no fluxo de vida do cliente, quando não proporciona uma descaracterização do indivíduo como sujeito, uma

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fragilização de sua personalidade e uma exposição de suas intimidades (físicas e emocionais) que, pela normalidade com que freqüentemente vivenciamos esse processo, não percebemos o complexo e multifacetado processo vivenciado pelo cliente (Mussi, 1999). As ações de conforto podem e devem ser direcionadas aos próprios aspectos diretos e concretos da terapêutica do cliente, uma vez que os enfermeiros não possuem tempo institucional suficiente de modo a atender às demandas emocionais do cliente, e sem contar que, na maioria das vezes, a própria assistência de enfermagem é delegada integralmente à equipe de enfermagem (Mussi, 1999). O fato de o profissional reconhecer que existe um incômodo físico real da sonda nasogástrica, que este incômodo é uma conseqüência direta da presença da sonda nas cavidades e estruturas orgânicas, que a presença deste tubo altera sua imagem e que ele não ficará com esse "incômodo" além do necessário, não põe fim ao processo de desgaste provocado pela terapêutica, mas além de confortar, fornece sentido ao incômodo, que possui início, meio e fim, de acordo com a evolução do caso e, acima de tudo, explicita a preocupação profissional acerca de sua situação (Brunner & Suddarth, 1993).

A opção B abrange uma simples mas importante ação, qual seja a de expor ao cliente, em uma linguagem fácil e compreensível, os reais motivos da necessidade do uso da sonda nasogástrica (Brunner & Suddarth, 1993). Existem inúmeras dificuldades no relacionamento profissional-cliente, mas estas precisam ser superadas através de esforços mútuos, de forma que a terapêutica seja envolvida por um ambiente que favoreça o despertar e o crescer das potencialidades humanas, tanto do enfermeiro quanto do cliente. Essa atitude é um desafio ao profissional por forçá-lo a abrir mão do poder sobre o cliente, que a situação e a instituição lhe conferem, e a necessidade de um conhecimento aprofundado, de modo a "traduzir" a linguagem científica para o entendimento do cidadão comum, especialmente se ele pertencer a classes socioeconomicamente menos privilegiadas e sem instrução, quer seja formal ou informal (Mussi, 1999). É necessário que seja estabelecido, como já referimos no parágrafo anterior, uma relação de necessidade entre o uso e a permanência da sonda e o processo de reabilitação do cliente.

A opção C possui diversas situações convergentes em sua análise. A primeira é a relação de autoridade exercida pelo profissional ao cliente, a segunda é a tensão entre a necessidade do procedimento e o direito do indivíduo decidir se deseja ou aceita os procedimentos técnicos e/ou terapêuticos e a terceira, a necessidade constante de uma atuação multiprofissional, de modo que as decisões tenham a contribuição das variadas visões da equipe multidisciplinar. Logo, essa opção de enunciado simples e até corriqueiro nas unidades de saúde possui temáticas complexas. Hoje, com o crescimento da sociedade civil organizada e o acesso rápido e fácil às informações, tem mudado o perfil do cliente nas unidades de saúde. Isso define um novo delineamento nos espaços dos atores (quer seja dentro da equipe de saúde ou entre a equipe de saúde e os clientes) com a crescente conscientização dos direitos dos clientes. No entanto, existe um aspecto desta problemática que necessita ser analisado de forma mais profunda. O poder decisório do cliente precisa ser fundamentado em dados e informações científicas e objetivas, no que tange às vantagens, desvantagens e conseqüências de cada alternativa possível na situação. Com exceção de casos especiais, o "fornecedor" desse conhecimento é o próprio profissional de saúde. Neste caso, somente um relacionamento fundado no respeito à individualidade e às escolhas do outro e na disposição a acolhê-lo, consegue dar conta das demandas humanas, éticas, biomédicas, legais e instituicionais de uma questão como essa (Mussi, 1999, Waldow, 1998).

Cada uma dessas opções trouxe questões e problemáticas importantes e corriqueiras no cotidiano da clínica cirúrgica. Nenhuma delas está errada, mas, como já

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

referimos, incompletas, até mesmo pela situação específica que envolve o cliente cirúrgico em seu processo de adoecer e sarar. A opção D reúne, em si, os aspectos relevantes no atendimento ao cliente: a empatia, a humanização e o respeito como "terra" propícia ao desenvolvimento da abordagem biomédica do cliente. Isso exige um equilíbrio entre a sensibilidade e a razão. Demonstrar a importância da presença da sonda com conhecimento e segurança para a perfeita recuperação faz com que o profissional passe determinação e segurança, o que se traduz, na prática, em uma tranqüilização do cliente quanto à competência técnico-científica do profissional que o atende e da sensação de que seu tratamento está sendo direcionado com eficiência (Mussi, 1999, Brunner & Suddarth, 1993). Ao mesmo tempo, este saber e este executar necessitam ser entendidos dentro de um quadro maior de valores que privilegia a vida e suas dimensões e o ser humano como princípio de inúmeras potencialidades. Esse processo não exime o cliente de sua responsabilidade, muito pelo contrário. É necessário repartir as vantagens e desvantagens da apropriação do indivíduo de sua postura como sujeito, ao mesmo tempo que o profissional necessita ter a consciência tranqüila de que não deixou de fazer algo em benefício da evolução favorável do cliente, o que é explicitado na questão, pela orientação fornecida ao cliente da necessidade de nova sondagem.

QUESTÃO 2

A nutrição é uma importante dimensão do ser humano. Essa importância não se restringe ao aspecto biológico ou apenas a incorporação de nutrientes à constituição física ou molecular do organismo. O alimento e a alimentação estão ligados ao sentimento de segurança, de aceitação social e de amor próprio e, portanto, possuem também uma importância psicológica, social e cultural (Du Gas, 1978).

A opção A reafirma a necessidade do estabelecimento de um processo de comunicação e relacionamento do profissional com o cliente no sentido de satisfazer as suas necessidades e oferecer um ambiente terapêutico propício à recuperação de sua saúde. Uma primeira preocupação do indivíduo é acerca de sua subsistência enquanto ser-biológico, o que depende, quer seja de forma simbólica ou concreta, do ato de alimentar-se. Esse alimentar-se reveste-se de um caráter de afirmação de sua alteridade e sua ausência torna concreta sua finitude (que antes era somente imaginária) e a sujeição de seus desejos às necessidades situacionais, ou seja, os jejuns em clínicas cirúrgicas são situações indispensáveis a diversos procedimentos terapêuticos (Atkinson & Murray, 1989). Não é incomum presenciarmos em diversas instituições a permanência do cliente em jejum durante todo o dia e, no final, não conseguem realizar a cirurgia. Ou a solicitação freqüente, senão diária, de realização de exames que exijam o jejum até determinado horário, ou ainda, situações pós-cirúrgicas que requerem prolongados períodos em abstinência alimentar (Atkinson & Murray, 1989).

O enfermeiro, ao demonstrar que tem ciência do jejum de determinado cliente e que o mesmo está sob o seu constante acompanhamento e avaliação, caracteriza-se como referência para o processo de recuperação de sua saúde e diminui a quantidade de estresse colocada em um sistema já tenso, o que, em uma análise final, favorece o próprio trabalho da equipe de enfermagem, ao lidar com um sujeito que possui estímulo e abertura para a interação e cooperação (Mussi, 1999).

A educação em saúde neste caso e dentro do ambiente hospitalar deve não só ser estimulada, mas constituir em uma ferramenta importante para o trabalho do enfermeiro (Brunner & Suddarth, 1993). A orientação de que suas necessidades fisiológicas serão supridas de maneiras alternativas, como por exemplo, através da via endovenosa,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ou que há a imperiosa necessidade de retirada de conteúdo gástrico através do processo de sifonagem da sonda nasogástrica, deve ser fornecida o mais brevemente possível e de forma clara e objetiva. Outro ponto importante é esclarecer e demonstrar, não somente de forma verbal, que a situação de jejum perdurará o estritamente necessário e que o mesmo é limitado a uma etapa do processo terapêutico.

A opção B estimula a integração dos clientes, o que numa análise sumária, produz benefícios no indivíduo e melhora em seu quadro geral. No entanto, é necessária uma atenção redobrada do enfermeiro neste ponto. Grande parte da população possui acesso aos hospitais públicos e, sem entrar no mérito da qualidade e eficácia de seu atendimento, o fato é que normalmente os indivíduos são internados em acomodações coletivas. É comum assistirmos, então, clientes em jejum ao lado de outros com dietas liberadas, o que significa uma situação geradora de mal-estar e desgaste físico e emocional no cliente em questão. Entendemos que a realidade do cotidiano de trabalho dos profissionais, a sobrecarga de horas e tarefas e os problemas enfrentados pelo sistema público de saúde não possibilitam um atendimento à altura do desejo dos profissionais, mas a sensibilidade e a criatividade podem ser boas aliadas ao construir um cotidiano não só mais humano, como também eficaz. Essas qualidades, contudo, não devem eximir a sociedade ou o poder público de suas responsabilidades quanto ao atendimento à saúde.

A opção C vem complementando a opção anterior, ressaltando a importância de envolver o cliente em atividades que dêem sentido e aliviem as dificuldades vivenciadas neste momento. Procuramos ressaltar a importância de atividades simples, não dispendiosas e que possibilitem um fluir de tempo mais prazeroso ao indivíduo. Essas atividades, ao mesmo tempo em que procuram levantar o ânimo, despertam a pessoa para realizá-las de forma ativa e produtiva, para que a atenção da mesma seja retirada do alimento dos outros clientes.

Como última opção, a D deixa claro a necessidade do estabelecimento de um ambiente tranqüilo, terapêutico, regenerador de forças e ânimos e para isso, é necessário retirar do alcance visual do cliente tudo que seja ou lembre alimentos, bem como os odores característicos e próprios dos mesmos.

QUESTÃO 3

A questão 3 trata de um assunto muito comum em clínicas cirúrgicas e nem por isso fácil de tratar ou de levar o cliente a uma resolução satisfatória. A colostomia atinge, em vários aspectos, o cotidiano e a personalidade do cliente. A forma como o profissisonal aborda o assunto determinará conseqüências na forma como o cliente vivencia esse processo.

A opção A apresenta uma atitude muito comum em nossos profissionais, apesar de não ser a mais propícia e adequada. O enfermeiro precisa estar capacitado, tanto em seu aspecto científico ou intelectual, quanto na capacidade de relacionamento humano, a lidar com assuntos e situações que, apesar de difíceis e, às vezes, constrangedoras, necessitam ser trabalhadas. O bom senso deve orientar o profissional na forma diversificada e específica em que cada cliente deve ser abordado e o assunto conduzido. O profissional deve estar atento às comunicações não-verbais emitidas pelos mesmos, uma vez que estas sofrem menos influência da razão e explicitam os desejos íntimos das pessoas. Contudo, o enfermeiro precisa ter suas questões emocionais também trabalhadas, não só para fornecer um apoio mais consistente a seus clientes, mas também para não sofrer com situações internas mal resolvidas, o que geraria graus variáveis de incapacidade de se relacionar com fatos e/ou pessoas (Brunner & Suddarth, 1993).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A opção B inicia com uma postura interessante do profissional. Começar o contato com o cliente permitindo que ele expresse e verbalize seus sentimentos, medos e anseios produz um modo eficaz e profícuo de estabelecer a assistência de enfermagem. A prática em hospitais e rede básica de saúde tem nos provado que, na maioria das vezes, os enfermeiros têm estabelecido um diálogo sem ciência das reais necessidades e/ou interesses das pessoas atendidas, o que favorece um relacionamento que nem sempre produz os frutos desejados ou na profundidade em que são necessários (Mussi, 1999).

Freqüentemente, ao permitir a livre expressão de seus sentimentos, os clientes abordam diversos outros assuntos que os incomodam e que, na maioria das vezes, a equipe de saúde não tem conhecimento. O cliente adoentado é um ser socialmente determinado, historicamente especificado e que carrega em si os dramas humanos em suas diversas dimensões e em graus variáveis, desde a carência afetiva até às impossibilidades financeiras que o tornam marginal da sociedade. Assim, quando ele falar sobre seus sentimentos acerca da colostomia, estará falando de todo o seu conjunto de sentimentos, afetividades, carências, desilusões, incapacidades e limitações (Boff, 1999). Cabe, contudo, ao enfermeiro reconhecer que não consegue dar resolutividade a todos os problemas dos clientes, de modo que não fique angustiado com situações que, apesar de sua disponibilidade para ajudar, a resolução está fora de suas possibilidades pessoais ou profissionais.

Aliado a isso, o enfermeiro necessita ter conhecimentos científicos consistentes de forma que as dúvidas sejam resolvidas e os motivos da existência da colostomia sejam explicitados com argumentos consistentes, conscientizando o cliente de que, assim que for possível, seu trânsito intestinal será regularizado. É necessário lembrar sempre que prazos fixos só devem ser fornecidos se o profissional tiver absoluta certeza deles, o que direciona a assistência para uma abordagem multiprofissional. Do contrário, prazos estabelecidos e não cumpridos gerarão desânimo no cliente e descrédito no profissional. Por fim, a demonstração de que a presença da colostomia é estritamente necessária em várias cirurgias e que existem diversos outros clientes na mesma situação conforta o cliente durante sua evolução (Brunner & Suddarth, 1993).

A opção B trabalha com a complexidade crescente, o que pode ser interessante na aplicação da prática. Após estabelecimento de uma comunicação proveitosa acerca da colostomia, ensinar o cliente a manuseá-la é um passo importante no sentido de atingir o autocuidado, inclusive, porque a maioria dos clientes vai para casa ainda com colostomia (Brunner & Suddarth, 1993). Ensinar os princípios da limpeza e trabalhar os medos e anseios dos clientes ao manusear resulta em um sentimento de apropriação e controle de si por parte do cliente e diminuição da sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem.

A opção C não se apresenta como adequada, porque ensinar o cliente a manusear a colostomia sem verificar e trabalhar os sentimentos e percepções que existem por trás desse ato pode significar um desgaste emocional, quando não uma recusa do cliente em lidar com a situação. A educação em saúde deve perpassar por outras linhas de ação que não a mecanização do ato sem uma reflexão que dê um arcabouço consistente à ação. Os desejos do cliente devem ser respeitados no que tange a falar ou não acerca da colostomia, mas o profissional deve explicitar sua disponibilidade para tal ato, de forma que o cliente se sinta com liberdade para decidir.

A opção D só possui sentido completo se for como finalização da opção B, ou seja, ela tem que ser uma continuação de um trabalho preestabelecido que culmina com o atendimento especializado pelo psicólogo ou pela continuação do atendimento pelo grupo de ostomizados, que tem surtido, na prática, um bom efeito na vida das pessoas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 4

A questão 4 abrange um tema complexo no ser humano: a sexualidade. Tema este difícil de ser trabalho e especialmente complicado para o cliente de sexo masculino devido à carga de preconceito da sociedade moderna.

A opção A indica uma ação correta demonstrando a disponibilidade do profissional às demandas emocionais, sexuais e afetivas do cliente. Durante todo este capítulo, vimos ressaltando a necessidade de o profissional enfermeiro se mostrar como alguém que atenta para todas as dimensões e necessidades afetadas do cliente internado (Waldow, 1998). No entanto, neste ponto da sexualidade, este item se torna foco de uma atenção específica. Nesta área, é muito comum e de difícil controle o julgamento de valores próprios do profissional como sendo universais, o que implica a imposição de comportamentos e atitudes individuais que "devem" ser entendidos como normais. Este processo não é simples para o profissional, uma vez que este é, também, social e culturalmente condicionado. Faz-se necessário, então, um autoconhecimento profundo e uma capacidade de ser aberto a comportamentos que podem ser enquadrados, pelo profissional, como inadequados e impróprios (Silva, 2000). Isso se traduz, na prática, na verbalização dos clientes acerca de suas práticas sexuais ou de comportamentos sexuais considerados pela sociedade, ou até mesmo pelo profissional, como "diferentes" e como exemplo, podemos citar a homossexualidade ou a transexualidade (Brunner & Suddarth, 1993). Por fim, os(as) clientes podem, às vezes e independente de sua vontade, ficar excitados durante a realização de algum procedimento por parte da equipe de enfermagem.

O comportamento do enfermeiro e de sua equipe buscando compreender a situação do cliente a fim de fornecer informações e orientações concretas e corretas, evita que o cliente gaste energias desnecessárias com preocupações infundadas.

A opção B contém uma situação muito importante. É necessário que o enfermeiro direcione sua equipe no sentido de visualizar o cliente dentro de seu contexto amplo de vida. Esse comportamento tende a superar as classificações genéricas e simples como "chato", "ptiático" e outros nomes que comumente ouvimos nas unidades de saúde, ao mesmo tempo em que preparamos a equipe para a observação de comportamentos e situações que, por sua natureza mais sutil, tendem a passar despercebidas (Mussi, 1999; Waldow, 1998). Assim, o cliente que antes chamava incessantemente e desgastava a equipe, esta começa a considerá-lo ansioso e necessitado de uma intervenção específica de enfermagem.

A opção C indica a necessidade de abordagem e assistência multiprofissional ao cliente. O enfermeiro atua como um elemento amalgamador dentro da equipe de saúde (Lunardi Filho, 2000), o que lhe permite a capacidade de avaliação de atendimento das necessidades especializadas dos clientes. Esse encaminhamento não deve ser entendido como um "tirar a responsabilidade de", mas como parte da função integradora da enfermagem.

A opção D complementa a opção A no sentido de subsidiar o cliente com informações científicas acerca do que foi realizado durante a cirurgia, quais sejam as implicações desse ato para o momento e para o futuro do mesmo. O profissional deve utilizar uma linguagem acessível e simples, mas objetiva e sincera, de modo que o relacionamento terapêutico não seja interrompido (Mussi, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON, LD; MURRIA, ME. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 618 p, 1989.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2. BOFF, L. Saber Cuidar — Ética do Humano, Compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
3. BRUNNER, LS; SUDDARTH, DS. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1782 p, 1993.
4. LUNARDI FILHO, WD. O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina. Pelotas: UFPel, 206 p, 2000.
5. MUSSI, FC. Confortamos? Lidamos com o Humano sem Conhecer o que de Humano Temos Dentro de Nós. Revista da Escola de Enfermagem da USP 33(2):113-122, Junho 1999.
6. SILVA, AL. A Dimensão Humana do Cuidado em Enfermagem. Acta Paul Enf 13, Número Especial, Parte I, 2000.
7. WALDOW, VR. Definições de Cuidar e Assistir: Uma Mera Questão de Semântica. Revista Gaúcha de Enfermagem (Porto Alegre) 19(1):20-32, janeiro 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 20

Atenção de Enfermagem aos Clientes com Problemas Cardiológicos

Cristiane Maria Amorim Costa
Eliane Passos Pereira
Ana Rita Alves Ferreira
Ciléa Nascimento Silva Ramos

INTRODUÇÃO

A partir do momento em que as arritmias cardíacas puderam ser detectadas com auxílio primordial dos monitores do ritmo cardíaco, as unidades coronarianas puderam oferecer recursos tecnológicos e humanos especializados para todo aquele indivíduo com doença cardíaca grave e potencialmente recuperável. A concentração racionalizada de clientes nestas unidades requer o uso de tecnologia apropriada, desenvolvimento de procedimentos específicos e sofisticados, e principalmente, disponibilidade de pessoal habilitado a atuar em condições onde distúrbios que colocam em risco a vida dos clientes sejam prontamente reconhecidos e revertidos.

Desta forma, o enfermeiro que assiste ao cliente numa unidade coronariana tem diante de si uma grande responsabilidade, já que necessita buscar aprofundar seu conhecimento técnico-científico que ultrapassa o curso de graduação, acompanhando de perto o avanço contínuo de novas tecnologias. Deverá desenvolver a habilidade nas relações interpessoais, pois em sua maioria os clientes coronarianos encontram-se despertos, em pleno uso de sua capacidade mental e ansiosos por não entenderem em um primeiro momento a suprema necessidade de repouso absoluto no leito. Tal habilidade é necessária para uma visão holística do indivíduo, com a implementação de cuidados básicos, vigilância contínua e autonomia para desempenho de suas funções, concretizando assim uma adequada assistência de enfermagem.

Objetivo da Aprendizagem

Analisar uma situação-problema ocorrida no cotidiano da assistência de enfermagem, onde através da delimitação de possíveis resoluções, o enfermeiro exerça seu

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

conhecimento técnico-científico, sua habilidade no relacionamento interpessoal e sua autonomia na tomada de decisões.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Ao receber o plantão da sua colega do serviço noturno na unidade coronariana em que estava lotada, a enfermeira Cléo foi informada entre tantas coisas, que a vaga existente já estava garantida para um cliente de 38 anos com diagnóstico de bloqueio atrioventricular de terceiro grau que estava apresentando uma freqüência cardíaca de 30 batimentos por minuto. Fazia-se urgente planejar tudo que é necessário para admissão deste tipo de cliente, sem esquecer os outros já internados. Para atendimento dos cinco clientes, Cléo contava na equipe de enfermagem com um técnico, dois auxiliares e uma secretária de enfermagem. Iniciou suas atividades pela organização do espaço coletivo delegando ações,orientando e supervisionando os membros da equipe, conforme a formação de cada um e a especificidade para atendimento de cada cliente, bem como indicando as ações que se fizessem necessárias para o andamento do trabalho. Precisava encarregar-se do preparo da unidade para admissão do novo cliente, e nesse ponto os problemas começaram a tornar-se evidentes. Não havia roupa de cama para preparo do leito. O monitor cardíaco que estava na bancada do leito não funcionava. E o único cateter para punção de acesso venoso profundo era o pediátrico. Cléo sabia que não adiantava desesperar-se, sendo assim o melhor a fazer era passo a passo escolher a solução possível para cada problema.

QUESTÕES

Dentre as assertivas abaixo apresentadas assinale com "c" as corretas e com "e" as erradas.

A ( ) Ao estabelecer as atividades da equipe de enfermagem através da divisão técnica do trabalho, a enfermeira Cléo baseou-se em uma teoria administrativa.

B ( ) Encarregando-se pessoalmente do preparo da unidade para admissão deste cliente portador de bradiarritmia grave, a enfermeira Cléo quis afastar-se do cuidado direto aos clientes que já estavam internados.

C ( ) O monitor cardíaco em uma unidade coronariana é equipamento imprescindível, devendo estar pronto para ser instalado.

D ( ) A enfermeira Cléo estava tranqüila por ter um cateter pediátrico para punção de acesso venoso profundo, pois ter este era melhor do que não ter nenhum.

GABARITO FUNDAMENTADO

Questão A — CERTO — ao utilizar a divisão técnica a enfermeira Cléo baseou-se nos estudos de Taylor, onde o mesmo trabalho é executado em parcelas por vários trabalhadores. Além disso ao organizar o espaço coletivo para o cuidado dos clientes internados demonstrou segurança, conhecimento e competência ao delegar atividades conforme a formação legal de cada membro do grupo.

Questão B — ERRADO — ao atuar diretamente no preparo da unidade para a admissão do cliente grave, a enfermeira utilizou o planejamento como base para todas as tarefas que teria que implementar, num plano operacional de curto prazo, onde poderia identificar os problemas e direcionar a solução dos mesmos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Questão C — CERTO — o monitor cardíaco é equipamento imprescindível para cada leito de unidade coronariana, pois através deste, é possível monitorizar continuamente o ritmo e a freqüência cardíaca do cliente, detectando precocemente arritmias. Para tal o enfermeiro verificará o aparelho que deverá ter cabo de força ligado à rede elétrica, cabo cliente, mínimo de três eletrodos para fixação adequada no tórax do cliente, sistema de calibração e alarmes funcionantes.

Questão D — ERRADO — com o conhecimento técnico-científico que dispõe a enfermeira Cléo, esta não ficará tranqüila por ter um cateter pediátrico para punção venosa profunda, pois sabe que clientes com BAV de terceiro grau têm completa ausência da condução átrio-ventricular, o que acarreta um pulso tão lento (30-40/min), que diminui o fluxo cerebral com perda da consciência, sendo por isso indicado em 50% dos casos um implante de marca-passo, que para ser introduzido necessita de um cateter venoso com lúmen adequado à migração do eletrodo. O que não ocorrerá num cateter do tipo pediátrico.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE PROBLEMA ARTERIAL CORONARIANO

Introdução

A taxa de mortalidade por doença arterial coronariana (DAC) é bastante elevada em nosso País, apesar da evolução tecnológica e terapêutica das últimas décadas. Esta doença constitui um processo multipotencial. Muitos fatores de risco somam-se ao índice crescente de indivíduos acometidos por infarte do miocárdio, angina, entre outras doenças ateroscleróticas.

A enfermagem tem um papel primordial e co-responsabilidade na batalha coletiva pela diminuição desses índices. Desta forma, iniciamos nossa reflexão sobre o infarte agudo do miocárdio (IAM), onde são enfatizados os fatores de risco, alguns exames complementares para diagnóstico da patologia e condutas de enfermagem para a família e o cliente.

Temos a clareza que o assunto não se esgota e que muitos outros deverão ser discutidos e, principalmente, deverão possibilitar a reflexão do nosso papel frente a essas situações. Esperamos contribuir com os leitores quanto ao aprendizado e inquietações que gerem atitudes efetivas no engrandecimento da nossa atuação como enfermeiros.

Objetivos

- Identificar dados relevantes que devem compor o histórico do cliente usando variáveis de ações primárias e secundárias de enfermagem, frente ao diagnóstico de IAM.
- Reconhecer no cliente os sinais e sintomas do IAM, assim como assinalar exames que auxiliem no diagnóstico.
- Identificar ações de prevenção primária do cliente com diagnóstico de IAM e de prevenção secundária, a sua família.
- Descrever a realização de condutas efetivas no tratamento inicial do infarto agudo do miocárdio.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Da Dor à Cirurgia Cardíaca

O Sr. Paulo Calixto Lopes, 50 anos, economista, natural do Rio de Janeiro, casado, dois filhos, Alberto, com 22 anos e Daniele, com 20 anos. Pais falecidos de acidente vascular cerebral. Tabagista de dois maços por dia, índice de massa corporal (IMC) de 35. Não faz atividade física e considera-se calmo, apesar de considerar seu trabalho estressante. Veio ao hospital para a realização de teste ergométrico. Quando marcou o exame recebeu um impresso do hospital com algumas orientações, como a roupa que deveria trazer, a hora do exame e os remédios que não poderia tomar, mas ficou bastante assustado porque não sabia como seria realizado o exame ou a sua finalidade.

Ao iniciar o exame, queixou-se de dor retroesternal que irradiava para o braço esquerdo. Ao eletrocardiograma (ECG), evidenciou-se alteração eletrocardiográfica sugestiva de Infarto Agudo de Miocárdio. Foi solicitado à enfermeira que administrasse Isordil sublingual e realizasse punção venosa para exames laboratoriais e acesso venoso para medicações. O Sr. Paulo foi colocado na maca e encaminhado para a Unidade Coronariana, onde ficou internado durante três dias, sendo transferido para a Enfermaria de Cardiologia, a fim de fazer os exames pré-operatórios de cirurgia cardíaca.

QUESTÃO 1.1

No caso do Sr. Paulo, assinale com X os fatores de risco apresentados para desenvolver o infarto agudo do miocárdio:

A ( ) Idade
B ( ) Dor retroesternal
C ( ) Tabagismo
D ( ) Profissão
E ( ) Índice de massa corporal (IMC)
F ( ) Hereditariedade
G ( ) Preocupação com os filhos
H ( ) Sedentarismo
I ( ) Estresse no trabalho

QUESTÃO 1.2

Correlacione as colunas de acordo com os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis para Infarto Agudo de Miocárdio APRESENTADOS PELO Sr. Paulo:

1. Modificáveis
   ( ) Estresse
   ( ) Sexo
   ( ) Tabagismo
2. Não-Modificáveis
   ( ) Hereditariedade
   ( ) Idade
   ( ) Obesidade
   ( ) Hipertensão Arterial
   ( ) Dislipidemia
   ( ) Diabetes
   ( ) Sedentarismo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 1.3

Além dos sintomas relatados por Paulo, a dor do infarto agudo do miocárdio ainda pode se caracterizar por:

A — Dor subesternal, podendo ser projetada ao redor do tórax até os ombros.

B — Dor surgindo da porção inferior da pleura. A pessoa pode conseguir localizar a dor.

C — Dor subesternal, podendo disseminar-se, amplamente, pelo tórax. O cliente pode referir incapacidade dolorosa dos ombros e mãos.

D — Dor intensa e aguda retroesternal. O cliente pode referir dor no epigástrio, pescoço, braços ou costas.

QUESTÃO 1.4

Visando orientar o cliente e planejar seus cuidados com adequação, quais conhecimentos devem ser adquiridos sobre o exame de eletrocardiograma e suas finalidades?

_____
_____
_____
_____

QUESTÃO 1.5

Como a enfermeira deve cuidar do Sr. Paulo durante nas fases de pré, trans e pós-realização do ECG?

_____
_____
_____
_____

QUESTÃO 1.6

Se o cliente quiser saber o resultado do exame, como se identifica no traçado do ECG o infarto agudo do miocárdio?

A — Alteração do segmento ST e a inversão da onda T e onda Q superior a 3mm de profundidade.

B — Alargamento do complexo QRS e aparecimento da onda U.

C — Despolarização e repolarização do complexo QRS.

D — Complexo QRS seguindo cada onda P.

QUESTÃO 1.7

Quais os exames de sangue primordiais que o Sr. Paulo deverá fazer para identificação do infarto do miocárdio?

A — TGO, TGP, hemograma, e glicemia capilar.

B — LDH, BHC-G, CK, e troponina.

C — Glicose, Fan, troponina e PSA.

D — CK, CK-MB, troponina e LDH.

QUESTÃO 1.8

Quais as medicações de urgência que podem ser administradas ao cliente durante o infarto agudo do miocárdio?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A — Nitratos, Cloretos e Morfina.
B — Morfina, Nitroglicerina e Heparina.
C — Cloretos, Beta-bloqueador e Gluconato de Cálcio.
D — Glibendamida, Heparina e Estreptoquinase.

QUESTÃO 1.9

Além do sinal de dor apresentado por Paulo, que outros sinais e sintomas são característicos do infarto agudo do miocárdio?

A — Dor esternal, hipotensão, cefaléia e bradicardia.
B — Náuseas e vômitos, dor lombar e cervicalgia, palidez.
C — Polidipsia, hipertensão, edema em membros inferiores e cianose.
D — Dor retroesternal e epigástrica, sudorese e palidez.

QUESTÃO 1.10

Considerando as intervenções de enfermagem ao cliente com IAM nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, coloque Falso (F) ou verdadeiro (V) nas atividades descritas a seguir:

1 ( ) A enfermeira deverá realizar a prevenção secundária para a família.
2 ( ) A enfermeira deverá realizar a prevenção primária para o cliente com infarto agudo do miocárdio.
3 ( ) A família tem um papel fundamental nos hábitos de vida de cada um de seus membros.
4 ( ) A família vivencia o medo da morte de seu familiar frente à constatação da coronariopatia.
5 ( ) A família do portador de uma coronariopatia deve ser vista como um cliente de Enfermagem, com necessidades próprias, que devem ser trabalhadas e atendidas pela enfermeira.

QUESTÃO 1.11

Quais cuidados de Enfermagem você desenvolveria junto à família do Sr. Paulo?

1 ( ) Encaminhar ao cardiologista responsável para as devidas orientações.
2 ( ) Marcar uma entrevista com todos os membros da equipe de saúde.
3 ( ) Devido ao problema do emprego, solicitar que ela procure a assistente social.
4 ( ) Comunicar que em caso de insucesso cirúrgico, o hospital dispõe de assistência religiosa.
5 ( ) Identificar as necessidades e desejos da família e traçar um plano de ação para lidar com ela.

GABARITO FUNDAMENTADO

QUESTÃO 1.1

A. Idade — É considerado como fator de risco para doença arterial coronariana a idade de 45 anos ou mais para homens e 55 anos ou mais para mulheres. Alguns autores, como Leoni (1995), enfatizam que a idade relacionada ao aumento do risco

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da doença arterial coronariana está associada aos fatores de risco modificáveis que agem durante muito tempo.

B. Tabagismo — O tabagismo, segundo a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, é considerado o único fator totalmente modificável. Os efeitos adversos do fumo são: alterações das lipoproteínas (diminuição de HDL-c), aumento da freqüência cardíaca e na pressão arterial, entre outros. É importante ressaltar que a interrupção do hábito de fumar diminui progressivamente o risco para DAC;

C. IMC > 35 — O Índice de Massa Corporal (IMC) é reconhecido como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade. O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m). De acordo com o valor do IMC apresentado pelo cliente, este pode ser enquadrado numa das seguintes categorias: abaixo do peso — abaixo de 18,5; peso normal — entre 18,5 e 24,9; sobrepeso — entre 25,0 e 29,9; obesidade grau I — entre 30,0 e 34,5, obesidade grau II — entre 35,0 e 39,9, e obesidade grau III — 40,0 e acima. Deste modo, o cliente está enquadrado na categoria de obesidade grau II.

D. Hereditariedade — Diz respeito ao aumento do risco de desenvolver DAC no indivíduo que tem parentes de primeiro grau da família com história da doença. Um histórico que levante relatos de infarto agudo do miocárdio ou morte súbita em parentes de primeiro grau, antes dos 55 anos para homens e antes dos 65 anos para mulheres, evidencia o fator de risco-hereditariedade para este cliente.

E. Sedentarismo — A atividade física diminui a pressão sangüínea, melhora a resistência a insulina e controla o sobrepeso. É importante observar, durante o levantamento de dados à atividade física do indivíduo, informações referentes à freqüência, intensidade e tempo de realização da atividade física. Muitas pessoas julgam que, por fazerem exercício físico apenas nos finais de semana, não se consideram sedentários. Isto pode ser considerado uma verdade se o indivíduo faz algum tipo de atividade. Mas se avaliarmos os benefícios na prevenção para DAC, o indivíduo se enquadrará como sedentário. A atividade física, como benefício para prevenção da DAC, deve ter freqüência mínima de três vezes/semana, duração de, no mínimo 30 minutos e de intensidade moderada;

F. Estresse no trabalho — Ainda existem controvérsias sobre o papel do estresse e do tipo de personalidade na determinação do risco para DAC. É conhecida sua importância como gatilho desencadeador de um evento agudo. Ressalta-se a importância de levantar dados tanto do estresse no trabalho, quanto do estresse individual. No estresse individual, características como agressividade, competitividade e um excessivo senso de urgência e hostilidade podem evidenciar o que é conhecido como Comportamento tipo A, que é uma evidência de estresse e, portanto, fator de risco para DAC.

QUESTÃO 1.2

Justificativa: Os fatores de risco para doença arterial coronariana são agrupados em modificáveis ou potencialmente modificáveis e não modificáveis. Dentre os não modificáveis, são incluídos: a idade, o sexo e a história familiar (hereditariedade). Dentre os modificáveis, ou potencialmente modificáveis, incluem-se dislipidemia, diabete, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e estresse. Alguns autores ainda definem uma nova subcategoria, que são os parcialmente modificáveis, onde se incluem HDL-c baixo, lipoproteína e hemocisteína. Percebe-se, que os fatores de risco modificáveis ou potencialmente modificáveis são decorrentes de um estilo de vida desajustado. Esta classificação é importante, visto que os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fatores que podem ser modificados, através de uma revisão dos hábitos de vida do cliente, são indícios importantes para a enfermeira, que tem um papel imprescindível nesta reflexão e no auxílio na modificação destes hábitos.

QUESTÃO 1.3

Opção D — Dor de localização retroesternal ou precordial e intensa, com sensação de peso ou aperto e duração de 30 minutos. Pode irradiar para o pescoço, mandíbula, membros superiores e dorso. Nos clientes com diabetes, a dor pode ser incaracterística.

QUESTÃO 1.4

O eletrocardiograma é um dispositivo básico de monitorização da atividade elétrica do coração. Útil no diagnóstico das desordens do ritmo, eventos isquêmicos, distúrbios eletrolíticos e farmacológicos. Ele permite uma visão prismal do coração. As derivações representam as áreas do coração e o conjunto destas, as paredes do coração. O princípio eletrocardiográfico é simples. As forças elétricas dentro do coração são transmitidas para a superfície do corpo, onde podem ser detectadas através de eletrodos. Para conseguirmos estas ondas, elas necessitam ser ampliadas. Esses registros formam uma imagem contínua, que é denominada de ECG.

QUESTÃO 1.5

A) Orientar o cliente quanto ao procedimento, visto que coletivamente tem-se a idéia de que este exame "dá choque";

B) Desengordurar a pele com éter ou álcool, a fim de facilitar a condução e utilizar a pasta condutora;

C) Não há necessidade de retirar objetos de metal que o indivíduo esteja portando, devendo entretanto afastá-los dos eletrodos;

D) Colocar o cliente em decúbito dorsal, devendo suas mãos ficar estendidas ao longo do corpo;

E) Colocar as braçadeiras nos punhos e tornozelos; colocar gel no peito do cliente.

QUESTÃO 1.6

Opção A — Durante o infarto do miocárdio, o tecido necrótico do coração lesado leva à modificação da despolarização e repolarização ventricular. Essas modificações se caracterizam pelas alterações das ondas P, complexo QRS segmento ST. As ondas Q podem indicar necrose tecidual e são permanentes. Neste caso, elas são superiores a 3 mm de profundidade.

QUESTÃO 1.7

Opção D – A enzima CK (creatinoquinase) e sua isoenzima, que é a CK-MB, são específicas para o músculo cardíaco. A desidrogenase lática (LDH) embora não seja específica, atinge níveis máximos, permanecendo elevada por muito tempo nos indivíduos com IAM. A troponina é codificada por três genes distintos, os quais se expressam de forma diferente, segundo os tipos de músculo. Nas lesões do miocárdio, a troponina apresenta uma elevação precoce (6 horas) e duradoura (de 10 a 14 dias).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 1.8

Opção B — A administração da morfina proporciona alívio da dor, redução da pressão arterial, da freqüência cardíaca e respiratória, além da diminuição da ansiedade. A nitroglicerina é vasodilatadora, proporcionando um relaxamento dos vasos coronarianos, impedindo os espasmos coronários. O uso de anticoagulante é útil para auxiliar terapia trombolítica, pois no infarto do miocárdio é comum a formação de trombos.

QUESTÃO 1.9

Opção D — Os sinais e sintomas mais freqüentes do infarto são:

- Dor torácica, retroesternal e epigástrica, que não é aliviada pelo repouso e vasodilatadores, é uma dor opressiva, súbita, podendo aumentar de intensidade até se tornar insuportável e irradiar-se para ombros e para os braços, geralmente para o braço esquerdo (tipo garra);
- Sudorese intensa, pegajosa;
- Náuseas e vômitos;
- Hipotensão ou hipertensão;
- Palidez;
- Dispnéia ou Taquipnéia;
- Ansiedade e inquietação;
- Taquicardia e bradicardia.

QUESTÃO 1.10

1. F — A prevenção secundária, assim como as medidas preventivas realizadas nos clientes com diagnóstico de doença arterial coronariana, na tentativa de impedir futuros eventos cardíacos. Portanto, a prevenção secundária é o conjunto de ações de enfermagem que visam uma reflexão acerca dos fatores de risco que levaram ao aparecimento da doença por parte do cliente, com vistas à adoção de um estilo de vida mais saudável e que possa prevenir novos eventos cardíacos. Portanto, a prevenção secundária é realizada com o cliente com coronariopatia.

2. F — A prevenção primária é o conjunto de intervenções utilizadas para evitar o desenvolvimento da doença arterial coronariana, clinicamente manifesto em pessoas com evidência anterior de doença. A família necessita de orientação de cuidados de enfermagem na busca de uma conscientização da necessidade da adoção de hábitos de vida mais saudáveis, visto que os filhos passam a ter o fator de risco não-modificável, que é a hereditariedade, o que define uma prevenção primária, e não uma prevenção secundária, que diz respeito ao cliente com coronariopatia.

3. V — A família é responsável pela manutenção do bem-estar dos seus membros, pois transmite atitudes, crenças e hábitos que promovem ou não saúde. Percebemos em nossas próprias vidas que alguns hábitos como a alimentação, o hábito de fumar, o sedentarismo, tendem a se perpertuar nos filhos. A mudança de hábitos de vida prejudiciais à saúde dos pais, através da enfermeira, leva a crer que diminuirá a probabilidade de adoção destes hábitos pelos outros membros do grupo familiar. Além disso, a adesão aos hábitos de vida mais saudáveis pelos familiares servirá, também, de suporte ao cliente, na mudança de seus hábitos de vida, sendo importante a detecção das mudanças ocorridas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

4. V — A constatação de uma doença grave, como a coronariopatia, gera sentimentos de medo tanto no cliente como em toda a família, visto que acarreta dúvidas em relação ao presente e ao futuro do familiar acometido pela doença e, em conseqüência, de toda a família. Ben-Air (1995, p. 205) afirma que um evento agudo cardíaco é tido como um caos tanto para o cliente como para sua família. Ocorre inicialmente o pânico e a ansiedade, sentidos pela ameaça de morte, depressão transitória e negação da severidade da doença ou rejeição desta realidade. O medo também pode estar associado às dúvidas da família aos rumos que suas vidas irão tomar. Diante da doença como um fato novo, toda a família se pergunta, o que irá acontecer?

5. V — Como já percebemos, a família precisa ser considerada como cliente da enfermeira tanto pelos sentimentos que vivencia no momento da internação de seu familiar, como em função das necessidades de reflexão de seus hábitos de vida na prevenção primária da doença arterial coronariana de seus membros. A explicação da doença, das causas, dos cursos que a doença pode ter, das formas de tratamento, e do real estado de saúde auxiliam esta família a amenizar dúvidas que, se não colocadas, podem gerar fantasmas que aumentarão o medo. Outro ponto que se torna fundamental é a abertura de um espaço para que a família realmente possa se colocar, e não esperar que ela procure auxílio. Enfatiza-se este ponto porque o que temos visto em nosso dia-a-dia no hospital é a família buscar auxílio em caso de necessidade, o que infelizmente nos afasta desta clientela, porque acabamos por priorizar o INDIVÍDUO, esquecendo que estas pessoas são sua base de sustentação e também são nossos clientes.

QUESTÃO 1.11

Opção 5 — A enfermeira deve estabelecer um espaço de conversa com esta família que pode ser através de uma entrevista para identificar e trabalhar os sentimentos vivenciados nesta nova realidade e, assim, colaborar para amenizá-los. Muitas vezes, um familiar acaba por negar esses sentimentos, por não ter um espaço para desabafá-los. Durante esta conversa é importante perceber o comprometimento econômico e social da família durante a hospitalização de um membro.

Podemos exemplificar imaginando que um pai de uma família patriarcal em sua essência, além de único provedor, é acometido por um infarto. Quais as repercussões para esta família? Primeiro percebe-se que a família fica sem um líder e, portanto sem um comando, que deverá ser assumido por um dos componentes desta família. Além disso, como a família se sustentará após a constatação da doença? Será que o cliente poderá voltar a exercer suas atividades após a alta hospitalar? Todo este conhecimento adquirido pela enfermeira colaborará na realização de um diagnóstico desta família, para implementação de cuidados que poderão auxiliar a reestruturação da família. É imprescindível também levantar os hábitos de vida prejudiciais à saúde, assim como o estado de saúde dos membros desta família para iniciar o processo de reflexão sobre o potencial risco de desenvolver a doença, visto que os filhos passam a ter o fator hereditário como um fator de risco não modificável para doença arterial coronariana. Esta reflexão deve incluir também, por parte da família, o reconhecimento dos hábitos de vida prejudiciais à saúde individual e familiar, e a discussão de estratégias de modificação destes hábitos, auxiliando-a a adotar hábitos de vida mais saudáveis.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARIZON, SM. Estimulação cardíaca artificial. In: Cintra EA. Assistência de Enfermagem ao paciente crítico. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 335-341, 2000.
2. BENNETT, JC; PLUM, F. Cecil — textbook of medicine. Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1996.
3. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol.1, 819 p.
4. CALDAS, NP. Planejamento assistencial de enfermagem. In: Santos I (org.). Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
5. COSTA, CMA. A família como cliente da enfermeira: O movimento dos "corações" no convívio familiar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Orientadora: Maria José Coelho. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1998.
6. DEEDWANIA, PC. Perspectivas clínicas na prevenção primária e secundária da aterosclerose coronariana. In: DEEDWANIA, P.C. Clínicas Médicas da América do Norte: Questões Atuais em Cardiologia. Rio de Janeiro: Interlivros, p. 963-88, 1995.
7. HANSON, SMH; BOYD, ST. Family Health Care Nursing — Theory, Practice and Research. Filadelfia: F. A. Davis Company, 421 p, 1996.
8. HUDAK, G. Cuidados Intensivos de Enfermagem — Uma Abordagem Holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1013 p.
9. KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 77-79, 1994.
10. NETTINA, SM. Prática de Enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol. 1, 1325 p.
11. RAMOS, CNS. A vivência do idoso cardiopata perante sua hospitalização em um setor de cardiologia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: FENF/UERJ, 2000.
12. SILVA, LD. Assistência ao paciente crítico: Fundamentos para a Enfermagem. Rio de Janeiro. Cultura Médica: 416 p, 2001.
13. SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Manual de Cardiologia. Rio de Janeiro: Atheneu. 590 p.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 21

Atenção de Enfermagem em Nefrologia Clínica Cirúrgica e o Cuidar Dialógico de Enfermagem em Transplante Renal

Eurinilce Xavier de Lima

PROBLEMAS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA

A enfermagem em nefrologia é uma área que requer daqueles que nela atuam um conhecimento sobre a teoria e a prática de enfermagem em nefrologia clínica, práticas dialíticas e de transplante renal. Como membro de uma equipe multidisciplinar, é da responsabilidade deste enfermeiro identificar os problemas de enfermagem do cliente renal e prestar uma assistência que proporcione a esta pessoa uma melhor qualidade de vida.

A Enfermagem em Nefrologia é fundamentada em um cuidado holístico, baseado na prática, em que o diagnóstico e o tratamento são aplicados de acordo com as necessidades individuais de saúde daqueles que vivem o impacto de uma doença renal. As intervenções de enfermagem podem ser implementadas através de uma interação direta com o cliente ou indiretamente por colaboração interdisciplinar (Anna, 1995).

A nossa abordagem será o cuidado prestado ao cliente em insuficiência renal irreversível, na fase de tratamento conservador, estágio da doença que antecede a falência total do rim; a nosso ver, trata-se de uma assistência pouco discutida, se comparada ao tratamento dialítico ou ao transplante renal.

A doença renal crônica caracteriza-se pela perda gradual da função dos néfrons, causada pela inflamação da membrana glomerular, cujos sintomas são: proteinúria, hematúria, hipertensão, retenção de fluidos e edema. De acordo com a hipótese de Bricker, essa perda é gradual porque enquanto uns nefrons são destruídos pela doença outros néfrons de reserva passam a funcionar. Com o avanço da doença, os néfrons restantes se hipertrofiam, na tentativa de manter a homeostase. A doença renal tem, muitas vezes, uma evolução de longa duração e pode ser controlada através de tratamento conservador, ou seja, dieta, controle de líquidos e medicamentos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quando os rins perdem cerca de 80% de sua função, não conseguem mais regular o ambiente interno, afetando toda a fisiologia corporal. Nesse estágio será indicada a diálise de manutenção ou o transplante renal, além de dieta, controle de fluidos e medicamentos.

A perda de 75%-80% da função renal repercute de forma devastadora sobre os outros órgãos do corpo. A uréia, um dos produtos finais do metabolismo dos alimentos, na impossibilidade de ser eliminada através do rim, acumula-se no sangue. Ao difundir-se para todos os líquidos corporais, intra e extracelulares, a uréia provoca alterações em todos os órgãos, levando a um quadro conhecido como uremia ou síndrome urêmica. (Lancaster e col., 2001, Cameron, Russel, Sale, 1976.)

A síndrome urêmica é definida como "... sinais e sintomas que resultam de efeitos tóxicos dos níveis elevados de resíduos nitrogenados e outros catabólitos do sangue" (Daugirdas, Ing, 1996).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA UREMIA

As manifestações clínicas da uremia podem variar, em maior ou menor intensidade, de um cliente para outro; determinados sintomas podem estar presentes em alguns indivíduos, e em outros, não.

Alterações da Pele

Pele seca e amarelada, retenção de toxinas urêmicas, prurido, escoriações e sangramento da pele devido a ferimentos causados pelas unhas do cliente na tentativa de aliviar a coceira. Equimoses e púrpura causados por fragilidade capilar e pela alteração do tempo de coagulação.

Avaliação e Cuidados de Enfermagem:

1. Examine a pele para sinais de prurido, escoriações, sangramentos e infecções.
2. Mantenha a pele limpa e úmida com a aplicação de creme hidratante.
3. Mantenha as unhas do cliente cortadas, para evitar escoriações.
4. Administre medicamentos para alívio do prurido.
5. Proteja o cliente contra traumatismos de pele.

Alterações no Balanço de Líquidos e no Balanço Ácido-Básico

Aumento de peso, hipertensão, edema pulmonar, edema dos pés, dos tornozelos, das mãos, edema periorbital e da região sacra. Hipervolemia ou hipovolemia. Ascite.

Aumento da freqüência e da profundidade respiratórias (respiração de Kussmaul), torpor e coma. Dor de cabeça e dispnéia.

Avaliação e Cuidados de Enfermagem:

1. Medir e anotar a ingesta de líquidos e o volume urinário e compará-los. Incluir no cálculo 500ml para as perdas insensíveis.
2. Medir e anotar o peso diário e compará-lo com o peso seco. (Peso do cliente sem edemas.) Usar a mesma balança e o mesmo tipo de vestimenta.
3 Perguntar ao cliente sobre: falta de ar, posição para dormir e número de travesseiros, anéis e sapatos apertados.
4. Verificar se há presença de edemas nas regiões sacra, periorbital e extremidades.
5. Verificar a pressão arterial.
6. Avaliar o estado mental (na acidose metabólica pode haver estupor e coma).
7. Investigar sobre: náuseas, vômitos, dor abdominal, dor de cabeça e fraqueza.
8. Anotar o volume e a cor da urina.
9. Observar: freqüência urinária, retenção urinária; dor ou queimação ou espuma na urina.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Alterações Gastrointestinais

A maioria dos sintomas gastrointestinais surgem em conseqüência da uréia retida nas secreções gastrointestinais. Na saliva, a uréia é convertida em amônia por bactérias presentes na boca, causando um hálito forte de amônia, estomatite, ulcerações e sangramento de gengivas. Anorexia, náuseas e vômitos. Sangramento da mucosa intestinal, diarréia ou constipação intestinal.

Avaliação e Cuidados de Enfermagem:

1. Higiene oral com escova macia, várias vezes ao dia, para remover as bactérias. Lavar a boca com solução de vinagre para neutralizar a amônia e melhorar o paladar.
2. Verificar se há presença de sangue nas fezes e nos vômitos.
3. Orientar o cliente para observar o tipo e a freqüência das evacuações.
4. Oferecer alimentos em pequenas porções e com maior freqüência.
5. Não administrar medicamentos que contenham aspirina, para não agravar o sangramento.

Alterações Cardiovasculares

A retenção de água e de sal, com ou sem hipertensão, é muito freqüente no cliente renal, causando a insuficiência cardíaca. Ele pode apresentar-se com dispnéia, cianose, pericardite e tamponamento cardíaco. Em conseqüência de hipertensão, pode haver acidente vascular cerebral e angina.

A hiperpotassemia é um problema importante na fase oligúrica da insuficiência renal aguda e também na insuficiência renal crônica. O valor sérico normal de potássio é de 3,5 a 5,0 mEq/L. A partir de 5,0 ou 5,5 mEq/L é indicativo de hiperpotassemia.

Avaliação e Cuidado de Enfermagem:

Observar:

1. Aumento da pressão arterial, do peso ou ocorrência de edemas.
2. Distensão da veia jugular.
3. Dor no peito, que aumenta quando o cliente está deitado, diminui quando está sentado ou de pé.

ALTERAÇÕES PULMONARES

Os problemas pulmonares estão relacionados às toxinas urêmicas. Os mais freqüentes incluem: edema, inflamações da pleura e pneumonia urêmica.

Avaliação e Cuidados de Enfermagem:

1. Observar a freqüência, a profundidade e a regularidade dos movimentos respiratórios, dispnéia e ortopnéia.
2. Ensinar o cliente a fazer exercícios respiratórios, a tossir e a inspirar profundamente.
3. Encaminhá-lo para vacina anual de gripe e pneumonia.
4. Observar sinais de cianose ou secreção pulmonar com presença de sangue.

Alterações Neuromusculares

Obnubilação mental, incapacidade de concentração, sonolência, letargia, espasmos, convulsões, e tetania; neuropatia periférica que pode causar dormência, cãimbras, contrações, fraqueza e dores musculares.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Avaliação e Cuidados de Enfermagem:

1. Verificar a cada 8 horas se o cliente está orientado no tempo e espaço.
2. Avaliar as alterações mentais: confusão, desatenção, incapacidade de concentração.
3. Falar com freqüência com o cliente; fornecer orientações curtas e repeti-las se necessário.
4. Avaliar os problemas motores; dificuldade de andar cãimbras e dormência.
5. Avaliar a visão, a audição e olfato.
6. Auxiliar o cliente, caso haja alguma deficiência.

Alterações Psicossociais da Uremia

Depressão, irritabilidade e hostilidade devidas a: medo da morte, medo de sentir dor, perda da autonomia, alteração da auto-imagem, isolamento da família e dos amigos, queda da renda familiar pelas despesas com o tratamento, dependência de terceiros, incerteza quanto ao futuro e à adaptação ao ambiente hospitalar.

Avaliação e Cuidados de Enfermagem:

1. Estabelecer uma relação enfermeiro/cliente que facilite ao cliente a expressão de seus sentimentos e suas necessidades sociais.
2. Ajudá-lo a lidar com situações de raiva, negação e alterações de humor.
3. Identificar as necessidades de ajuda e encaminhar o cliente para o atendimento de outros profissionais da equipe de saúde, conforme as necessidades identificadas.

Nem todos os clientes em IRC apresentam todo o quadro descrito acima. Quando o diagnóstico da doença for feito precocemente e seguido de tratamento conservador, o cliente ingressará em diálise antes do agravemento dos sintomas. Com o início do tratamento dialítico, muitos destes sintomas tendem a desaparecer ou a diminuir em intensidade, permitindo ao indivíduo uma qualidade de vida bem próxima da normalidade.

A EDUCAÇÃO DO CLIENTE

O cliente terá de compreender todos os aspectos de sua doença e do processo terapêutico para tornar-se um participante ativo e capacitado a tomar decisões sobre seu tratamento. O processo educativo irá facilitar essa compreensão.

Na prática de enfermagem, é de grande importância o enfermeiro procurar entender o significado que a doença tem para o cliente, de modo a desenvolver um plano de assistência holístico e realista, tendo em vista uma terapêutica humanista, de resultados adequados a cada cliente em particular.

Traremos para discussão alguns aspectos dessa assistência de enfermagem dirigida a clientes em estágio final de falência renal.

Objetivos da Aprendizagem

- Apresentar um histórico com exame físico sistemático direcionado para o cliente renal.
- Identificar os problemas decorrentes da insuficiência renal apresentados pelo cliente e que estejam relacionados à intervenção de enfermagem.
- Implementar as ações da enfermagem tendo em vista um sistema holístico de cuidado ao cliente.
- Estimular o enfermeiro, através da leitura de um estudo de caso, a refletir e a tomar decisões sobre o cuidar de enfermagem individualizado.
- Propor estratégias para orientação do cliente em seu autocuidado.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ESTUDO DE CASO

Apresentamos um estudo de caso de uma cliente em insuficiência renal, com a finalidade de exercitar o leitor na aplicação de cuidados de enfermagem.

Simularemos uma situação clínica, seguida de um indicador de respostas. Confronte as situações com as propostas do indicador e construa seu plano de assistência. Use sua criatividade e capacidade de tomar decisões.

ESTUDO DE CASO 1

A Sra Leila de Souza foi admitida à Clinica de Nefrologia em insuficiência renal irreversível para tratamento dialítico. Duas semanas antes de sua internação, ela foi submetida a uma cirurgia de fístula arteriovenosa para hemodiálise.

A enfermeira deu início ao planejamento da assistência de enfermagem. Como primeiro passo utilizou uma folha de avaliação.

FOLHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA

Nome: Leila de Souza — Data de Admissão: xx/xx/xx
Idade: 35 — Sexo: fem. — Estado civil: casada — Filhos: 02
T.P.R.: 37,8/80/20 — P.A.: Supina 160 × 110 — De pé: 120 × 90
Altura: 1,65m — Peso: 65

1. Sistema Urinário — Diurese
   Cor: amarela escura
   Oligúria: 300ml em 24h
   Retenção urinária: não
   Polaciúria: sim
   Poliúria: não
   Disúria: sim
   Nictúria: sim
   Presença de espuma: sim
   Urgência urinária

2. Sistema Cardiovascular
   Pulso irregular: não
   Dor precordial: não
   Outros: fica tonta ao se levantar bruscamente

3. Equilíbrio Hídrico
   Edemas
   Moderado: sim
   Pés: sim
   Pernas: não
   Tornozelos: sim
   Região sacra: sim
   Abdome: não
   Região periorbital: não

4. Sistema Respiratório
   Freqüência respiratória
   Profundidade: normal

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Odor: não
Dificuldade respiratória
Deitado: não
Andando: sim
Sentado: não
Andando: não
Subindo escada: sim
Respiração de Kussmaul: não
Respiração Cheines Stokes: não
Outras: não
Tosse seca: não
Tosse produtiva: não

5. Sistema Nervoso
Estado mental
Alerta: não
Confuso: sim
Torporoso: não
Comatoso: não
Desatento: sim
Orientado no tempo: sim
Lugar: sim
Espaço: sim
Outros: refere dificuldade de concentração naquilo que lhe é dito. Adormece com facilidade.
Distúrbios sensoriais:
Visual: não
Auditivo: não
Tátil: não
Olfativo: não
Distúrbios motores.
Marcha: dificuldade de andar
Dormência: não
Outros: cefaléia

6. Sistema Gastrointestinal
Boca:
Seca: sim. Com ulcerações: não
Apetite:
Anorexia: sim
Náuseas: sim
Vômitos: sim
Cor de café: não
Indigestão: sim
Diarréia: não
Dor: não
Constipação: sim
Soluços: sim
Fezes: escuras
Pele
Cor: amarela-escura

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Seca: sim
cianótica: não
com prurido: sim
contusões: sim
Amarelada: sim
Acinzentada: não
Manchas: sim
Pele: com cristais urêmicos
Transpiração
Diminuída: sim
Aumentada: não
Normal: não

7. Sistema Músculo-esquelético
Tônus muscular: normal
Flácido: não
Atrofiado: não
Câimbras: à noite, com dor e contrações
Outros

8. Sistema Endócrino
Puberdade retardada: não
Libido: reduzida: sim
Impotência sexual: não
Amenorréia: sim

10. Comportamento na Admissão
Apreensão: sim
Ansiedade: não
Irritação: não
Agitação: não
Depressão: sim
Indiferença: sim
Calmo: sim
Outros:

Considerando os dados acima, utilize o indicador de respostas (Tabela 21.1) para identificar os problemas de enfermagem que julga importantes no plano de cuidados para esta cliente.

Problema 1.0

Escolha os fatores que contribuem para os problemas nutricionais da cliente conforme a descrição na Tabela 21.1

Quadrados nº_____

Problema 2.0

Escolha os fatores que a Sra. Leila necessita compreender para que possa iniciar um programa de autocuidado no futuro.

Quadrados nº_____

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PROBLEMA 3.0

Quais os fatores que impedem a Sra. Leila de cooperar psicologicamente com sua situação?

Quadrados nº_____

Tabela 21.1
Indicador de Respostas Sobre Fatores a Serem Considerados no Plano Assistencial — Rio de Janeiro, 2003

1. Alteração do volume urinário	2. Alteração da eliminação intestinal	3. Prevenção complicações cardíacas e respiratórias	4. Deficiência de proteínas
5. Negação da doença	6. Alteração da integridade da pele	7. Baixos níveis de energia e de força muscular	8. Medo do tratamento e da internação
9. Alteração da imagem corporal	10. Alteração da função sexual	11. Depressão	12. Náusea e anorexia
13. Relações sociais e de família prejudicadas	14. Dor e desconforto	15. Perda da mobilidade à neuropatia	16. Anemia

Compare suas respostas com as do indicador. No gabarito alguns esclarecimentos foram acrescentados a determinadas respostas, quando julgadas corretas ou não.

GABARITO FUNDAMENTADO NO CASO 1.0

PROBLEMA 1.0 — NUTRIÇÃO

Respostas: 1-2-4-11-12-14-16

Respostas: 4 e 16

As deficiências de proteínas são a base do seu problema nutricional. Os níveis baixos de proteína retardam o metabolismo das células.

Respostas: 1 e 2

Devido à incapacidade do rim de remover o excesso de água, há necessidade de restrição na ingesta de líquidos entre os intervalos da diálise.

A constipação intestinal também está relacionada à nutrição, sendo necessária uma dieta adequada para corrigi-la.

Respostas: 11-12-14

Depressão, náusea e dor poderão afetar o apetite da cliente, e também sua vontade de cooperar com um plano de dieta.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Respostas: 7-8-9-10-15

Correto. Estes itens podem influir no apetite.

Respostas: 3 e 6

Os problemas respiratórios e infecções de pele podem ocorrer em uma pessoa mal nutrida. Não foram considerados porque não estão presentes no caso específico desta cliente.

Problema 2.0 — Necessidade de Aprendizagem

Respostas: 1-2-3-4-6-7-10-13-14-15-16

A cliente necessita compreender as manifestações clínicas de sua doença e os meios de prevenir e/ou aliviar os sintomas. Os fatores psicológicos não foram incluídos, por não serem considerados necessidades de aprendizagem para o autocuidado.

Problema 3.0 — Problemas Psicológicos

Respostas: 7 e 11

A depressão e o baixo nível de energia podem dificultar seus movimentos, além de sua disposição para aceitar a doença.

Respostas: 10-13

A doença renal crônica impõe ao indivíduo uma série de restrições em sua autonomia, interfere nas relações em família, nas atividades sociais e no lazer.

Os problemas sexuais e sociais estressam muito o cliente, trazendo insegurança quanto ao apoio que recebe da família e dos amigos.

Respostas: 5-8-9

As freqüentes internações para exames de diagnósticos, os procedimentos dialíticos, as alterações do corpo causadas pela uremia e/ou pela via de acesso, assustam o cliente. A dependência da máquina e a complexidade do tratamento são fatores que podem contribuir para alterações de comportamento. Embora devamos estar atentos para estas intercorrências nos clientes renais, esta cliente não apresentou até o momento queixas relacionadas a tais fatores.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM/METAS E INTERVENÇÕES

Identifique as metas e intervenções adequadas aos problemas da Sra. Leila.

NUTRIÇÃO 1.0

Problema 1.1 — Nutrição

Quais as metas a serem atingidas no caso desta cliente:

A — Níveis normais de proteínas.
B — Hemoglobina normal.
C — Sem queixas de náuseas.
D — Não apresenta vômitos.
E — Alimenta-se bem.
F — Sem constipação intestinal.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PROBLEMA 1.2 — NUTRIÇÃO

A — Dieta rica em potássio e magnésio.
B — Administração de antieméticos.
C — Cardápio planejado com a cliente.
D — Refeições freqüentes em pequenas porções.
E — Ambiente agradável e contato social durante as refeições.
F — Higiene oral antes das refeições.
F — Jejum até cessarem as náuseas.
H — Laxativos e emolientes quando prescritos.
I — Enemas diários.

PROBLEMA 2.0 — NECESSIDADE DE APRENDIZAGEM

PROBLEMA 2.1

Levando em conta os efeitos da uremia sobre a capacidade de compreensão e a concentração, efeitos que dificultam o processo de aprendizagem, escolha uma meta adequada para atender às necessidades de aprendizagem da cliente, neste estágio da doença.

A — A cliente é capaz de descrever as causas e efeitos da doença renal.

B — A cliente demonstra satisfação com as respostas e explicações dadas às perguntas que fez à enfermeira sobre os procedimentos.

C — Demonstra capacidade de executar procedimentos simples de autocuidado.

D — Planeja futuros cuidados de saúde.

PROBLEMA 2.2 — NECESSIDADE DE APRENDIZAGEM

Como as informações a serem dadas devem ser mais voltadas a atender às necessidades em curso, escolha as melhores abordagens de enfermagem que podem ser utilizadas para este momento.

A — A cliente demonstra interesse em aprender.

B — Utilizar literatura sobre a doença, cartazes, bonecos, para demonstração de procedimentos.

C — Estabelecer uma relação de confiança com a cliente, colocando-se disponível, antecipando as necessidades e demonstrando competência.

D — Fornecer explanações breves, concretas, simples, sobre os procedimentos.

PROBLEMA 3.0 — ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

PROBLEMA 3.1

A depressão pode estar relacionada com a perda da saúde e da qualidade de vida. Um quadro depressivo pode apresentar-se também através de sentimentos de raiva e irritabilidade do indivíduo consigo mesmo, e de baixa auto-estima.

Considerando a situação da cliente no momento, quais as metas a serem atingidas para o problema de depressão?

A — Aceitação das limitações impostas pela doença.
B — Que tenha um comportamento alegre.
C — Que aumente a auto-estima.
D — Que expresse seus sentimentos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PROBLEMA 3.2 — ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

Quais destas intervenções parecem as mais terapêuticas?
A — Desafiar a cliente com tarefas complexas para o autocuidado.
B — Descrever um quadro otimista da vida em diálise.
C — Encorajar a cliente a expressar seus sentimentos: procurar ouvi-la sem pressa e sem curiosidade.
D — Demonstrar piedade.
E — Determinar metas, atingindo-as gradativamente.
F — Chamar a atenção para os progressos de sua saúde.
G — Tratar a cliente com respeito.
H — Dirigir-se à cliente com alegria.

PROBLEMA 4.0 — ALÍVIO DA DOR E DO DESCONFORTO

A Sra. Leila tem queixas de dor muscular e câimbras, cefaléia e pruridos; desconforto devido à permanência no leito e aos exames dolorosos.

PROBLEMA 4.1 — ALÍVIO DA DOR E DO DESCONFORTO

Procure ser realista ao selecionar as metas;
A — Reduzir o prurido.
B — Sem queixas de dor.
C — Períodos prolongados de sono sem interrupção.
D — Reduzir as queixas de dor.

PROBLEMA 4.2 — INTERVENÇÕES NA DOR

Escolha as intervenções na dor e no desconforto:
A — Usar loções de pele e/ou banho de óleo.
B — Bolsa de água quente no local da câimbra.
C — Usar drogas antipruriginosas.
D — Usar analgésicos, se prescritos.
E — Mudanças freqüentes de posição.
F — Todas as intervenções acima citadas.

GABARITO DO PLANO METAS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROBLEMA 1 — NUTRIÇÃO

PROBLEMA 1.1

Respostas certas: *c, d, e, f*
Respostas incorretas: *a* e *b*
É muito difícil para um cliente em dieta com restrição de proteínas, sem apetite, com queixas de náuseas, vômitos e outros problemas gastrointestinais, atingir um nível normal de proteínas. A anemia será tratada através de medicamentos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PROBLEMA 1.2 — NUTRIÇÃO

Abordagens mais adequadas para estes problemas nutricionais.
Respostas certas: *b, c, d, e, f, h*
Em virtude da excreção reduzida de potássio pelo rim doente, deve-se reduzir a ingesta desta substância. A hiperpotassemia é uma ameaça para a pessoa urêmica.

PROBLEMA 2.0 — NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM

PROBLEMA 2.1

Resposta certa: *b*
Neste estágio da doença a orientação deve ser voltada para as necessidades imediatas.

PROBLEMA 2.2

Respostas certas: *a, c, d*
As respostas *d* e *e* são indicadas para uma fase posterior, em que a cliente após tratamento dialítico tenha atingido uma redução do quadro urêmico.

PROBLEMA 3.1 — ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

Respostas certas: *c, d*
A aceitação das limitações só surge no decorrer do tratamento. O cliente não a percebe como uma meta a ser atingida.

PROBLEMA 3.2

Respostas certas: *c, e, f, g*

PROBLEMA 4.0 — ALÍVIO DA DOR E DO DESCONFORTO

Respostas certas: *a, c, d*

PROBLEMA 4.2 — INTERVENÇÕES NA DOR

Resposta certa: *g*

O CUIDAR DIALÓGICO DE ENFERMAGEM EM TRANSPLANTE RENAL

A enfermagem em transplante renal é uma modalidade de assistência da área de enfermagem em nefrologia cirúrgica, que se destina a proporcionar cuidados específicos dirigidos a um grupo de clientes em insuficiência renal terminal, candidatos a um transplante de rim proveniente de doador vivo ou de cadáver. O título de especialista é concedido ao enfermeiro pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, mediante uma prova de credenciamento, e reconhecido pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 2.042, de 11 de outubro de 1996, D.O., Seção I.

A participação do enfermeiro nefrologista, na qualidade de membro da equipe de transplante, é significativa; abrange a assistência hospitalar ao cliente, a identifi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cação de doadores em potencial, a coordenação do processo de doação, a educação da população, a educação das equipes de transplantes. Pretendemos neste capítulo discutir conceitos relacionados à assistência de enfermagem em transplante renal, aspectos éticos em transplante renal e normas das Centrais de Transplantes.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Ressaltar alguns aspectos da história e da ética do transplante renal.
- Destacar alguns tópicos da legislação sobre transplante de órgãos.
- Descrever as atividades das Centrais de Transplante Renal.
- Descrever os Cuidados de Enfermagem ao cliente que recebe um transplante renal.
- Descrever, para um cliente imunossuprimido e a sua família, a educação para o autocuidado.

BREVE HISTÓRICO DO TRANSPLANTE RENAL E A ÉTICA NESTE PROCEDIMENTO

A humanidade sempre sonhou com a possibilidade de corrigir seus defeitos físicos, reparar ou trocar órgãos doentes por sadios. Assim, a história do transplante de órgãos e de tecidos data de 3.000 anos a.C. Há trabalhos indianos de Sussruea, que publicou o livro *Samhita*, onde estão descritas técnicas de reparo de lobos de orelha utilizando-se a pele da bochecha. Homero, poeta grego, em sua obra épica *Ilíada* (900 a.C), descreve um monstro de nome Quimera (Chimaera), que possuía três cabeças: de cabra, de leão e de serpente (Lancaster, 2001).

De acordo com Batista; Silva (2001, p. 1), o termo *quimerismo* diz respeito a "... tentativa de minimizar a sensibilidade imunológica do paciente submetido a transplante de órgãos ou tecidos, tendo recebido antígenos (células) do doador antes do transplante, também conhecido como tolerância imunológica."

Os pintores da Renascença retrataram uma cirurgia de transplante, realizada com sucesso pelos médicos-cirurgiões gêmeos Cosme e Damião, que viveram em 303 d.C.

Em uma Igreja Romana consagrada a eles, o fato é descrito como um milagre ocorrido após sua morte.

Do princípio do século XX aos tempos atuais foram desenvolvidas técnicas de anastomose vascular, o que tornou possível o transplante de órgãos em animais e em humanos. A partir de 1950, com os estudos sobre histocompatibilidade, antígeno/anticorpo e imunossupressão, os transplantes tornaram-se viáveis. Neste milênio prosseguem as pesquisas, desenvolvendo métodos cada vez mais eficientes, que permitem a aceitação (doador e receptor), dos órgãos transplantados (Lancaster, 2001).

O transplante renal é considerado, sob o ponto de vista médico, a melhor indicação para o tratamento da uremia, pela melhora da qualidade de vida do paciente e pelo custo mais baixo para a sociedade (Suassuna e Faria, 2002). Sob o ponto de vista ético, Goldin, 2002, chama a atenção para a utilização de órgãos de doador vivo. Discute-se a autonomia e a liberdade do doador ao dar seu consentimento, a avaliação de risco/benefício do procedimento com relação à mutilação do doador. Só são aceitas doações quando existem relações de parentesco entre doador e receptor.

A utilização de órgãos de doador-cadáver tem sido a solução para atender à população. Foram estabelecidos critérios sobre morte encefálica (Lei 9.434/97), e em 2001 a Lei 10.211 deu plenos poderes à família para permitir ou não a doação, sem levar em consideração a doação voluntária (Goldin, 2002).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em 1997, foi criado no Brasil o Sistema Nacional de Transplantes, que estabelece a maneira como os órgãos e tecidos de cadáveres serão captados e distribuídos. Essa instituição coordena as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos nos Centros Estaduais de Transplantes, tendo em vista atender de maneira mais eficiente a todos aqueles que necessitam de transplante de órgãos.

O enfermeiro nefrologista, como membro da equipe de saúde, tem participação ativa nas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, assistindo aos potenciais doadores e às famílias no processo de doação.

ATRIBUIÇÕES DE CENTRAL DE TRANSPLANTES, SETOR DE PROCURA DE ÓRGÃOS E EQUIPES MÉDICAS DE TRANSPLANTES

Central de Transplantes

- Efetuar o cadastramento de receptores potenciais no Cadastro Técnico Único;
- Comunicar periodicamente ao órgão central do Sistema Nacional de Transplantes a situação do Cadastro Técnico Único;
- Receber notificações de morte encefálica;
- Selecionar os potenciais receptores para os órgãos de um dado doador, obedecendo os critérios estabelecidos pelas Comissões Técnicas Científicas, através de um programa informatizado, sem possibilidade de interferência dos operadores;
- Disponibilizar os dados referentes ao Cadastro Técnico Único, das várias etapas de distribuição de órgãos, sempre que requisitados pelos organismos constituídos da sociedade.

Organização de Procura de Órgãos

- Proceder à procura e à identificação de doadores potenciais de qualquer unidade médica de seu território de ação, que estejam clínica e legalmente capazes de transformar-se em doadores;
- Remover o doador, se necessário, para um hospital que tenha condições de realizar todos os exames, tanto para confirmar a morte encefálica quanto para viabilizar a doação;
- Manter esse doador em condições adequadas para permitir o aproveitamento dos seus órgãos;
- Desenvolver atividades de sensibilização da população para a doação de órgãos, bem como para a orientação e a educação continuada sobre transplantes, a doação e a identificação de doadores para profissionais da área de saúde.

Equipes Médicas de Transplantes

- Cadastrar seus clientes no Cadastro Técnico Único da Central de Transplantes e mantê-los com informações atualizadas;
- Retirar e implantar os órgãos dos doadores;
- Encaminhar para os Laboratórios de Anatomia Patológica os órgãos retirados e não utilizados;
- Comunicar à Central de Transplantes a realização de transplantes nos pacientes indicados e/ou enviar resultado do exame anatomopatológico do órgão não utilizado (Decreto Federal 2.268/97).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CONCEITOS SOBRE IMUNIDADE

Para assistir e educar clientes transplantados é necessário que o enfermeiro compreenda alguns princípios de imunidade.

Em um transplante, o órgão doado é identificado pelo sistema imune do receptor como um antígeno que estimula o corpo deste a produzir anticorpos que irão destruí-lo. Embora isto seja uma defesa normal do organismo, o sucesso do transplante depende de métodos de tratamento que enganem tal sistema de defesa.

A imunoglobulina (Ig), também chamada de anticorpo, é uma proteína produzida pelo organismo, como resultado do contato das células brancas com um antígeno. O anticorpo circula no sangue, reconhece o antígeno e o neutraliza quimicamente.

O termo imunidade significa a resistência do indivíduo a agentes infecciosos, a partículas estranhas, a toxinas, a órgãos transplantados ou a células cancerosas. O processo imune consiste na capacidade de um organismo vivo reconhecer como estranhas as substâncias não relacionadas à sua estrutura. Em contrapartida, o sucesso do transplante se deve à capacidade de alterar a imunidade do indivíduo pela interferência em sua resposta a uma substância estranha. Embora alterada a imunidade, o organismo não reconheça o órgão transplantado, o sistema imune continuará reconhecendo e respondendo a um agente infeccioso.

Segundo Ianhez e Paula, 1999, p. 89, *"O sucesso do transplante depende de se conseguir uma imunossupressão que evite a rejeição, mas que mantenha um nível suficiente de competência imunológica para proteger o receptor de infecções".*

O critério de avaliação médica para um paciente candidato a transplante consiste em uma série de exames para evitar complicações após transplante. São investigados os sistemas urinário, gastrointestinal, cardíaco, pulmonar, e o sistema imune, além de aspectos sociais e psicológicos.

O planejamento dos cuidados de enfermagem voltados para um indivíduo candidato a transplante renal deve envolvê-lo como um participante ativo destes cuidados (Larson; Lindbloom; Davis,1982).

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Apresentamos aqui um exemplo prático das orientações de enfermagem a um candidato a transplante renal. Essas orientações são fornecidas, na fase que antecede o transplante, pela enfermeira da hemodiálise que assiste o cliente durante o tratamento dialítico. Em uma conversa informal, ela dá algumas orientações a partir de perguntas feitas pelo cliente.

Conversando com um Cliente na Unidade de Diálise

Carlos Nascimento, portador de insuficiência renal, recebe um comunicado da equipe da Central de Transplantes de que há um rim para doação, proveniente de uma pessoa que não sobreviveu a um grave acidente de carro. Por ser compatível com Carlos, o rim lhe foi destinado. Carlos dirige-se ao hospital onde habitualmente recebe tratamento dialítico, pois ali será submetido ao transplante.

Chegando ao hospital, é imediatamente encaminhado para tratamento dialítico, com o objetivo de manter dentro de limites normais, antes da cirurgia, sua bioquímica e o volume de líquido corporal. Em face de situações conflitantes, o candidato apresenta-se muito ansioso. Como todas as pessoas que vivem em diálise, ele sempre sonhou com o dia em que encontraria um rim compatível, para libertar-se da dependência da "máquina". Ao mesmo tempo, vêm-lhe as lembranças da época em que a doença deixou-o bem próximo da morte, e a "máquina" foi o que lhe restabeleceu a saúde.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A equipe de enfermagem que o aguarda no hospital e os clientes que no momento estão em diálise felicitam-no. Carlos mostra-se muito contente, embora faça inúmeras perguntas a todos que dele se aproximam.

Denise, enfermeira da unidade, observa-o atentamente e, compreendendo os motivos da ansiedade de Carlos, conclui que ele necessita de apoio e de orientações precisas, com a maior brevidade.

— Oi, Carlos! Parabéns por ter sido contemplado com a doação de um rim. Vejo que está muito preocupado e estou a sua disposição para compartilhar com você esta felicidade e prestar todos os esclarecimentos de que necessita.

— Obrigado, Denise. Afinal chegou meu grande dia! Já soube que vou ser operado, mas até chegar lá, o que vai me acontecer?

— Antes de ir para o centro cirúrgico, você será submetido ao que nós chamamos de rotina pré-operatória e que acontece com os clientes que precisam de tratamento cirúrgico; você será pesado, terá os sinais vitais controlados; tomará alguns medicamentos, terá suspensa a alimentação e fará um enema (uma pequena lavagem intestinal), para limpar o seu intestino.

— E logo depois disso eu vou para a cirurgia?

— Ainda não! Antes, você tomará um banho de chuveiro com sabão bactericida, apropriado para impedir o crescimento de bactérias na sua pele. Pouco antes da cirurgia, você irá tomar alguns medicamentos. Uns irão contribuir para a pega do enxerto e haverá um outro que deixará você sonolento. Devido ao efeito desse medicamento, você deverá ficar deitado no leito e nós elevaremos as grades laterais da sua cama. Procure entender que não queremos aprisioná-lo no leito — isso será feito para evitar qualquer acidente.

— Puxa! A enfermagem vai mesmo tomar conta de mim.

— Além da enfermagem, outros profissionais de saúde também realizarão procedimentos técnicos em você, como o médico que irá colocar um cateter em sua veia subclávia.

— O que é isto de catéter e subclávia? Já vão me cortar antes da cirurgia?

— A subclávia é uma veia junto ao pescoço, onde o catéter, um tubo plástico, será conectado a um equipo com um líquido (soro), que gotejará lentamente; isto tem por finalidade principal controlar sua pressão venosa central.

— É mesmo? Eu tenho uma central venosa que varia de pressão? Dói muito para colocar o cateter?

— Não se assuste pois é um procedimento feito com anestesia local. O cateter é fixado à sua pele com pontos e coberto com um curativo que será trocado diariamente, para evitar infecções. Você deve ter o cuidado de não sujá-lo durante a alimentação. Caso isso aconteça, a equipe de enfermagem trocará o curativo imediatamente. Mas, Carlos, não se sinta acuado por causa disso. Esse equipamento não impede que você se movimente; porém, tenha cuidado para não desconectá-lo, ou seja, desadaptar o equipo do cateter. Por favor, colabore conosco e avise se notar alguma alteração.

— É, parece que aqui eu vou me dar bem. E lá, no centro cirúrgico, o que vai acontecer?

— No centro cirúrgico, após a anestesia feita pelo anestesista, um profissional irá introduzir uma sonda de Folley em sua bexiga, para controlar a quantidade de urina. Quase sempre, quando o rim começa a funcionar, produz um grande volume de urina; portanto, é preciso determinar o volume de líquido que deve ser reposto no seu corpo, em proporção ao que foi eliminado. Essa sonda ficará na sua bexiga cerca de uma semana. Após a remoção dela, se você sentir dor ou desconforto ao urinar, a enfermeira deve ser avisada.

— Você não acha que é muito tubo introduzido em mim?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Bem, tudo isto é para ajudar no funcionamento do seu organismo. Veja, você terá uma sonda inserida através do nariz e que vai até o estômago, para evitar vômitos e impedir que seu abdome inche como uma bola, ou seja, faça uma distensão abdominal. A sonda será retirada após a cirurgia, quando seu intestino voltar a funcionar normalmente.

— Quanto tempo ficarei no centro cirúrgico?

— Sua permanência no centro cirúrgico poderá variar de três a quatro horas, levando-se em conta o tempo gasto nos procedimentos que antecedem e nos que sucedem o ato cirúrgico. Não se sinta abandonado pelos seus familiares, pois quando você retornar a sua família poderá vê-lo por alguns instantes.

— Você está sendo muito atenciosa comigo, mas quando eu estiver lá no centro cirúrgico quem vai cuidar de mim?

— Lá tem outra equipe de enfermagem. Mas eu vou lhe ensinar algumas coisas que lhe serão úteis após a cirurgia, tais como fazer exercícios respiratórios e tossir, para evitar pneumonia. Lembre-se de que é importante fazer a higiene da boca com solução antisséptica para prevenir infecções. Essas infecções podem acontecer devido ao uso de imunossupressores.

— Uhum! Sondas, infecções... É preciso ter coragem. Não importa, um novo rim vale este sofrimento. "... Se correr o bicho pega e se ficar o bicho come!"

— Nós, da equipe de saúde, estamos aqui para ajudá-lo a enfrentar este bicho de que você fala. É certo que a tecnologia para seu atendimento está muito avançada, mas muita coisa depende de como você vai reagir e colaborar neste tratamento. Veja bem: existe a possibilidade de você vir a ser dialisado após o transplante, o que não significa que o novo rim não esteja bem. A diálise é para seu organismo manter o equilíbrio de líquidos e eliminar as escórias.

— Carlos, no centro cirúrgico você vai encontrar um ambiente diferente, muitos equipamentos estranhos e outras pessoas ao seu lado. Não se assuste com todo este aparato, pois é indispensável para sua cirurgia. Nos primeiros dias de pós-operatório, a movimentação da equipe em redor do seu leito será grande, devido à necessidade de cuidados intensivos; você poderá vir a fazer radiografias, colocar monitores cardíacos ou ser examinado mais de uma vez por profissionais especialistas. Não pense que você esteja passando mal. São procedimentos normais que diminuirão com o passar dos dias.

Desta situação extraimos algumas questões ligadas ao processo de enfermagem:

— Quais necessidades de cuidados de enfermagem, a enfermeira Denise identificou neste cliente?

— Que diagnóstico de enfermagem Denise fez deste cliente?

— Que prioridades de atendimento foram identificadas?

— Quais necessidades foram imediatamente atendidas por Denise?

— Que outras necessidades e desejos poderão ser identificados por Denise?

— Carlos, se não for angustiante para você, eu tentaria lhe explicar...

— Vocês é que pensam que eu ficarei angustiado em saber o que vai me acontecer. A alegria de possuir um novo rim supera qualquer outro temor. Eu acho que vou ficar mais estressado é de tentar adivinhar o que será de mim na sala de operações. Será que o rim vai funcionar mesmo? E se o rim me rejeitar? Você poderia me explicar como vai ser a cirurgia?

— Bem, neste caso, vou falar resumidamente e de forma simples dos principais passos do ato cirúrgico inerentes ao transplante. Seus rins permanecerão no mesmo local e o novo rim será colocado em seu abdome, na parte baixa, do lado esquerdo ou direito. Os vasos sangüíneos do rim serão conectados aos seus e o ureter do rim será ligado à sua bexiga. Nas primeiras 24 horas você deve ficar deitado de costas, para evitar pressão

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sobre as suturas. Um dia após a cirurgia você irá andar um pouco, para evitar problemas circulatórios. Nós estaremos sempre ao seu lado para ajudá-lo.

A possibilidade de rejeição sempre existe; porém, o sucesso do transplante de rim tem aumentado muito nos últimos anos, devido aos medicamentos e às técnicas cirúrgicas. Durante todo o tempo você será monitorado para sinais de rejeição, e essa rejeição será tratada. Os sinais mais comuns são: dor, febre, diminuição do volume de urina. Outros sinais de rejeição serão detectados pelo exame de sangue e pela palpação do rim. A colocação do rim no abdome é para facilitar a palpação e proporcionar um melhor acesso para os exames radiológicos ou biópsias.

Com o auxílio de um desenho que se apresenta na Fig. 21.1, Denise explicou ao Carlos o procedimento cirúrgico.

Procedimento Cirúrgico

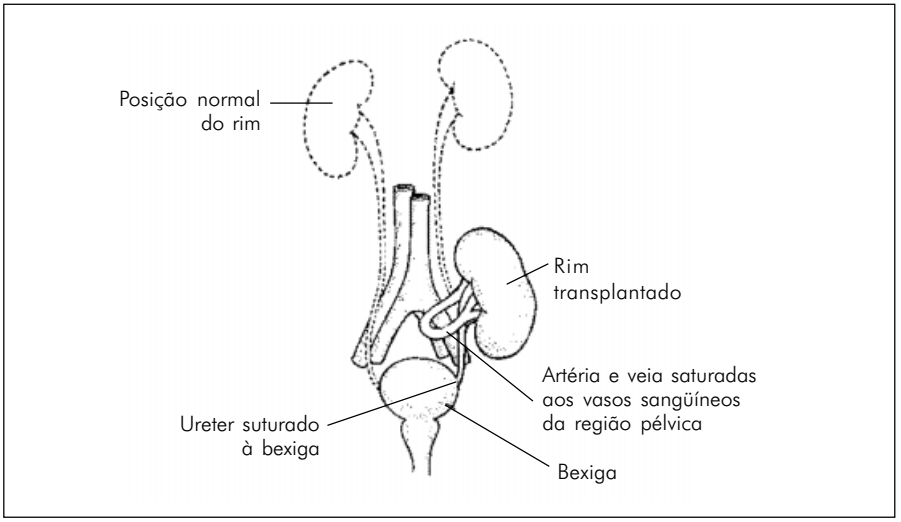


Fig. 21.1 — *Ilustração para entendimento de como se procede o transplante cirúrgico do rim doado.*

Para implantar o rim doado, será feita a ligação da artéria renal deste rim à sua artéria ilíaca externa. A veia renal do rim será conectada à sua veia ilíaca externa. O ureter do rim será implantado na parede posterior da sua bexiga. Tão logo as pinças dos vasos são removidas, o rim torna-se rosado. Em poucos minutos a urina começa a ser produzida. Neste caso, o seu peritônio não será aberto.

ORIENTAÇÃO DO CLIENTE NA SITUAÇÃO DE PRÉ-OPERATÓRIO

Unidade de Transplante

Tendo identificado que Carlos precisava de muitas informações sobre a cirurgia, Denise encaminhou-o a Marta, enfermeira da Unidade de Transplantes, que continuou o processo educativo sobre seu tratamento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para que ele possa entender a terminologia sobre transplante usada pela equipe de saúde, Marta lê junto com Carlos um material fornecido pela Central de Transplantes — SP, onde são respondidas as perguntas mais freqüentes feitas pelos clientes. A seguir transcrevemos esse material, que julgamos de muita utilidade para todos.

O QUE É COMPATIBILIDADE HLA?

Quando duas pessoas compartilham os mesmos Antígenos Leucocitários Humanos (abreviação em inglês = HLA), diz-se que elas são compatíveis, isto é, que seus tecidos são imunologicamente compatíveis. HLA são proteínas que se localizam na superfície de todas as células do organismo.

Existem três grupos de HLA que são: HLH-A, HLA-B e HLA-DR. Em cada um desses grupos existem muitas proteínas HLA específicas e diferentes (por exemplo, existem 59 diferentes proteínas HLA-A, 118 HLA-B e 124 HLA-DR). Cada um desses HLA tem uma designação numérica (por exemplo, HLA-A1, HLA-A2 e assim por diante).

HLA

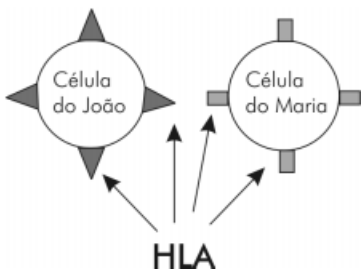
No diagrama a seguir podemos ver como as crianças herdam do pai/mãe, 1 HLA em cada grupo.

Se duas crianças herdam exatamente o mesmo HLA de seus pais, dizemos que eles são "HLA idênticas", enquanto outra criança da mesma família pode herdar uma combinação diferente.É importante saber que o HLA é herdado "em conjunto" de 3 grupos de HLA A, B, DR. Este grupo é conhecido como haplótipo. Abaixo você poderá notar que o pai tem 2 haplótipos HLA distintos. Você herdou um haplótipo do pai e outro da mãe. Existe portanto um total de quatro combinações diferentes dos haplótipos dos pais.

O que é Compatibilidade HLA??

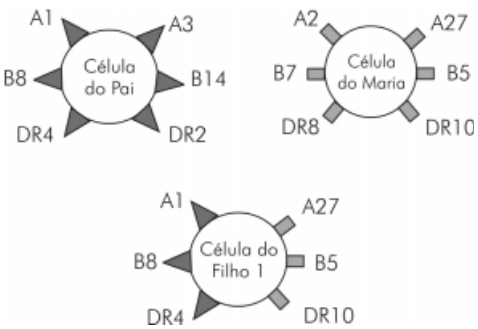
Quando duas pessoas compartilham os mesmos Antígenos Leucocitários Humanos (abreviação em inglês = HLA) diz-se que elas são compatíveis, isto é, seus tecidos são imunologicamente compatíveis. HLA são proteínas que se localizam na superfície de todas as células do organismo.

Existem três grupos de HLA que são: HLA-A, HLA-B e HLA-DR. Em cada um desses grupos existem muitas proteínas HLA específicas e diferentes. (Por exemplo, existem 59 diferentes proteínas HLA-A, 118 HLA-B e 124 HLA-DR.) Cada um desses HLA tem uma designação numérica, por exemplo, HLA-A1, HLA-A2 e assim por diante.

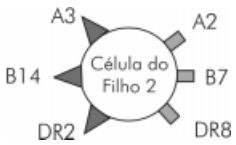


Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No diagrama abaixo podemos ver como as crianças herdam de seu pai/mãe, 1 HLA em cada grupo:

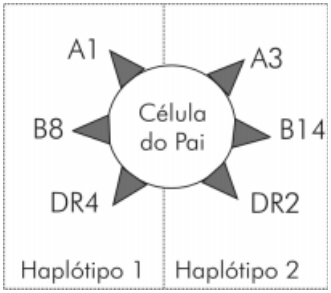


Se duas crianças herdam exatamente o mesmo HLA de seus pais, dizemos que elas são "HLA idênticas", enquanto que outra criança da mesma família pode herdar uma combinação diferente:



Este filho não é compatível com seu/sua irmão/irmã

É importante saber que o HLA é herdado "em conjunto" de 3 grupos de HLA A,B,DR. Este grupo é conhecido como haplótipo. Abaixo você poderá notar que o pai tem 2 haplótipos HLA distintos.



Você herda um haplotipo do pai e outro da mãe. Existem portanto um total de 4 combinações diferentes dos haplótipos dos pais.

Há uma regra básica na herança do HLA. A regra é: "Você tem 25% de chance de herdar os mesmos 2 haplótipos como qualquer outro seu irmão; 25% de chance nenhum dos haplótipos de seus irmãos e 50% de chance de compartilhar pelo menos 1 haplótipo com seus irmãos". Portanto você tem 1 em 4 chances de ser idêntico com seu irmão.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Após a determinação de sua tipagem HLA há um segundo teste que indicará se existe uma reatividade específica entre seu doador e você. Este teste se chama *crossmatch*.

O que é o Crossmatch?

O *crossmatch* é um teste que determina se o receptor tem anticorpos contra o potencial doador. Anticorpo é uma proteína, presente no soro, que pode lesar as células do doador atacando o HLA. O anticorpo somente lesará as células do doador se for específico para um HLA do doador em particular. Nem todos tem anticorpos contra HLA.

Para se fazer o *crossmatch* mistura-se uma pequena quantidade de soro do receptor com uma pequena quantidade de glóbulos brancos do provável doador. Se o paciente tiver anticorpos contra o HLA do doador, as células do doador serão lesadas (morrem) e este *crossmatch* é chamado de positivo. Um *crossmatch* positivo representa uma forte contra-indicação ao transplante, pois significa que o receptor tem condições para atacar as células do doador, e poderá, da mesma maneira atacar o rim transplantado.

Note que o anticorpo do paciente se "encaixa" no HLA do doador tal como uma chave na sua fechadura. Isto significa que, de algum modo, o paciente desenvolveu anticorpos contra o tipo de HLA do doador.

Existem várias maneiras de um paciente desenvolver anticorpos contra HLA do doador. As mais comuns são: transfusões de sangue, transplantes anteriores e gravidezes. Assim o que queremos é que o *crossmatch* seja negativo o que indica que o paciente não tem anticorpos contra aquele doador em particular e portanto pode receber um rim dele.

Já que você pode desenvolver anticorpos contra HLA após uma transfusão de sangue é muito importante que seu médico envie ao Laboratório de Histocompatibilidade, uma amostra de seu soro, para substituir a anterior, no máximo 15 dias após receber uma transfusão de sangue. Isto evita que você receba um rim de um doador contra o qual você desenvolveu anticorpos. Caso contrário você poderá ter uma forte rejeição ao rim transplantado, chamada rejeição hiperaguda.

O que é "Porcentagem de Anticorpos Reativos" (PRA ou PAINEL)

O PRA representa a quantidade de anticorpos contra HLA presente no soro do paciente. Como afirmamos anteriormente, o paciente pode ter anticorpos contra HLA como resultado de transfusões de sangue, um transplante prévio, e/ou

Há uma regra básica da herança do HLA. A regra é: "Você tem 25% de chance de herdar os mesmos 2 haplótipos que qualquer outro seu irmão: 25% de chance de nenhum dos haplótipos de seus irmãos e 50% de chance de compartilhar pelo menos um haplótipo com seus irmãos". Portanto você tem uma em quatro chances de ser idêntico ao seu irmão.

O QUE É *CROSSMATCH*? (PROVA CRUZADA)

O *crossmatch*, prova cruzada, é um teste que determina se o receptor tem anticorpos com o potencial doador.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O que É e como Atua o Anticorpo nessa Situação?

O Anticorpo é uma proteína, presente no soro, que pode lesar as células do doador, atacando o HLA. O anticorpo somente lesará as células do doador se for específico para um HLA do doador em particular. Nem todos têm anticorpos contra HLA.

Como se Faz o *Crossmatch*? (Prova Cruzada)

Para se fazer o *crossmatch* mistura-se uma pequena quantidade do soro do receptor com uma pequena quantidade de glóbulos brancos do provável doador. Se o paciente tiver anticorpos contra o HLA do doador, as células serão lesadas (morrem) e este *crossmatch* é chamado de positivo.

Qual É a Importância do Resultado do *Crossmatch*?

Um *crossmatch* positivo representa uma forte contra-indicação ao transplante, pois significa que o receptor tem condições de atacar as células do doador, e poderá, da mesma maneira, atacar o rim transplantado.

Note que o anticorpo do paciente se "encaixa" no HLA do doador, tal como uma chave em sua fechadura. Isto significa que, de algum modo, o paciente desenvolveu anticorpos contra o tipo de HLA do doador.

Como os Clientes Podem Desenvolver Anticorpos contra HLA?

Existem várias maneiras de um cliente desenvolver anticorpos contra o HLA do doador. As mais comuns são:

a) Transfusões de sangue.
b) Transplantes anteriores.
c) Gravidez.

Assim, o que queremos é que o *crossmatch* seja negativo, o que indica que o cliente não tem anticorpos contra aquele doador em particular e, portanto, pode receber um rim dele.

Que Precaução Pode Ser Tomada no Caso de um Cliente que Já Foi Submetido à Transfusão de Sangue?

Já que você pode desenvolver anticorpos contra HLA após uma transfusão de sangue, é muito importante que seu médico, no prazo máximo de 15 dias após uma transfusão de sangue, envie ao Laboratório de Histocompatibilidade uma amostra de seu soro, para substituir a anterior. Isto evita que você receba um rim de um doador contra o qual desenvolveu anticorpos.

Qual a Conseqüência de um Transplante de Rim de um Doador Contra o qual o Cliente já Desenvolveu Anticorpos?

O cliente poderá ter uma forte rejeição ao rim transplantado, chamada rejeição hiperaguda.

O que É "Porcentagem de Anticorpos Reativos" (PRA ou Painel)?

O PRA ou Painel representa a quantidade de anticorpos contra HLA presente no soro do cliente. Como afirmamos anteriormente, o cliente pode ter anticorpos contra

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

HLA como resultado de transfusões de sangue, um transplante prévio e/ou gravidez. O PRA é determinado testando-se o soro do cliente receptor em um "painel" de células que representa 60 tipos diferentes de HLA. Se esse soro "matar" 30 células de um painel de 60, diz-se que o PRA (ou Painel) do cliente é 50%.

Qual É a Periodicidade desse Exame?

O PRA ou Painel é repetido a cada 6 meses, sempre com uma amostra nova de soro do cliente.

Além de determinar quanto anticorpo o cliente tem, nós precisamos saber qual é sua especificidade para determinado HLA. Por exemplo, se você receber uma transfusão de sangue de um doador com HLA-A2, você poderá desenvolver anticorpo anti-A2. Este é um anticorpo específico. Algumas pessoas podem ter um ou dois anticorpos específicos, enquanto outros podem ter numerosas especificidades. Quanto maior a quantidade de especificidades que você tem, mais difícil será encontrar um doador.

Portanto, o PRA nos fornece dois tipos de informação sobre o soro do paciente:

1. Qual a quantidade de anticorpos presentes no soro.
2. Qual a especificidade desses anticorpos.

Dúvidas mais Freqüentes

1 — MEUS ANTICORPOS PODEM MUDAR?

Sim. O nível de anticorpos HLA pode ficar alto após uma transfusão, para decrescer significativamente alguns meses depois.

2 — PORQUE EU PRECISO TROCAR MEU SORO NO LABORATÓRIO A CADA SEIS MESES PARA REPETIR O PRA, MESMO SEM TER TOMADO NENHUMA TRANSFUSÃO?

Algumas vezes, um paciente pode ter anticorpos que "simulam" anticorpos de HLA. Mesmo não sendo anticorpos perigosos fica difícil para nós determinar a causa da produção desses anticorpos. Algumas vezes uma infecção de garganta pode causar a produção de anticorpos que podem se confundir anti-HLA. Portanto, é muito importante monitorar semestralmente sua amostra de soro e correlacionar a produção de anticorpos com eventos médicos — tais como as infecções, uso de medicações etc.

3 — SE EU E MEU IRMÃO TEMOS O MESMO GRUPO SANGÜÍNEO, ENTÃO PORQUE NÃO TEMOS O MESMO HLA?

O sistema genético do grupo sangüíneo ABO e o sistema genético do HLA não são herdados conjuntamente. Da mesma forma que seu gene para a cor dos olhos é separado dos genes para o grupo sangüíneo, assim acontece para o HLA. Cada um desses genes são herdados separadamente.

4 — QUAIS SÃO AS CHANCES DE MEU PRIMO OU DE MEU AMIGO SEREM COMPATÍVEIS COMIGO?

Quanto mais distante de seus familiares mais diretos (pais e irmãos) for um potencial doador, menor a probabilidade de ser compatível com você. No caso de um primo, sua chance de ser idêntico é de 1/16. No caso de um amigo, suas chances variam de acordo com o seu tipo HLA, mas de modo geral são muito pequenas.

Orientação do Cliente na Situação de Pós-operatório

Após retornar da cirurgia lúcido, orientado, sem queixas de dor ou desconforto o Sr. Carlos é assistido pela enfermeira Márcia.

— Bom dia Carlos! Como vão você e o seu novo rim?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Você não imagina que sensação maravilhosa é sentir a urina passar novamente pela uretra! Apesar dos tubos incomodarem um pouco, estou muito feliz.

— Muito em breve você vai andar, porém, para seus pulmões não acumularem secreção, você fará uma série de exercícios respiratórios várias vezes ao dia, com a ajuda do fisioterapeuta ou da enfermeira. Seu peso será aferido diariamente, por ser um dado importante do controle do balanço hídrico. Não se esqueça de ficar em jejum todas as manhãs para colher sangue. Os resultados indicarão a evolução do seu estado geral.

Embora o seu rim esteja bem, não deixe de tomar os cuidados habituais com a sua via de acesso para hemodiálise. Para evitar uma possível infecção, não permita que sua fístula arteriovenosa seja puncionada para retirada de sangue. Continue checando o frêmito e, caso esteja diminuído, comunique à enfermeira. Como eu já lhe avisei, existe uma possibilidade de você vir a fazer diálise e a fístula tem que estar funcionando.

Cada vez que você urinar, serão aferidos a densidade, o pH e outros testes na urina. São dados muito importantes para o controle da pega do enxerto.

Carlos, até agora eu só falei dos cuidados que lhe serão prestados e do que você não deve fazer. Devido ao repouso absoluto de 24 horas, que é obrigatório pela natureza da sua cirurgia, nós cuidaremos de tudo. Entretanto, o sucesso deste tratamento depende também de sua participação nele e de sua responsabilidade nos cuidados que lhe são necessários. Logo que você estiver andando, eu vou explicar como isso deve ser feito e enquanto estiver internado, e após a alta, essa responsabilidade será sua durante o dia. Eu falei tanto que não lhe dei oportunidade de fazer perguntas.

CARLOS — Você já me disse e ensinou tantas coisas..... o que é mais que eu tenho que aprender?

MARCIA — Eu vou lhe ensinar a conhecer seus medicamentos, as dosagens, os horários e os efeitos colaterais.

2C) Durante a permanência junto ao leito de Carlos, Márcia fez uma avaliação cuidadosa do seu estado. Verificou os soros que estavam instalados no cliente, checou com a prescrição. Verificou se a velocidade de fluxo estava de acordo com a prescrita e conferiu o local de inserção das agulhas. Verificou o volume drenado pela sonda vesical e examinou se a fístula arteriovenosa para hemodiálise não estava obstruída. O curativo cirúrgico estava sem secreções, e os sinais vitais, estáveis.

Um Episódio de Rejeição Aguda

A rejeição de um órgão transplantado pode ocorrer apesar do uso correto dos medicamentos. Muitos episódios de rejeição são reversíveis, não implicando a perda do rim dos clientes. A enfermeira que observa atenta e diuturnamente os clientes submetidos a transplante de rim é capaz de identificar características das situações de rejeição e intervir, colaborando para revertê-las, como neste caso:

Helena, enfermeira que fazia a avaliação de enfermagem de Carlos em seu terceiro dia de pós-operatório, comparou alguns dados obtidos nesse terceiro dia com os do segundo dia e concluiu serem estes achados compatíveis com sintomas de rejeição. Seguem-se os dados obtidos:

2º dia Temperatura 37,3ºC, Pressão Arterial 13,0/70, Creatinina sérica 1,8 mg, Diurese 900ml

3º dia Temperatura 39,3ºC, Pressão Arterial 14,8/90, Creatinina sérica 2,1 mg, Diurese 500ml.

Como trabalha em um hospital-escola, Helena revisou com os estagiários de enfermagem os sinais e sintomas indicativos de rejeição, quais sejam:

Sintomas físicos de rejeição
A — Febre acima de 38,0ºC;
B — Redução do volume urinário;
C — Ganho de peso;

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

D — Aumento da pressão arterial, hipertensão;
E — Mal-estar geral;
F — Dor e edema no local do enxerto.

Valores de laboratório
A — Aumento da creatinina sérica;
B — Redução do *clearance* de creatinina e da creatinina na urina;
C — Proteinúria;
D — Aumento da uréia nitrogenada do sangue;
E — Aumento do sódio sérico;
F — Presença de sangue na urina.

O cliente foi tratado para rejeição com medicação imunossupressora e hemodiálise.

Durante a diálise, percebendo sinais de depressão em Carlos, Helena explicou que transplante de doador cadáver pode ocorrer em 20% a 60% dos casos, e ficou a seu lado, dando-lhe uma oportunidade de exteriorizar suas procupações.

Carlos respondeu favoravelmente ao tratamento. Os valores de laboratório voltaram ao normal, a diurese aumentou e a pressão arterial voltou ao normal.

SUGESTÃO DE MODELO DE PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

Tabela 21.2
Demonstrativo da Operacionalização do Plano Assistencial de Enfermagem no Pós-operatório de Transplante Renal — Rio de Janeiro, 2003

Problema (domínio, classe, conceito diagnóstico)	*Metas*	*Intervenções de Enfermagem*
I. Distúrbios de líquidos e eletrólitos	A. Ajustar IV conforme a drenagem urinária B. Detectar precocemente o desequilíbrio	1. Pesar diariamente — mesma hora, mesma roupa, mesma balança 2. Medir acuradamente o volume infundido e o drenado de hora em hora 3. Reposição horária por via venosa de todo o volume drenado 4. Sinais vitais a cada 2 horas (BP, TPR, PA e PVC) 5. Manter o cateter de drenagem urinária livre de obstruções. Irrigação da sonda com sol. estéril em caso de obstrução
Infecção devida a imunossupressão Segurança/Proteção Ferida operatória, cateter, pneumonias	C. Proteger o paciente contra qualquer fonte de infecção Livre de infecções	1. Fazer curativos com técnica asséptica 2. Manter todos os curativos limpos e secos 3. Higiene do períneo e do meato urinário junto à sonda vesical de 8/8h 4. Movimentar o paciente e ajudá-lo a fazer exercícios respiratórios 5. Ajudar na deambulação do paciente 24h após a cirurgia 6. Higiene da boca após a ingesta de alimentos 7. Proibir visitas com resfriado ou infecção 8. Colocar máscara e gorro no paciente quando estiver fora da unidade

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 21.2 (*cont.*) Demonstrativo da Operacionalização do Plano Assistencial de Enfermagem no Pós-operatório de Transplante Renal — Rio de Janeiro, 2003		
Problema (domínio, classe, conceito diagnóstico)	*Metas*	*Intervenções de Enfermagem*
II. Rejeição Processos defensivos/ Resposta alérgica ao novo órgão	D. Detectar precocemente os sinais de rejeição	1. Avaliar os sintomas de rejeição: hipertermia, queda no volume urinário, hipertensão, dor no enxerto
	E. Reduzir a ansiedade causada pela rejeição e o retorno para a diálise	1. Explicar o que é rejeição e como é tratada 2. Dê tempo ao paciente para expressar seus sentimentos
III. Prováveis efeitos colaterais devido a altas doses de imunossupressores	F. Detectar os efeitos colaterais	1. Observar sinais de: depressão, alteração de comportamento, hipertensão, sangramentos
IV. Mantenha a integridade da via de acesso do paciente	G. Manter a integridade da via de acesso para diálise	1. Monitorar a patogenicidade do acesso e proteja-o contra infecções 2. Não permitir o uso da fístula arteriovenosa para retirada de sangue ou para infusões de soro 3. Para evitar obstrução, não permita que seja verificada a pressão arterial no braço da fístula

ORIENTAÇÃO DO CLIENTE PARA O AUTOCUIDADO — MEDICAÇÃO IMUNOSSUPRESSORA

A seguir temos na Tabela 21.3 um roteiro geral de medicamentos imunossupressores para uso da enfermeira na construção de um mapa de medicamento a ser usado pelo cliente após a alta.

Antes de sair do hospital, o cliente deve aprender o nome do medicamento, sua ação, os efeitos colaterais, a dosagem, dia e hora da administração.

Tabela 21.3 Mapa de Medicamentos para um Sistema de Autocuidado e Automedicação — Rio de Janeiro, 2003				
Medicamento	*Indicação*	*Dose*	*Método de Administração*	*Efeitos Colaterais*
Azatioprina (Imuran)	Manutenção da Imunossupressão. Interfere na multiplicação das células	De acordo com o peso	Inicialmente IV, a seguir VO	Infecções, febre, anemia, leucopenia, sangramento, trombocitopenia, queda de cabelo, problemas gastrointestinais, disfunção hepática e tumores malignos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 21.3 (*cont.*)
Mapa de Medicamentos para um Sistema de Autocuidado e Automedicação — Rio de Janeiro, 2003

Medicamento	*Indicação*	*Dose*	*Método de Administração*	*Efeitos Colaterais*
Ciclosporina (Neoral)	Manutenção da imunossupressão. Impede a ativação dos linfócitos-T	De acordo com o peso e níveis no sangue	Inicialmente IV. A seguir VO. Tomar com intervalo de 12h	Nefrotóxico, hepatotóxico, tremores nas mãos, hiperplasia das gengivas, convulsões, hiperestesia, náuseas, vômitos, diarréia, plenitude gástrica, cefaléia, hiperpotassemia, hipertensão, hirsutismo hiperlipidemia, malignidade
Tacrolimus Prograf	Manutenção da imunossupressão. Bloqueia a ativação dos linfócitos-T	De acordo com os níveis séricos, com protocolo ou com efeitos colaterais	Inicialmente IV a seguir VO 2 x ao dia	Nefrotóxico, neurotóxico: tremores, formigamento nas mãos e nos pés. Hipertensão, infecções, insônia, cefaléia, pesadelos, alterações do humor, diabetes e malignidade
Prednisona (Meticorten)	Manutenção da imunossupressão. Previne a rejeição do rim	Conforme o peso e tempo de transplante	VO (comprimidos)	Características cushingóides (face de lua), fraqueza muscular e óssea, catarata, acne, hirsutismo, diabetes, hipertensão, úlcera e azia
Micofeno-lato Mofetil (MMF) Cellcept	Manutenção da imunossupressão. Evita a proliferação de linfócitos	Duas doses com intervalo de 12h	Oral, 12/12h	Supressão da medula óssea: anemia, leucopenia, trombocitopenia, náuseas, vômitos, anorexia e diarréia. Malignidade
Rapamune (Sirulimus)	Manutenção da imunossupressão. Evita a proliferação de linfócitos	De acordo com os níveis séricos	Oral, 2ml, 1 vez ao dia; misturado com suco de laranja ou água	Hiperlipidemia, hipercolesterolemia, diarréia, anemia, artralgia, acne, hipopotassemia, urticária
Daclizumab (Zenapax)	Anticorpo monoclonal Age reprimindo as células-T	1mg/kg por dose	IV 24h antes do transplante e a cada 2 semanas após a cirurgia em um total de 5 doses	Diarréia, vômitos, náuseas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 21.3 (*cont.*)
Mapa de Medicamentos para um Sistema de Autocuidado e Automedicação — Rio de Janeiro, 2003

Medicamento	*Indicação*	*Dose*	*Método de Administração*	*Efeitos Colaterais*
Basiliximab (Simulect)	Anticorpo monoclonal. Evita a ativação de linfócitos-T	1 mg/kg por dose	IV 2h antes da cirurgia. 2ª dose 4 dias após a cirurgia	Diarréia, vômitos, náuseas
Globulina antilinfócito (ALG) e Globulina antitimócito (ATG)	Imunossupressores para tratamento de episódios de rejeição	Dose conforme o peso, contagem de células brancas e funcionamento do rim transplantado	IV de 4 a 6 h pela fístula arteriovenosa ou por veia de alto fluxo	Hipersensibilidade generalizada: calafrios, febre, dor precordial, hipotensão, taquicardia, dispnéia leucopenia, mialgia, retensão hídrica, infecções por citomegalovírus (CMV) herpes, *Pneumocystis carinii*
OKT3 (anticorpo monoclonal)	Elimina células responsáveis pela rejeição aguda	5mg/dia durante 5 a 14 dias	IV Medicar previamente com Benadryl, anti-histamínico, e acetaminofen, Tylenol	Síndrome semelhante à a gripe: febre, calafrios, tremores, náuseas, vômitos, dispnéia e dor no peito

ENTREVISTA PARA ALTA

Após duas semanas de internação, Carlos recebe alta do hospital. Durante aquele período recebeu da equipe de saúde muitas informações sobre como se cuidar. Lúcia, sua esposa, vem buscá-lo e é recebida por Márcia.

— Oi, Lúcia, você me parece um pouco preocupada!

— Este é um momento muito esperado, embora dê muito medo de não saber como cuidar bem dele.

— Ele está muito bem, fez um bom treinamento sobre como cuidar-se. Qualquer dúvida, vocês podem ligar para nós que prontamente os ajudaremos. Vocês gostariam de perguntar mais alguma coisa?

— Sim...é sobre atividade sexual.

— Lúcia, recomendamos esperar dois meses e evitar o beijo, caso você esteja com gripe, herpes ou outro tipo de infecção. Usem camisinha, porque é uma boa proteção contra infecções através do ato sexual.

— Podemos festejar meu retorno ao convívio familiar e social num pagode? — — pergunta Carlos.

— Pode, sim. Porém, faça tudo com moderação. Procure ficar em ambiente arejado, com poucas pessoas. Evite o álcool, que prejudica o seu fígado, e o fumo, que prejudica os pulmões.

— Posso dirigir?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Espere cerca de um mês, até seu rim ficar em forma. O uso do cinto de segurança é obrigatório e você não pode dispensá-lo. Carlos, você tem animais de estimação em casa?

— Tenho passarinhos.

— Animais domésticos são sempre um risco de infecção. Os gatos, pelo risco de transmitir toxoplasmose, e os pássaros em gaiolas, por serem portadores de estafilococos. Deixe que outra pessoa trate dos seus pássaros.

— Lúcia, o que mais você gostaria de saber?

— Gostaria de saber o que ele pode comer.

— A dieta deve ser rica em legumes, frutas e vegetais. Não coma em excesso, para não engordar. Excesso de peso traz problemas para a pressão, para o coração, causa diabetes e perda do rim. Evite bolos, doces e alimentos com muito açúcar. Use sal com moderação. Evite batata frita e comidas enlatadas, que têm muito sal. Evite alimentos ricos em potássio, como banana, espinafre etc. Vou encaminhá-los para a nutricionista, que irá dar instruções mais detalhadas sobre alimentos e como prepará-los. Volte para a próxima consulta no dia e na hora marcada no seu cartão de atendimento hospitalar.

Antes de despedir-se, Carlos lê para Márcia trechos da carta escrita por uma cliente que recebeu um rim transplantado.

CARTA PARA UM RIM (POR ANITA POPWELL)

Há exatamente um ano, no dia de hoje, você se tornou parte de mim. Eu gostaria de lhe dizer quão maravilhosos foram os caminhos pelos quais você mudou a minha vida. Você é doze anos mais velho que eu. Eu tenho trinta e seis anos e você, quarenta e oito. Hoje, nós dois juntos estamos com um ano de idade. Durante os seus primeiros quarenta e oito anos, você manteve a vida de outro corpo. Por mais da metade de meus trinta e seis anos, meus rins estavam indo embora, sob o efeito de uma doença renal crônica [...] Aos dezoito anos, fui informada de que tinha uma doença para a qual não havia tratamento ou cura. Como eu nunca tinha me sentido doente, foi difícil de acreditar... Dois anos atrás, as coisas mudaram rapidamente. A diálise começou [...] com boa resposta [...] É difícil aceitar o fato de que sua vida depende de uma máquina [...] Durante a maior parte do dia, eu chorava em silêncio e só falava o indispensável. Eu sabia que estava morrendo e alguma coisa lá dentro de mim parecia ter desistido. Em algum lugar no espaço entre o sono e a vigília eu me lembrei de Deus e murmurei "por favor!".

O telefone me acordou. O milagre aconteceu. Meu médico disse: "Eu tenho um rim para você". A esperança inundou meu coração, a força voltou ao meu corpo, as lágrimas correram e minha respiração ecoava gratidão [...]

Hoje, eu tomo medicação anti-rejeição todos os dias [...] Veja você, meu corpo ainda o considera uma espécie de estranho. O melhor a seu respeito é que você está em meu corpo e torna as coisas mais brandas [...] Ter você mudou tanto a minha vida que, às vezes, preciso parar e dizer a mim mesma que eu sou real. De acordo com o que nós sabemos a seu respeito, você nunca será meu realmente e algum dia teremos que nos separar.

Hoje eu me sinto bem, considero-me normal — exceto por me sentir mais feliz que a maioria das pessoas. As coisas estão diferentes agora. Existe uma indagação sobre a vida, que eu devo ter omitido. Sinto que busco as pessoas em dor ou desespero. Sei o quanto elas se sentem sós, porque passei por isso. O retorno de uma experiência como essa o engrandece muito [...] Eu me apanho pensando cada vez menos em mim mesma; e isso, descobri, é felicidade. Obrigado a você, meu querido rim, por me proporcionar isso.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADLER, PK. Efectiveness of Teaching Methods for Renal Patients. AANNT Journal 13:9;16, Feb. 1983.
2. AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Nursing: A social policy statement. Washington, D.C., 1995.
3. ANDREW, J. The pre-dialysis experience: Are the needs of the individual being met? Abstracts 29th EDTNA Conference 2000. Lisboa. Disponível em: http:www.nephroportal.com/content/showabstract.
4. BAPTISTA-SILVA, JCC. Transplante Renal. Disponível em: hptt:/www.bapbaptista.com.20/10/01.
5. BARROS, E et al. Nefrologia. Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
6. CAMERON, S, RUSSEL, A, SALE, D. Nephrology for Nurses. A Modern Approach to the Kidney. William Heineman Medical Books Ltd. London, 1976.
7. DAUGIRDAS, JT, ING, TS. Manual de Diálise. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.
8. GOLDIM, JR. Ética Aplicada aos Transplantes de Órgãos (wwwufrgs.br / HCPA/ gppg) 27/02/2002.
9. GOLDSTEAN, JG. The Patient's Need to Know. Nephrology Nurse 3(1):10, Jan.-Feb. 1981.
10. GUTCH, CF; STONER, MH; COREA, AL. Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel. St. Louis: Mosby, 1993.
11. INHAEZ LE. Manejo Clínico do Transplante Renal. In: Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 740 p, 1996.
12. INHAEZ, LE; PAULA, FJ. Infecção Pós-Transplante Renal. J Bras Transplantes 2(3): 89-96; 1999.
13. IYER, PW; TAPITCH, BL. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
14. JACKLE, M; RASMUSSEN, C. Renal Problems: A Critical Care Nursing Focus. Maryland: Bowie, 1980.
15. JUNIOR, AN; SANTOS, OR. Doença dos Rins. Estudo Clínico e Tratamento. Fundo Editorial BYK, 1988.
16. LANCASTER, EL (org.). Core Curriculum for Nephrology Nursing. New Jersey: ANNA, 2001.
17. LANCASTER, LE. Core Curriculum for Nephrology Nursing. 5. ed. New Jersey: ANNA, 2001.
18. LARSON, E; LINDBLOOM, L; DAVIS, KB. Development of the Clinical Nephrology Practitioner: A Focus on Independent Learning. St. Louis: Mosby, 1982.
19. MOLZAHN, AE. Changing to a Caring Paradigm for Teaching and Learning. Nephrology Nursing Journal 23(1):13, Feb. 1996.
20. PIVETA, VM. Transplante Renal. In: Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 584p, 1999.
21. POPWELL, A. Letter to a Kidney. In: A Second Look at Life. Transplantation and Dialysis Patients: Their Own Stories. London: Grune & Stratton, 1973.
22. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SS-94 de 08/07/1999. Disponível em: www.saude.sp.gov.br. Acessado em: 26/02/2002.
23. SUASSUNA, JH; FARIA, R. Perguntas mais freqüentes sobre transplante renal. Disponível em: www.ax.apc.org/~sonerj. Acessado em: 27/02/2002.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 22

Situações do Viver/Morrer — Contribuições para o Cuidar

Roberto Carlos Lyra da Silva
Wiliam César Alves Machado
Iraci dos Santos

INTRODUÇÃO

Comentando sobre questões envolvendo interações corporais de sujeitos cuidadores com os que são cuidados na fronteira vida-morte, enfatizamos preliminarmente quanto é difícil e angustiante constatar a dura realidade da qualidade do cuidar executado por enfermeiros docentes e assistenciais, quando o sujeito do cuidado se encontra na fronteira vida-morte.

Sendo docentes e pesquisadores da subjetividade na área de Fundamentos de Enfermagem/Cuidados de Enfermagem, não nos furtaremos, de quebrarmos algumas barreiras impostas pela nossa cultura relacionadas com este cuidar num momento tão delicado da existência humana na densidade da matéria.

Nossos OBJETIVOS são:

A — Abordar alguns aspectos racionais e particularmente subjetivos envolvidos no momento do cuidar de clientes em estágio "final" de sua existência ou passagem pela dimensão tridimensional na matéria.

B — Refletir sobre respostas para questionamentos e situações rotineiras visando nortear as práticas de cuidar.

C — Apresentar concepções teóricas para o cuidar na fronteira vida-morte.

QUESTÕES

1 — Como os Paradigmas de Cuidado e Cura influenciam o cuidado prestado ao cliente na fronteira vida/morte?

2 — Qual é a nossa percepção sobre "o leito de morte ou onde morrer nos dias de hoje?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3 — O que precisamos saber sobre morte e legislação?

4 — Como os saberes sobre este assunto interferem diretamente em nossas práticas de cuidar?

5 — Quanto ao ensino/aprendizado de enfermagem e o cuidado na fronteira vida/morte: transcendência, imagens e representações — como nos comportamos e como deveríamos nos comportar?

A multiplicidade de imagens e representações, sentidos e comportamentos existentes no cuidado diante dessas questões, possibilitam a compreensão de que tal temática não se elucida ou se esgota neste. Assim, entendemos que as questões que envolvem a morte e o morrer, em particular aquelas de ordem subjetiva, sempre estiveram entre as maiores dificuldades experimentadas pelos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, quando cuidam de clientes nesta situação. Emergem daí aspectos relacionados com nossa contraparte imaterial, suprafísica e eterna, enquanto seres em evolução ascensional. Discurso este restrito à literatura espiritual, escolas esotéricas e doutrinas religiosas da cultura oriental, mas que nas últimas décadas vem conquistando espaço como abordagem transpessoal da ciência pós-moderna ocidental, para compor a lacuna existente entre o racional e o intuitivo, material e imaterial, objetivo e subjetivo, concreto e abstrato, tão presentes nos fenômenos norteadores dos processos interacionais da dimensão humana, a exemplo da enfermagem.

A partir de obras que abordam esta temática, bem como a implementação do cuidar nesta situação, constatamos que, diante de uma problemática extremamente carregada em arquétipos e significados que interferem diretamente nas práticas de ensino/cuidado, aliados ao forte avanço tecnológico, é notório que os profissionais de enfermagem não estão ainda "preparados" para cuidar de pessoas em processo de morte. Sendo mais agravante a sua inabilidade para lidar com suas emoções e sentimentos de medo e negação da realidade quanto a finitude da vida. Aliás, este é um quadro sintomático de limitação ou apego ao mundo das formas, circunscrito apenas à realidade tangível, ao que se pode ver e tocar.

Este comportamento e despreparo diante da morte se agravam a cada dia, uma afirmativa justificável pela forma com que ensinamos a cuidar dentro da academia. Influenciados pelo Paradigma Funcionalista das Práticas de Saúde no Ocidente, "preparamos" os jovens enfermeiros para desenvolverem habilidades técnicas, alicerçadas em fundamentos teóricos de disciplinas geralmente cartesianas e racionais, tais como a Fisiologia, a Farmacologia, a Patologia entre outras. Assim, desvalorizam-se os aspectos subjetivos que permeiam as práticas de cuidar, principalmente nas situações de morte eminente proporcionando um distanciamento dos clientes em fase terminal, famílias e pessoas significativas quanto às suas expectativas de cuidados no momento importante da passagem do ser humano de um plano material para outro; independente da maneira de suas concepções sobre a morte e o morrer. Isto se comprova quando os profissionais procuram impedir que familiares e amigos estejam junto ao ser considerado moribundo, por meras questões de normas administrativas.

Acreditamos que nossas reflexões contribuirão no ensino sobre Fundamentos de Enfermagem, fazendo com que:

A — O momento do cuidar da pessoa em sua finitude seja compreendido como um todo e não como o cuidado a um corpo-objeto que está morrendo.

B — Nossas ações não se restrinjam ao caráter cientificista racional do paradigma funcionalista.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 1

Como o cuidar na fronteira vida/morte é influenciado pelos Paradigmas de Cuidado e de Cura?

ALTERNATIVAS DE RESPOSTAS

A questão nos remete necessariamente a uma situação atípica vivenciada na realidade concreta do cuidar na fronteira vida/morte, enquanto docentes e pesquisadores empenhados em desvendar a relação do Paradigma de Cuidado e Cura no âmbito das intervenções de enfermagem. A situação tinha caráter atípico pelo fato de o cliente ser colega de trabalho, além de estar, na época, elaborando sua pesquisa de tese de doutorado sobre o tema.

O prognóstico médico, todavia, limitado ao ponto de vista biomédico e funcionalista, acenava para raras possibilidades de sobrevida do cliente, o que contrapunha o prognóstico de enfermagem por mais otimista que pudesse parecer aos céticos. Todavia, como o conjunto de ações desempenhadas tinha como essência o amor (força maior do universo), freqüentemente seguindo as pistas intuitivas apresentadas pela consciência não-ordinária, descortinou-se uma gama de possibilidades para novas intervenções terapêuticas de enfermagem enfocadas no Paradigma da Cura, constituindo o diferencial transcendente à dimensão material que envolve nossos corpos e tradicionais convicções.

Assim, conseguimos estabelecer um elo entre as correntes de energias positivas da dimensão suprafísica cósmica com nossas mais veementes aspirações para que a Dama de Branco (enfermagem) vencesse a Dama de Negro (morte) e obtivemos êxito (Figueiredo; Machado; Porto e Ferreira, 1998).

É pertinente revelar que a intuição, muitas vezes nos leva ao acerto e a descobertas fantásticas, quando veiculada com propósitos de amor e bem-querer, como no desdobramento do caso mencionado. Naquela batalha contra a morte, intuímos que seria bom trazer para junto do cliente seus objetos mais pessoais, inclusive um abajur da mesa de cabeceira de sua cama, o qual tinha luz verde e segundo informava aos amigos mais próximos, servia para reabastecer suas baterias enquanto dormia (Machado, 1999). Com surpresa encontramos depois a explicação que nos faz recomendar a valorização de uma intuição na prática de cuidar, pois esta pode ser um diferencial conforme se descreve:

A — Como nos esclarece Bailey (2001), além da importância de se preservar harmonia no ambiente, deve-se permanecer no máximo silêncio para permitir que o fluxo de energias siga seu curso.

B — Somente luzes de cor laranja são recomendadas para o quarto de um cliente moribundo,

C — e estas serão instaladas com cerimônia apropriada quando houver certeza da impossibilidade de recuperação.

D — A cor laranja ajuda a focalizarmos a cabeça,

E — assim como o vermelho estimula o plexo solar,

F — e o verde tem efeito definido sobre o coração e as correntes de vida.

Nossa intuição nos orientava para o alcance do nosso desejo, naqueles dias: — que as pulsões de vida mantivesse nosso cliente forte o suficiente para superar o quadro de quase-morte.

Ressalte-se que o cuidar enquanto processo interacional humano com objetivo de curar, confortar, ajudar, é um atributo de nossa memória genética, considerando que

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

desde os tempos pretéritos, até os atuais, esteve presente como integrante da condição humana e acompanha o homem, desde a sua concepção, até a morte (Boff, 1999).

A enfermagem, por sua vez, tendo compromisso com essa prática, precisa se conscientizar da importância e necessidade de cuidar das pessoas, independentemente do estágio do ciclo de vida em que estas se encontram. Isto porque o ser humano, enquanto projeto infinito, carece de cuidados desde a sua gestação, nascimento, morte e transcendência. Para Boff (1999), o cuidado representa algo mais que o antônimo do descaso. Para o autor, o cuidar é mais que um ato; é uma atitude, e desta forma, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo.

O cuidar pode transcender a razão, o real e o concreto indo além do real e do concreto através do imaginário, permitindo, por exemplo, o cuidado com o espírito, o que lhe irá proporcionar sensação de conforto, segurança, sossego e repouso para a transição ou travessia, conforme ressaltou (Silva, 2001).

O cuidar é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo, emocional e espiritual com o outro, espírito ou matéria, e, por esta razão, estará sujeito a variáveis (paradigmas), determinadas pelos modelos assistenciais vigentes.

Para Heidegger (1989), o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes até mesmo que ele faça alguma coisa. Para ele, o modo de ser cuidado poderá revelar a maneira concreta de como é o ser humano. Assim, se o cuidado é prestado de forma racional, quando seu agente se preocupa apenas com as recompensas materiais, financeiras e sociais que dele possam advir, além de todo referencial técnico-científico que o fundamenta, o ser humano estará sendo visto como um simples objeto por parte daquele que cuida. Contrariamente, se no cuidar, o profissional se preocupa não somente com os aspectos racionais (técnico-científico e administrativo), mas com aqueles de ordem subjetiva, como a espiritualidade, certamente este ser humano passa a ser entendido em sua totalidade.

Temos convicção de que sem um cuidado fraterno, veiculando sentimento de bem-querer, amor e respeito, pela singularidade da condição humana, o reino humano estaria sujeito à extinção. Entretanto, nossa experiência na área associada à ampliação da consciência para a percepção e sintonia com o que transcende ao circunscrito pela realidade concreta, tangível, objetiva, nos credencia a vislumbrar esperanças de que os fenômenos da esfera do subjetivo, intuitivo, intangível, imaterial, sejam substancialmente mais fortes e capazes de inviabilizar qualquer conspiração das forças involutivas. Afinal, o amor sempre há de superar o desamor e o bem ao mal. É uma questão de fazermos nossa parte, enquanto seres em evolução ascensional.

Quando cuidamos de clientes terminais precisamos nos ater aos aspectos subjetivos interferentes na passagem deles de um plano existencial para outro, pois não estaremos apenas lidando ou manuseando, manipulando, um amontoado de células em iminente processo de falência ou degeneração. Fazendo uma analogia entre a morte e o sono, Bailey (2001, p. 26) destaca que:

> *"A morte é apenas um intervalo mais longo da vida no plano físico, pois é como "saíssemos de viagem" por um período maior. Mas o processo de sono diário e o processo ocasional de morrer são idênticos, com a única diferença de que, no sono, o fio magnético ou corrente de energia, ao longo do qual corre a força da vida, é preservado intacto e constitui o caminho de retorno ao corpo. Na morte, entretanto, este fio da vida é partido ou interrompido. Quando isto acontece, a entidade consciente não pode retornar ao corpo físico denso, e esse corpo, faltando-lhe o princípio de coesão, então, se desintegra."*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Resta-nos o cuidar do cuidar para que o cliente siga sua trajetória existencial de forma serena e harmoniosa. Quando falarmos de cuidar do corpo não pensemos no sentido usual da palavra, que contrapõe o corpo à alma, matéria e espírito pois para Boff (1999): "*Corpo é aquela porção do universo que nós animamos, informamos, conscientizamos e personalizamos... é um ecossistema vivo que se articula com outros sistemas mais abrangentes... O corpo é subjetividade.*"

Através do corpo percebemos a fragilidade do ser humano, da célula que, segundo Morin (1997), determina a superioridade sua sobre a máquina. É esta fragilidade que nos permite morrer pois a vida corporal física é finita. A morte não vem no fim da vida, ela começa já no seu primeiro momento. Vamos morrendo, lentamente, até acabar de morrer. Boff (1999) ao abordar a aceitação da morte, assinala que:

"A aceitação da mortalidade da vida nos faz entender de forma diferente a saúde e a doença."

Hodiernamente, as ações de cuidar e as práticas de " assistir em saúde" parecem sofrer uma grande influência do "paradigma da cura", o qual, segundo Pessini (1995), apresenta uma reivindicação e uma grande inclinação em direção a cuidados críticos, medicina de alta tecnologia, em detrimento daquele com vistas a promoção do conforto físico, emocional e espiritual. Saliente ainda que:

> *"... À medida que a prestação de serviço do sistema de saúde se torna sempre mais dependente da tecnologia, foram deixadas de lado práticas humanistas, tais como manifestação de apreço, preocupação e presença solidária com os doentes. O "cuidar" surge no mundo tecnológico da medicina moderna simplesmente como prêmio de consolação quando o conhecimento e as habilidades técnicas não vencem."*

Assim, o "paradigma do cuidado", que teoricamente seria o do conhecimento e domínio da enfermagem, tornou-se prisioneiro do modelo biomédico contemporâneo que privilegia o "paradigma de curar" em detrimento do cuidar.

Orientados pelo "paradigma de cura", os enfermeiros supervalorizam a vida, cultuando o corpo jovem, saudável e esteticamente belo, desprezando o velho, o doente e o mutilado. Este pensar refuta nos jovens profissionais, a possibilidade de pensar na morte e no morrer. Influenciados por este paradigma, tendem a se utilizar do "poder" da medicina curativa, visando prolongar a vida, ainda que em condições inaceitáveis. Esta "idolatria" da vida ganha forma na convicção de que a inabilidade para curar ou evitar a morte é uma falha da medicina moderna. Pessini (1995) nos chama a atenção para o fato de que:

"... a falácia desta lógica é que a responsabilidade de curar termina quando os tratamentos se esgotam".

Este pensar influencia a forma de os profissionais se posicionarem diante do cuidar de clientes, que, para a medicina, estão fora de possibilidade terapêutica.

O homem jamais será capaz de afastar a morte — dama de negro indefinidamente. A morte acabará chegando e vencendo, inclusive, a vida — dama de branco. É imprescindível que a enfermagem se conscientize de que quando o tratamento não mais atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, novos tratamentos tornam-se uma futilidade ou peso e aumentam o sofrimento do cliente, familiares e o da equipe. Surge a necessidade de separar o que é racionalmente inútil e intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto do morrer abrindo espaço para o "paradigma de cuidar".

Neste momento, diferentemente do "paradigma de curar", o do " cuidar" nos permite transcender os limites de nossa mortalidade e do poder instituído pelo modelo biomédico, com uma atitude de serenidade. O cuidar orientado para o alívio do sofrimento preocupa-se mais com a pessoa doente do que com a doença da pessoa.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Agindo assim percebemos que a morte já não nos assusta tanto, a angústia e o sofrimento são minimizados e o cuidar deixa de ser o prêmio de consolação pela frustração da cura, para integrar o estilo e projeto terapêutico do cliente, a partir de uma visão holística. Concordamos com Boff (1999) quando nos alerta que já se faz necessário entendermos que já não mais vivemos para morrer. Morremos para ressuscitar e viver mais e melhor. A morte significa a metamorfose para esse novo modo de ser em plenitude. É a ressurreição já na morte, tal qual um casulo que continha a crisálida. Cai o casulo e irrompe radiante a borboleta, passando a ser mais uma das fases da existência no planeta.

Sobre a analogia da morte com a borboleta, lembramos as reflexões de Campos (1996), ao esclarecer que a borboleta relaciona-se com a luz e com as forças do Sol; sua vida e organização expressa essa afinidade. É a própria luz que rege a metamorfose pela qual passa. De pequeno ovo transforma-se em lagarta que, em determinada etapa de amadurecimento, começa a tecer fios de seda em torno de si, formando casulo e transformando-se por completo em seu interior.

Ressurge em sua forma final, transfigurada pela luz. Ao tecer o casulo, as lagartas seguem fios invisíveis da luz que emana do Sol: os fios de seda são essa luz entretecida e condensada na matéria terrestre. A tecedura, sutil, realizada só à luz do Sol, é interrompida ao anoitecer, para recomeçar no outro dia. Completado o casulo, que é em essência luz solar, as lagartas transformam-se em seu interior e ressurgem, transfiguradas por sua essência, como seres de luz e cor — as borboletas. Ponto de vista que deveria servir como reflexão muito adequada e oportuna para que os profissionais de enfermagem passem a ver nos clientes a manifestação de Luz do Criador, princípio para a mudança de conduta e, conseqüentemente, para um cuidar humanístico de quem está mudando de plano existencial.

Retomando o pensar de Bailey (2001), acrescentaríamos que se impõe a necessidade de cultivarmos uma nova atitude a respeito da morte e inaugurarmos uma nova ciência da morte. Que ela deixe de ser uma coisa que não podemos controlar e que, invisivelmente, nos derrota, e comecemos a controlar nossa passagem para o outro lado e a compreender algo sobre a técnica de transição, tendo em vista que temos de conviver com ela no cotidiano de nossa prática profissional.

Não desconsideramos a colaboração que o modelo biomédico[1] vigente, pautado basicamente no "paradigma de curar" trouxe ao desenvolvimento das ciências da vida. Mas ressaltamos, apoiados no discurso de Boff (1999), que devemos cuidar dos seres humanos, sabendo combinar a inteligência instrumental-analítica, de onde nos alimentamos do rigor científico, com a inteligência emocional-cordial, de onde derivam as imagens e os mitos, considerando que somos seres espirituais, corporais e psíquicos, para resgatarmos a essência de nossa profissão.

QUESTÃO 2

O leito de morte: Onde morrer nos dias de hoje?

Quando analisamos antropologicamente os ritos da morte e do morrer, podemos constatar que no que se refere ao espaço, ou lugar (leito) da morte, algumas respostas poderão ser encontradas para tal questionamento, e nos chama atenção, a

[1] Modelo dominante nas práticas em saúde, com características cartesianas, que privilegiam o racional em detrimento do subjetivo e abstrato.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

discrepância observada nas características destes lugares, que passaram a se definir há apenas alguns anos, com o surgimento dos hospitais de alta tecnologia, representados pelas unidades de terapia intensiva.

Na idade média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, e principalmente nas UTIs[2]. Ainda na idade média, a morte era entendida como coisa normal, percebida espontaneamente, e entendida e conceituada de uma forma completamente diferente de como é nos dias atuais (Kubler-Ross 1998).

A morte era esperada no leito e era autorizada pela presença de parentes, vizinhos, amigos e até crianças. Havia uma aceitação dos ritos[3], que eram cumpridos sem dramatização. Era algo familiar, próximo. Hoje, praticamente a morte ocorre no hospital (80% dos casos, nos Estados Unidos), sendo chamada de morte invertida[4]. Ela é escondida, vergonhosa, como fora o sexo na era vitoriana. A boa morte atual é a que era mais temida na Antigüidade, a morte repentina (Pessini, 1995).

Temos observado que nas últimas duas décadas, o surgimento dos centros de terapia intensiva e as constantes sofisticações dos métodos de suporte avançado de vida permitiram a recuperação de um sem-número de pessoas no mundo inteiro, que eram vítimas de lesões orgânicas e que há algum tempo eram consideradas incompatíveis com a vida.

O conceito de morte tem sido modificado ao longo do tempo, principalmente nas culturas ocidentais, motivadas, talvez, pelos constantes avanços tecnológicos que vêm ocorrendo na medicina. A atitude dos homens modernos diante da morte é buscar cada vez mais negá-la como o fim do inexorável percurso da vida humana, criando e aperfeiçoando técnicas que possibilitem prolongar a vida até não mais poder, afastando, desta forma, a morte do convívio social, e, conforme Pitta (1994), reforçando sempre o caráter ocasional e a conseqüente presença incômoda e mítica da morte, devendo, como tal, ser ocultada e distanciada.

Entretanto, a morte em si, atualmente, passa a chamar atenção dos ambientalistas, movimentos ecológicos, especialistas da área de saúde pública, sanitaristas, dentre outros segmentos da sociedade, requerendo uma mudança no destino que tradicionalmente se dá aos mortos — os cemitérios, embora a maioria prefira manter a opinião bem longe da reação dos setores conservadores das religiões. Porém, como profissionais de saúde e comprometidos com o meio ambiente para promoção da saúde e prevenção de doenças, sugerimos que pensem no que diz Bailey (2001) acerca do assunto. Segundo ela, é auspicioso o fato de que a cremação se esteja tornando regra geral. Dentro em breve, o sepultamento na terra será contra a lei, e a cremação será obrigatória, o que é uma medida saudável e sanitária. Aqueles insalubres locais psíquicos chamados cemitérios, finalmente desaparecerão, assim como a adoração aos antepassados está desaparecendo, tanto no Oriente — com seu culto aos ancestrais — como no Ocidente, com seu culto de posição hereditária.

Precisamos superar o medo da morte e todos os seus reflexos, como, por exemplo:

a) Um temor aos processos de submissão final no ato de morte propriamente dito.
b) Horror ao desconhecido e ao indefinível.

---

[2] Unidades de Terapia Intensiva. Unidades destinadas ao acompanhamento clínico de clientes potencialmente recuperáveis, que apresentam disfunção orgânica em sistemas vitais.

[3] Alguns ritos de morte muito comuns são as vestes negras das viúvas e as carpideiras que iam à frente do cortejo fúnebre.

[4] Descrita por Pessini (1995) para caracterizar todo a descaracterização da morte e do morrer que tem ocorrido nos últimos 20 anos.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) Dúvidas sobre a imortalidade final.
d) Tristeza ao deixar para trás os entes queridos ou ser por eles deixado.
e) Antigas reações a mortes violentas passadas, que jazem no fundo do subconsciente.
f) Apego à vida na forma, uma vez que esta é primordialmente identificada com a consciência.
g) Velhos e errôneos ensinamentos sobre Céu e Inferno, ambos igualmente desagradáveis na perspectiva de certas interpretações religiosas.

Este comportamento (o temor da morte) encontra ressonância nos pensamentos de Freud[5], sobre a transitoriedade. Para o autor, a propensão de tudo que é belo e perfeito à decadência pode dar margem a dois impulsos diferentes na mente. Um leva ao penoso desalento sentido pelo jovem, aqui o enfermeiro, quando este se depara com a finitude do que é belo, ao passo que o outro conduz à rebelião contra o fato consumado, o que determinaria neste caso, a repulsa, o temor e a negação da morte, como algo natural e necessário, o que faz com que os enfermeiros busquem, na tecnologia, um escudo ou uma fortaleza contra a morte, pois entendem que seja possível que toda essa beleza e esplendor do existir materialmente venha a se desfazer em nada.

Percebemos então, que seria por demais insensato, por demais pretensioso acreditar nisso. De uma forma ou de outra, acreditamos que a beleza da vida, ainda que para muitos, possa não parecer tão bela assim, deverá ser capaz de persistir e de escapar a todos os poderes da destruição, e inclusive a morte.

No entanto, embora possamos contar com esta infinidade de possibilidades que parecem permitir exorcizar a morte, nos profissionais de saúde, cada vez mais enfrentamos a terrível situação de perceber que, apesar de tudo, em muitos casos, a morte não pode ser exorcizada e conseqüentemente evitada. Nestes casos, a completa e irreversível destruição de todo o encéfalo impede a "sobrevivência" do indivíduo. Nos centros de terapia intensiva, o diagnóstico de morte biológica é agora freqüentemente feito apesar da manutenção artificial da ventilação e da circulação, e, a esta situação, denominamos MORTE CEREBRAL[6].

Para que possamos entender melhor essa problemática, e buscarmos respostas mais coerentes para esta questão, faz-se necessário uma melhor compreensão filosófica do cuidado aos seres humanos nas fases finais de uma doença. Assim, nos reportamos aos *hospices*[7], que cresceram muito desde o ano de seu surgimento (1967) contando, atualmente, com quase dois mil programas. Este modelo é pouco conhecido e utilizado em nosso país, talvez devido ao estigma social relacionado com a morte e pela percepção pública e profissional de que o mesmo significa falha, ao entregar os pontos na luta para manter uma vida.

É verdade que em nossa cultura é incomum encararmos o "estar morrendo" como um processo normal e, assim, tal modelo, que enfatiza o controle da dor e dos sintomas objetivando melhorar a qualidade de vida, antes de tentar curar uma doen-

---

[5] Pensamento de FREUD. S., Sobre a Transitoriedade. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIX. Editora Imago: Rio de Janeiro, 1996.
[6] Condição de inatividade total das funções do encéfalo e do tronco cerebral, determinado sistematicamente a partir de exames clínicos e laboratoriais seriados, assinados por no mínimo três especialistas.
[7] Movimento que segundo Pessini (1995) começou na Inglaterra, em 1967, quando a Dra. Cicelly Saunders abriu o hoje famoso *St. Christopher's Hospice,* em Londres. Em 1974 surge nos EUA, em New Haven, CT.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ça ou estender a "vida", para permitir aos pacientes e suas famílias viver cada dia plena e confortavelmente tanto quanto possível. Ao lidar com o estresse causado pela doença, morte e dor da perda, dificilmente conseguirá substituir os centros de terapia intensiva, como leito ideal para o morrer.

Esta afirmativa encontra apoio, principalmente quando nos reportamos aos princípios fundamentais dos *hospices* que preconizam que cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo num contexto clínico significa, acima de tudo, respeitar a integridade da pessoa. Para tal, o cuidado deverá garantir pelo menos:

1. *Que o paciente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de modo que possa morrer confortavelmente e com dignidade*.

2. *Que o paciente receberá continuidade de cuidados e não será abandonado ou sofrerá perda de sua identidade pessoal.*

3. *Que o paciente terá tanto controle quanto possível no que se refere às decisões a respeito de seu cuidado e lhe será dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongadora de "vida*".

4. *Que o paciente será ouvido como uma pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças*.

5. *Que o paciente será capaz de morrer onde queira morrer.*

Neste momento, nos reportamos ao modelo que se apresenta como referencial para a formação do perfil de nossos profissionais de saúde, para percebemos o quão difícil seria transferir a morte para um ambiente um pouco mais próximo da realidade vivenciada pelo cliente — em sua residência, perto de seus familiares e amigos, e longe do sofrimento, da solidão e da angústia no momento de sua partida. Então, indagamos:

QUESTÃO 3

O que precisamos saber sobre morte e legislação, estes saberes interferem diretamente em nossas práticas de cuidar?

Para discutir as questões legais que envolvem nossa prática de cuidar de pessoas em fase terminal, tecemos considerações acerca do que se compreende por valores culturais e suas influências na conduta das partes, ou seja, profissionais e cliente, família e/ou pessoas significativas. Alerta-nos o pensar de Morin (2001, p. 17) quando enfatiza que:

> *"A cultura humanística é uma cultura genérica, que, pela via da filosofia, do ensaio, do romance, alimenta a inteligência geral, enfrenta as grandes interrogações humanas, estimula a reflexão sobre o saber e favorece a integração pessoal dos conhecimentos. A cultura científica, bem diferente por natureza, separa as áreas do conhecimento; acarreta admiráveis descobertas, teorias geniais, mas não uma reflexão sobre o destino humano e sobre o futuro da própria ciência."*

Entretanto, o que constatamos na prática de cuidar de clientes terminais e no lidar com o sentimento da família e pessoas significativas, é que prevalecem os padrões da cultura científica, conforme o que nos é ensinado nas universidades, ainda que no discurso teórico insistamos em nos rotular de humanísticos.

Ao discutir a viabilização de um novo ponto de vista científico que contemple o intangível, não-ordinário, atemporal, subjetivo por excelência, Kübler-Ross (1997, p. 55) assim nos diz:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"Todas as pessoas envolvidas (experiências fora do corpo) têm plena consciência de ter deixado o corpo físico e de que a morte, como a entendemos em linguagem científica, na realidade não existe. A morte nada mais é do que o abandono do corpo físico, assim como a borboleta abandona o casulo (...) *estamos agora em uma nova era e "felizmente" saímos da era da ciência, da tecnologia e do materialismo para uma nova era de genuíno e autêntico espiritualismo. É a consciência da existência de algo maior do que nós, de um Ser que criou este universo, criou a vida e a consciência de que somos uma autêntica, importante e significativa parte dele e que podemos contribuir para a própria evolução."*

O que vem corroborar com nossas vivências ao prestar cuidados de clientes terminais e perceber a diversidade em termos de manifestação imateriais, cujos relatos limitavam-se a conversas informais por mais absoluta falta de enquadramento teórico no âmbito da literatura acadêmica. Assim, respaldados no pensamento de pesquisadores contemporâneos, nossas incursões no terreno subjetivo vêm galgando espaço e reconhecimento na área de saúde. Quiçá noutros horizontes.

Sobre morte e legislação, é importante ressaltarmos que a possibilidade de se manter e preservar, durante algum tempo, as funções orgânicas vegetativas em clientes com lesões irreversíveis de áreas vitais localizadas no encéfalo, determinou uma verdadeira revolução na medicina, o que culminou em uma mudança de comportamento diante da morte, além de uma profunda revisão dos seus conceitos e valores.

No entanto, ao mesmo tempo em que esta revisão de conceitos e valores permitiu um incremento na doação e o transplante de órgão e tecidos, possibilitando em alguns postergar a morte e em outros melhorar a qualidade de vida dos transplantados, trouxe consigo uma série de questões existenciais e éticas.

Desta forma, tornou-se urgentemente necessário que o poder público criasse dispositivos legais para normatizar, sistematizar e operacionalizar estas práticas, sem que, contudo, ferisse os princípios éticos e legais, buscando preservar acima de tudo a dignidade humana.

Coube então ao Conselho Federal de Medicina — CFM, por força da lei 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de julho de 1958, que conferia, dentre outras coisas, o direito para que os profissionais médicos, deliberassem sobre o assunto referente à morte e ao morrer e criar os dispositivos legais para a normatização do diagnóstico da morte cerebral.

Logo após a publicação da lei federal 9.434 de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, e que traz no seu "caput", dentre outras coisas, a criação do Sistema Nacional de Transplantes, o Conselho Federal de Medicina, considerando o consenso mundial de que a parada total e irreversível das funções cerebral equivale à morte biológica, cria a Resolução CFM nº 1.480/97, que estabelece critérios para a determinação e diagnóstico da morte cerebral.

Esta resolução foi baixada pelo CFM, objetivando a criação de critério fidedignos que fossem capazes de determinar o momento exato para se indicar a interrupção dos recursos de manutenção da "vida" vegetativa, em clientes com morte cerebral e, desta forma, constatar de modo indiscutível a ocorrência de morte.

Para tal, o CFM, além de considerar que o cessar irreversível das atividades do encéfalo poderia ser compatível com a morte, considerou também que a morte cerebral normalmente acarreta, para aqueles que continuam vivos, um ônus psicológico

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e material muito considerável, provocados pelo prolongamento da "vida" destes clientes, através da utilização de recursos extraordinários capazes de garantir temporariamente o funcionamento das funções vegetativas, mesmo diante de situações extremamente adversas.

O CFM orienta que o diagnóstico da morte cerebral deverá ser feito através da análise da história médica, dos achados do exame físico e de eventuais recursos e exames complementares. Caberá ao médico demonstrar de maneira inequívoca que houve lesão irreversível de estruturas vitais do encéfalo. Para tal, o mesmo deverá obedecer aos artigos 1º, 3º, 4º, 5º e 6º da Resolução 1.480/97.

Fisiologicamente, o cliente com morte cerebral (morte biológica) não deverá exibir qualquer movimento voluntário ou resposta aos estímulos superficiais ou profundos. Faz-se necessário que sejam afastadas quaisquer possibilidades de uso de drogas que deprimam o SNC, ou ainda, de bloqueadores neuromusculares. São avaliadas: as funções do tronco cerebral, a partir da presença de *drive* ventilatório, fotorreatividade pupilar e reflexo de tosse. No entanto, atenção especial deverá ser dada para os testes que visam comprovar que o indivíduo é incapaz de ventilar, mesmo após longos períodos fora da prótese ventilatória.

Se algum tempo atrás a morte era determinada pelo cessar das atividades do coração enquanto bombeadora do sangue, hoje, ela é determinada pela inatividade total das estruturas do encéfalo, o que permite que órgãos e tecidos sejam retirados a tempo, uma vez que nestes casos, o coração ainda é capaz de bombear sangue para todas as partes do corpo, o que permite manter irrigados os tecidos e órgãos, provendo-os dos substratos necessários à sobrevida das células.

Hoje, até morte cerebral já é de notificação compulsória, assim como algumas doenças infecto-contagiosas, caracterizando-se em mais uma medida, para se incrementar as práticas de doação e transplante dos órgãos em nosso país.

Se por um lado o novo conceito de morte contribuiu para incrementar os transplantes de órgãos e tecidos, por outro, parece ter criado um verdadeiro dilema para os enfermeiros e toda a equipe de enfermagem que cuidam de clientes com morte cerebral, pois, se na concepção da lei, a morte cerebral corresponde ao momento exato da morte biológica, é possível que estes profissionais se questionem sobre o porquê prestar cuidados para um cliente que teoricamente parece estar morto.

As respostas para esses questionamentos poderão ser encontradas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. No seu capítulo I, que trata dos princípios fundamentais da profissão, diz o seu artigo 3º que:

"O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza." Neste sentido, o Código de Ética nos alerta para a necessidade e obrigatoriedade de se cuidar integralmente do cliente, esteja ele nascendo ou morrendo, visto que a necessidade de satisfação de Necessidades Humanas Básicas se faz imprescindível, ainda que se trate apenas de um órgão ou tecido.

Ainda trazendo como referência o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, atentemos para o que diz o artigo 46º do capítulo V, que trata das proibições. O referido artigo diz que é proibido aos profissionais de enfermagem:

"Promover eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente."

Como podemos perceber, é crime previsto no Código de Ética, promover ou cooperar em práticas destinadas a abreviar a vida. Desta forma, abandonar o cliente com morte cerebral, omitindo cuidados fundamentais para a sua sobrevida, sem que lhe seja garantida a continuidade da assistência de enfermagem, poderá constituir

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

uma maneira de promover ou cooperar para a prática da eutanásia, sem falar, que o próprio abandono da assistência de enfermagem, sem a garantia da continuidade, já constitui crime previsto no artigo 43º, capítulo V deste código.

Desta forma, faz-se imprescindível alertar os profissionais de enfermagem que o não atendimento ao Código de Ética, implicará nas sanções, infrações e penalidades previstas no Código de Processo Ético, Resolução COFEN 181, de 1º de fevereiro de 1995, e que estes preceitos deverão sempre nortear as nossas práticas de cuidar.

QUESTÃO 4

O ensino/aprendizado de enfermagem e o cuidado na fronteira vida/morte: transcendência, imagens e representações — como nos comportarmos e como deveríamos no comportar?

Abrindo nossa incursão pautada nos conteúdos dos programas de ensino e, conseqüentemente, no que nossos alunos aprendem, cabe destacar o que nos diz Morin (2001) acerca da condição humana e da necessidade de reforma no pensamento acadêmico. Segundo ele, o estudo da condição humana não depende apenas do ponto de vista das ciências humanas, bem como apenas da reflexão filosófica e das descrições literárias. Depende também das ciências naturais renovadas e reunidas, que são: a Cosmologia, as Ciências da Terra e a Ecologia, posto que, conforme a própria ciência já confirmou, trazemos dentro de nós o mundo físico, o mundo químico, o mundo vivo, como manifestações originais, e, ao mesmo tempo, deles estamos separados por nosso pensamento, nossa consciência, nossa cultura, por força do ego e do apego ao mundo das formas. Porém, urge a tomada de consciência de que a cosmologia, as ciências da Terra, a biologia e a ecologia permitem situar a dupla condição humana: natural e metanatural, que trariam significativas mudanças na maneira em que concebemos a vida e a morte.

Tal reforma do pensamento exige a reforma da universidade e essa reforma incluiria uma reorganização geral para a instauração de faculdades, departamentos ou institutos destinados às ciências que já realizaram uma união multidisciplinar em torno de um núcleo organizador sistêmico (ecologia, ciências da terra, cosmologia). A ecologia científica, as ciências da Terra, a cosmologia, datavênia, são efetivamente ciências que têm por objeto não uma área ou setor, mas um sistema complexo: o ecossistema e, mais amplamente, a biosfera, para a ecologia; o sistema Terra, para as ciências da Terra; e a estranha propensão do universo a formar e destruir sistemas galáxicos e solares, para a cosmologia. Acrescenta ainda que pelo nascimento, adentramos na grande aventura biológica, ao passo que na morte somos arremessados aos domínios da dimensão cósmica (Morin, 2001). Ponto de vista que muito interessa a nós, enfermeiros, pois nosso universo de interações com a condição humana dá-se desde o nascimento até a morte. O que ampliaria sobremaneira nossa consciência acerca da dimensão cósmica na qual estamos inseridos.

Como estamos tratando da temática morte e processo de morrer e suas relações com o cuidado de enfermagem, agora intrinsecamente ao nascimento, concebido numa perspectiva mais ampla, acreditamos pertinente buscar em Bailey (2001) maior compreensão das correntes subjetivas que fluem livremente no ambiente e os corpos de quem cuida e de quem está sendo cuidado. De acordo com seu olhar, a solidão que resulta após a morte, quando o homem se encontra sem um veículo físico, em nada é comparada à solidão do nascimento. Ao nascer, a alma encontra-se em novo ambiente e imersa num corpo que, no princípio, é totalmente incompetente

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

para cuidar de si próprio e de estabelecer contato inteligente com as condições ambientais por longo tempo. O homem vem à encarnação sem nenhuma lembrança de sua identidade ou significado que possa ter, para ele, o grupo de almas nos corpos com os quais ele agora se relaciona; esta solidão desaparece somente aos poucos, pois à proporção que ele faz contato com sua própria personalidade, descobre aqueles que lhe são agradáveis e, finalmente, reúne ao seu redor aqueles que considera amigos. Não é assim com a morte, pois o homem encontra do outro lado do véu aqueles que ele conhece e com os quais teve contato no plano da vida física, e ele nunca está só, no sentido em que os seres humanos entendem a solidão, ele está também consciente dos que estão ainda em corpos físicos; pode vê-los e sintonizar-se com suas emoções, e também seus pensamentos, pois, não havendo o cérebro físico, este não mais serve de freio. Se as pessoas tivessem mais conhecimento, o nascimento seria a experiência que eles temeriam, e não a morte, pois o nascimento coloca a alma em verdadeira prisão, enquanto a morte física é apenas o primeiro passo para a liberdade.

Cabe ressaltar que o medo teve origem no ser humano quando ele assumiu forma física densa, quando mergulhou na materialidade. As condições inóspitas que os homens primitivos tiveram de enfrentar, estando então o planeta ainda geologicamente instável, em ativo processo de consolidação, contribuiu de modo significativo para que as vibrações do medo se fossem infiltrando neles e criando raízes. Toda a estrutura material dos corpos do homem foi impregnada pelas vibrações densas e paralisantes dessas forças. Vivências opressivas penetraram ao longo das encarnações dos átomos de seu corpo físico, influenciaram sua estrutura genética e assim se perpetuaram. Com a compactação subseqüente e gradativa da matéria terrestre, esse estado foi-se solidificando em seu ser, condensando ainda mais a matéria de seus corpos (Campos, 1996).

Ponto de vista que coaduna com as idéias de Damásio (2000) quando ele diz que as emoções são processos determinados biologicamente, e dependem de mecanismos cerebrais estabelecidos de modo inato, assentados em uma longa história evolutiva. Portanto, a maioria das emoções resulta de uma longa história de minuciosos ajustes evolutivos, são parte dos mecanismos reguladores com os quais nascemos equipados, visando à sobrevivência.

Embora a maioria dos enfermeiros não tenha intimidade com os argumentos apresentados anteriormente, por questões que variam desde a falta de oportunidade até mesmo por mero preconceito, pois ameaçam velhas estruturas conceituais de cunho religioso, ainda assim, por certo, tiveram em determinado momento de sua atuação ao prestar cuidados na fronteira vida/morte, o inevitável confronto com o inexplicável, indizível, inusitado. Como reação natural e perfeitamente compreensível em defesa de sua estrutura de valores e crenças pessoais, relegam a segundo plano o que é de valor inestimável para a humanização de seu fazer e saber sobre a multidimensionalidade da condição humana. Imaginem o que ocorrerá na consciência humana quando a morte vier a ser considerada como um ato simples e consciente de renúncia ao mundo das formas.

Nos últimos dez anos, esta temática tem encontrado um espaço maior para discussão e reflexão com os alunos, quando comparado com anos anteriores. No entanto, temos percebido que embora se discuta a morte e o morrer, o enfoque ainda tem sido por demais racional. Discuti-se demasiadamente os aspectos técnicos inerentes ao preparo do corpo morto, além daqueles de ordem fisiopatológica do processo de morrer, pouco contemplando a subjetividade que se encontra maciçamente envolvida nestes momentos.

Assim, na tentativa de minimizar os efeitos da negação da morte vivenciada por acadêmicos de enfermagem quando estes iniciam o ensino clínico em ambiente

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

hospitalar, criamos um espaço maior dentro desta disciplina (Paradigmas do Saber em Enfermagem II), para que pudéssemos, entre outras coisas, estimular alunos a pensar na morte, para que possam enfrentar melhor as situações de seus cotidianos de serem alunos aprendendo a cuidar e aprendendo a viver como aprendizes de enfermeiros, conforme sugere Machado (1996).

O problema identificado por nós, docentes da área de Fundamentos de Enfermagem, disciplina que "introduz" o acadêmico de enfermagem no ambiente hospitalar, é que estes pensam o corpo (des)articuladamente e invariavelmente se pautam num corpo doente, onde os órgãos lhes parecem interessar mais não obstante, a dificuldade do enfrentamento com a morte, quando cuidam de clientes terminais, parece corroborar com este pensar.

Entendemos, então, que quando ousamos falar sobre questões que envolvem a morte e o morrer deveremos considerar que a sensibilidade, a subjetividade, a imaginação e a criatividade são elementos constitutivos do próprio objeto de estudo, a morte e o morrer, e que permeiam o nosso imaginário coletivo.

Alguns autores como Kast (1997) assinalam que a imaginação e o imaginário são um espaço de liberdade, uma condição imprescindível para transformações e manifestações poéticas, criativas. No entanto, segundo o referido autor, estes espaços também poderão ser espaços de medo, medo de vivenciar experiências que conduzem o ser humano a negar a realidade (a morte por exemplo), o que faz com que o seu mundo se torne um mundo de outras possibilidades, mas que também poderá se abrir para nós.

Estas imagens que criamos em nosso imaginário, parecem encontrar sustentação nos pensamentos de Morin (1997, p. 26), quando, ao falar sobre a dificuldade encontrada pelos homens em compreender a morte, nos diz que:

"A morte é, à primeira vista, uma espécie de vida, que prolonga, de um modo ou de outro, a vida individual."

Para o autor, a morte é para os homens, de acordo com esta perspectiva, não uma "idéia", mas sim uma "Imagem". O mesmo autor, parafraseando Bachelard, diz que a morte é uma metáfora da vida, um mito, digamos. Desta forma, a mesma consciência que nega a morte, a reconhece. Ainda se utilizando das idéias de Morin, a consciência humana nega a morte como aniquilamento, mas a reconhece como um fato.

Ainda se utilizando das idéias de Morin, a consciência humana nega a morte como aniquilamento, mas a reconhece como um fato. Uma certa contradição parece permear interiormente nossas imagens; ainda que não possamos perceber, são dados primordiais da consciência humana. No entanto, parece-me que esta contradição, esta dialética, interfere diretamente nas práticas de cuidar/ensinar na fronteira vida-morte.

Quando enfermeiros criam imagens de vida e morte, tais como uma linha tênue que as une, ou ainda como uma ponte, um arco-íris ou um túnel que precisamos obrigatoriamente atravessar, nos parece que no imaginário destes há uma certa crença muito forte de que existe algo além da vida, uma promessa de imortalidade (Silva, 2001). Talvez esta suposta promessa de imortalidade esteja ligada aos dogmas religiosos. Para Frazer, citado por Morin (1997, p. 25), esta imortalidade é definida exatamente como:

"O prolongamento da vida por um período indefinido, mas não necessariamente eterno."

Neste sentido, a eternidade parece nos dar uma noção de algo abstrato, subjetivo e tardio.

Portanto, a morte é, à primeira vista, uma espécie de vida, que prolonga, de uma maneira ou de outra, a vida individual. Desta forma, podemos entender porque a

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mesma consciência que nega a morte a reconhece, o que não a impede de negá-la. Toda morte anuncia um nascimento, da mesma forma que todo nascimento procede de uma morte. Para Morin (1997, p. 109),

"*...toda mudança é análoga a uma morte renascimento — e o ciclo da vida humana inscreve-se nos ciclos naturais de morte-renascimento*".

O mesmo autor nos diz que o temor da morte nos revela que a consciência humana com relação à mesma acaba sendo para nós algo perturbador, isto porque, na sua concepção, esta consciência da morte é realista, e, por esta razão, a consciência realista da morte é traumática em sua própria essência. Com relação à consciência humana da morte, o autor afirma que:

"Só a partir do momento em que a criança toma consciência de si mesma como indivíduo é que ela sente a sua relação com a morte: esta deixa de significar uma simples ausência ou uma parada na idéia de movimento ou de vida: então, correlativamente, surgem a angústia da morte e a promessa da imortalidade."

Podemos ainda entender este comportamento dialético apoiando-se em Boff (2000, p. 26), quando nos fala da importância que tem a transcendência na vida dos seres humanos. Para o autor, somos seres de abertura, embora tenhamos nossas raízes, e estas nos limitam. E é exatamente esta abertura que nos parece o ponto de partida para buscarmos sempre algo além de nossos limites, o que o autor chama de Transcendência.

Para Leonardo Boff, os seres humanos são seres que nunca se encontram prontos. Somos seres de Imanência e Transcendência, podemos estar na pessoa amada, em nossos clientes, nossos familiares, ou até mesmo em nossos Deuses, mas mesmo assim somos capazes de rompermos tudo, e rompemos em busca daquilo que julgamos ser importante, necessário, ou ainda em busca de se responder aquilo que nos intriga, que nos perturba ou que nos aterroriza.

Talvez, a negação da morte ou ainda o entendimento desta como um ciclo ou como um túnel ou uma ponte, e também como foi dito por estes enfermeiros, como algo abstrato, onde não se sabe onde começa e onde termina, seja o momento ou o tempo de Transcendência do Humano em buscas de inúmeras respostas, respostas estas que certamente não serão encontradas por intermédio das técnicas ou das tecnologias, mas certamente poderão ser encontradas dentro de nós mesmos, através dos nossos medos, dos nossos temores, de nossas angústias, de nossos sofrimentos, de nossos tabus e de nossos mitos com relação ao viver e ao morrer. Em outras palavras, através das imagens e das representações, que criamos acerca do viver e do morrer, a partir destes sentimentos que muito nos afligem.

Entendemos que somente a partir de nossas experiências com o universo, seja em nosso labutar profissional, enquanto enfermeiros, cuidando de clientes em situações de finitude, ou ainda sendo cuidado na condição destes, é que poderemos Transcender, ir além dos nossos limites, viajar das nossas imagens, em nossos imaginários, e, a partir delas, nos aproximarmos dos mistérios da vida, atravessando inclusive as fronteiras do medo, mas sempre respeitando cada lugar, até chegarmos do outro lado, do lado oposto da vida, se é que de fato é um lado oposto.

Morin (1995) nos diz que antropologicamente, na consciência e no imaginário arcaico, assim como acontece conosco, com nossos alunos e com os enfermeiros envolvidos em nossas pesquisas sobre o comportamento e o imaginário destes diante da morte e do morrer, todas as experiências elementares que vivenciamos em nosso existir, estão ligadas a uma espécie de metamorfose dos desaparecimentos e reaparecimentos, das transmutações, e assim parecemos entender a morte.

É a desorganização e reorganização de Bachelard, ou ainda O Ponto de Mutação de Capra, o processo vital de destruição e construção. Sabemos ainda que, de maneira

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

inconsciente, é preciso viver, é preciso viver para morrer, e é preciso morrer para viver. Ao falar sobre a questão da morte-rensacimento, onde o homem, após a sua morte, imediatamente ou mais tarde, irá renascer, seja como um novo ser vivo, que poderá ser criança ou animal, e retornará a habitar novamente o universo, Morin (1997, p. 109) nos diz com muita propriedade, baseado em estudos antropológicos da morte, que:

> *"... toda morte anuncia um nascimento, todo nascimento procede de uma morte, toda mudança é análoga a uma morte-renascimento — e o ciclo da vida humana se inscreve nos ciclos naturais de morte-renascimento."*

O autor, para justificar as suas afirmações, cita as crenças de alguns povos arcaicos, como por exemplo os Ashanti, que acreditam que um nascimento neste mundo é uma morte no mundo dos espíritos, ou, ainda, a crença dos habitantes das ilhas Trobiand (Malinovski), que acreditam que as futuras mães recebem mensagens de um parente morto, anunciando-lhes o nascimento de uma criança, e o feto, trazido por um espírito, chegará diretamente de Tuma, a ilha dos mortos.

Estas idéias ainda rondam nosso imaginário nos dias atuais. Me parece que, para nós, *"morrer é um espaço vazio dentro do nada, onde nada começa e nada acaba..."* é exatamente a idéia da morte-renascimento de Edgard Morin, é o transcender de Leonardo Boff, o caos de Fritjof Capra, é a busca da reafirmação da individualidade do ser humano, a superioridade do mesmo sobre a máquina, que encontram ressonância e apoio em Morin (1997, p. 9), quando nos diz que:

> *"A constante degradação dos componentes moleculares e celulares é a fraqueza que permite a superioridade do vivo com relação à máquina. Ela é a fonte da constante renovação da vida. Ela não significa apenas que a ordem viva se nutre de desordem. Significa também que a organização do vivo é essencialmente a reorganização permanente"*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que nós, enfermeiros, profissionais do cuidado, precisamos entender a morte como um dado no mínimo dialético e passar este entendimento para os nossos alunos. Precisamos encarar a morte de uma maneira mais suave, menos traumática, buscando explicações para as razões do viver e do morrer, procurando articular os saberes da Ciência, não se prendendo apenas a um tipo de saber científico, aliando o paradigma de cuidado ao de cura, quer seja no momento de cuidar, quer seja no momento de ensinar a cuidar.

Os profissionais de enfermagem, nas suas práticas de cuidar/ensinar, deverão buscar respostas para os seus questionamentos a cerca do viver e do morrer, na essência do seu próprio ser, nas suas próprias experiências de cuidar, nos seus devaneios, no seu imaginário, nas suas imagens cognitivas ou visuais, procurando transcender a todo instante, violar os interditos, projetar-se sempre num mais além, ir ao encontro da subjetividade, do mito, da mágica, como os índios Carajás[8], que, com os seus mitos fantásticos, optaram em perder a sua imortalidade em detrimento da possibilidade de presenciarem todo esplendor da natureza nas margens do rio Araguaia.

---

[8] Fábula citada por Boff (2000), que conta a história dos índios do Bananal, que experimentaram a verdadeira experiência da transcendência, ao romperem os interditos impostos pelo seu criador, mesmo cientes de que perderiam a imortalidade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Deveremos acima de tudo cuidar de nossos clientes, esteja ele nascendo ou morrendo, da mesma forma que gostaríamos que fossem cuidados os nossos filhos, nossos parentes e amigos mais próximos, não nos prendendo apenas à questão da técnica ou da tecnologia, embora saibamos o quanto ela fascina os jovens profissionais.

Procuremos transcender, ir além daquilo que o encantamento que a técnica bem apurada ou que a tecnologia podem nos oferecer. Façamos como os Carajás, que embora tivessem recebido do criador o dom da imortalidade, assim como nós recebemos em nossa formação o princípio da cientificidade para a execução das técnicas e o poder para criar novas tecnologias, romperam barreiras e interditos em busca de algo mais, da grandiosidade do universo.

Se acreditarmos que somos capazes, certamente conseguiremos transcender a Ciência Positivista, a Técnica ou a Tecnologia. Somos capazes de ir mais além, assim como foram os Carajás, e, se conseguirmos fazer como eles, contemos da mesma forma para os nossos amigos enfermeiros, contemos o que vimos, o que vislumbramos e o que aprendemos de novo, e, ao consultarmos o nosso criador (a Academia, a Ciência Positivista, a pesquisa institucionalizada, o modelo racionalista), não façamos como os Carajás, que, em uma demonstração de respeito ou subserviência, antes de transcenderem definitivamente, questionaram, junto ao seu criador, se isto lhes seria possível, sigamos em frente.

Certamente, embora possamos parecer fracos, somos fortes e, por esta razão, não devemos nos subordinar ao paradigma dominante e racional, aquele que dicotomiza o conhecimento em racional e irracional, preocupando-se apenas com aquele que para eles constitui-se na verdade, o conhecimento racional.

Se buscamos entender e fazer entender a morte, o morrer ou o viver, devemos fazê-lo a partir da construção de um conhecimento coletivo, poético, buscando as respostas nos valores e mitos presentes dentro de nossos imaginários. Nos utilizemos da Sociopoética[9] de Gauthier e Santos, ou, quem sabe, no sincretismo das religiões. O que não devemos fazer é tentar buscar estas respostas dicotomizando o conhecimento em racional e irracional como nas pesquisas institucionais, ou no modelo racionalista dominante. Se por este caminho buscamos compreender e ensinar a "mágica" do viver e do morrer, estaremos encontrando, como respostas, técnicas que certamente pouco irão nos ajudar.

Devemos buscar compreender os valores presentes no conhecimento irracional, pois estes dizem respeito às nossas opiniões, ao mítico, ao conhecimento do censo comum, pouco considerando a verdade do conhecimento racional, pois como já disse Japiassu (1983, p. 21):

"o que é a verdade, senão um conjunto de erros retificados".

Entendemos que o autor esteja nos alertando para que busquemos construir as nossas próprias verdades, procurando entendê-las como algo relativo, algo de deva ser visto como uma realidade histórica, situada num tempo e em um contexto, e, como tal, carece de temporalidade.

Quando cuidamos, ao realizarmos uma técnica ou outra, seja ela de alta complexidade, como uma ceteterização vesical, ou de pequena complexidade, como, por exemplo, quando cuidamos do corpo morto ou morrendo, o que para muitos é um procedimento de pequena complexidade, estamos o tempo inteiro ligados ao cliente,

---

[9] Prática social de produção de conhecimento descrita por **Gauthier** e **Santos,** que afirma: A importância do corpo na construção do imaginário e na base das abstrações; A importância das culturas dominadas, das categorias de análise e conceitos que elas produzam; O papel dos sujeitos pesquisados como co-responsáveis dos conhecimentos produzidos; A importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos do saber.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mas não ligados feito máquinas, através de seus fios, mas através dos fios da subjetividade, do amor, da compaixão, da afetividade, e até mesmo do medo ou do ódio, o que para muitos parece ser uma bobagem. Cabe aqui uma recomendação de Sá (2001, p. 37) enfermeira com grande experiência no cuidado de clientes terminais, quando ela nos diz: *"Antes mesmo de cuidar do outro que está morrendo, precisamos cuidar da emoção dos que cuidam no que se refere à morte"*. Enfatiza a importância de se tentar encarar a morte como um processo natural, não devendo, portanto, ser encarada como um fracasso pessoal, além de representar oportunidade para refletir sobre suas crenças. Sobretudo se ela é o fim ou o começo de uma experiência existencial.

Ë exatamente a partir daí, que nos será possível perceber a importância da subjetividade na construção de um conhecimento, ou ainda, na prestação de um cuidado. Muitas vezes são os questionamentos sem qualquer comprometimento com a cultura científica que desmoronam modelos tradicionais que se julgam absolutos e auto-suficiente. Nos reportamos que durante muito tempo, quando cuidávamos de clientes em situações limite vida/morte, nos questionávamos o tempo todo porque motivo alguns clientes conseguem, por exemplo, determinar exatamente que estará morrendo dentro de instantes. Nunca encontramos resposta na racionalidade científica, pois sempre as buscava nas ciências dominantes, nos modelos racionalistas, na tecnociência[10] . Na maioria das vezes associávamos o fato ao uso excessivo das drogas psicotrópicas a que estão sujeitos os clientes nessas condições.

Mais uma vez servimo-nos da experiência de Sá (2001) para comprovar que os clientes têm um certo sentido que sinaliza quando ele está prestes a mudar de plano, ou se melhor lhe convir morrer. Dentre seus inúmeros casos, aliás, muito parecidos com os que vivenciamos, destaca o de um senhor que ao ser perguntado sobre seu maior desejo antes de "partir" respondeu que queria tomar uma dose da branquinha (cachaça), ao que a equipe resolveu atender já que se tratava de atender a sua última vontade. Da mesma forma, Machado (1996) encontrou relatos de enfermeiros com grande experiência no cuidar de clientes terminais, alguns, inclusive, causando sérios problemas administrativos, porém, sempre atendidos, na medida do possível. É importante deixar claro que nosso papel é o de prestar cuidados para preservação da vida, entretanto, quando percebemos que ela está se esvaindo não nos custa atender um último desejo de quem está prestes a atravessar o portal, e com este pensar, com esta filosofia devemos ensinar aos nossos aprendizes.

Fritjof Capra, conceituado físico, teórico e pesquisador da mística oriental, em sua obra O Tao da Física, descreve em suas teorias que, dentre outras coisa, as leis da física moderna confirmam os conceitos que regem as míticas dos povos da Ásia, por exemplo, ou, ainda, que a espiritualidade oriental fornece um quadro filosófico para a física.

Neste sentido, Japiassu (1987, p. 196), considera que aquilo que já se encontra em vias de construção parece ser uma espécie de sincretismo, no qual a elucidação racional dos cientistas vai ao encontro das iluminações míticas.

Quando alguém nos diz que *"a morte é a continuação da vida"* devemos buscar entender, dentre outras coisas, que mais do que estar presente materialmente, viver é além de tudo permanecer vivo na memória daquele que fica, que sofre, lembrando que, um dia, ele também estará presente na memória daquele que o amava.

Gostaríamos de concluir, alertando aos nossos enfermeiros, docentes ou assistenciais, ou, ainda, futuros enfermeiros, que sempre que um cliente, um ser humano estiver sob seus cuidados profissionais, independente da fase do ciclo da vida que este se encontrar, cuide, na certeza de que o homem, na sua infinita sabedoria e conhe-

[10] O que se refere a Ciência da Tecnologia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cimento e cientificidade, ainda que conte com todo um aparato tecnológico e técnicas de última geração, jamais será capaz de adaptar a morte, adaptar, no sentido de evitá-la, ainda que seja possível, nos dias atuais e futuros, prolongar a vida ou, melhor, postergar a morte, por meio de técnicas e tecnologias por ele criadas.

Neste momento, nos apropriamos das sábias palavras proferidas por Edgard Morin, quando nos diz em uma de suas obras, O Homem e a Morte, que:

> *"... jamais sua técnica nem seu saber, foram capazes de adiar a hora da morte, ou puderam penetrar no interior de seu domínio, e ressuscitar um morto... ele só pode adaptá-la magicamente."*

E é exatamente com esta magia que nós enfermeiros, feiticeiros ou magos, ou como queiram nos chamar a Ciência Positivista, que deveremos buscar sempre compreender o milagre do viver e do morrer, para que logo nos seja possível ressuscitar estes mortos em nossos pensamentos, em nossas memórias e em nossos imaginários, e assim como fez o nosso criador com Lázaro, com o nosso grito, encontremos respostas, e, um dia, possamos compreender a morte e o morrer como um processo natural, da mesma forma que entendemos o viver, e, aí sim, estaremos definitiva e completamente aptos à cuidar dos nossos semelhantes, pois, para que isto se torne possível, só depende de nós mesmos, pois, como nos diz Morin (1997, p. 104), o homem só conseguirá humanizar a morte miticamente.

Para o autor, os mitos da morte realizam fantasticamente esta reivindicação essencial do indivíduo, questionando inclusive se um dia a técnica saberá realizar. Acreditamos que seja muito difícil, e que, se dependermos dela, a morte continuará sempre a ser a ferida irreparável, pois, o homem se humanizando, a morte sempre surgirá cada vez mais como a brecha desumana no mais profundo do seu ser.

Por outro lado, buscamos em Machado (1996) suas considerações após estudar o significado da morte nas experiências dos enfermeiros como subsídio para a formação de estudantes em todos os níveis, bem como dos profissionais que atuam na prestação de cuidados aos clientes em fase terminal ou em situações de quase-morte (EQM). Após ter feito um aprofundamento na literatura sobre o fenômeno da morte, os processos de morrer, as formas de transcendência, os fenômenos de estados incomuns da consciência e da prestação de CUIDADOS aos clientes moribundos, creio que, para que os enfermeiros possam conviver com estes fenômenos, seja necessária uma reflexão sobre os nossos valores individuais e coletivos enquanto categoria profissional. Além de nossos objetivos existenciais, para, assim, conviver com uma menor angústia e ansiedade com relação a estes tipos de experiências que, inevitavelmente, fazem parte do nosso cotidiano de trabalho.

Acredito, também, que a criação de uma disciplina a ser oferecida para os estudantes de todos os cursos da área de saúde, onde se possa debater, discutir as diferentes maneiras de compreender a morte e o processo de morrer, seria uma medida para preparar melhor os futuros profissionais para enfrentar os seus dilemas e conflitos existenciais, como princípio fundamental para a aceitação das limitações dos clientes terminais, seus familiares e/ou pessoas significativas que estejam experimentando este tipo de situação comum a todos nós seres humanos. Uma discussão ampla, sem o comprometimento com qualquer tipo de ideologia, dogmas religiosos, posturas filosóficas ou valores pessoais, para acrescentar conhecimentos essenciais ao comportamento equilibrado dos profissionais no futuro.

Isto significa investir para uma nova compreensão de que a morte é "uma libertação, para que possamos dar continuidade à nossa longa caminhada existencial", porém noutras dimensões do vasto universo, que definitivamente não está restrito ao que a nossa consciência humana consegue compreender em toda sua complexa estrutura multidimensional. Ampliação do nível de consciência que irá requerer o de-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sempenho de novas atitudes para com os clientes terminais, seus familiares, grupo social e religioso, tendo como ponto enfático o respeito com relação ao sistema de valores que serve de alicerce de suas vidas. Comportamento que muito irá contribuir para a humanização do CUIDADO, quando, no próximo século e milênio, estivermos convivendo com um contingente muito maior de clientes da terceira idade, segundo os indicadores estatísticos, que apontam para este caminho. Não pretendo, com esta afirmação, insinuar que as pessoas mais idosas possam representar o foco de nossas preocupações quanto ao CUIDADO de clientes terminais, mesmo que a ordem natural das coisas nos leve a pensar que na velhice as pessoas estejam mais vulneráveis à morte, elas podem estar mais bem preparadas devido às suas longas experiências de vida.

Como discorre a literatura espiritual, ao ocorrer a morte, o fio da consciência retira-se do centro da cabeça, enquanto o fio da vida se retira do centro do coração. O que ainda não foi enfatizado é que esta dupla retirada tem um efeito sobre cada centro no corpo. O fio da consciência, ancorado no centro da cabeça, qualifica as pétalas do lótus chamado na literatura oriental de "lótus de mil pétalas", e as pétalas desse lótus têm relação e efeito decisivamente qualificador (quer de irradiação ou magnético) sobre as pétalas em cada um dos centros principais dentro do corpo etérico; o centro da cabeça os mantém em atividade qualificadora, e, quando esta qualidade de resposta consciente é retirada do centro da cabeça, imediatamente se faz sentir um efeito em todas as pétalas de todos os centros; a energia qualificadora é retirada, deixando o corpo através do centro da cabeça (Bailey, p. 2001).

De acordo com o ponto de vista acima, acreditamos que um outro olhar para o Todo que nos circunda seja a chave que abrirá as portas que nos separam do universo intangível, repercutindo numa postura profissional mais humana frente ao fenômeno da morte e do processo de morrer como simples passagem de um plano para outro. Abertura e vislumbre que só serão possíveis se os enfermeiros tentarem se colocar no lugar do cliente, da sua família e/ou das pessoas significativas, nestes momentos que requerem profunda reflexão sobre valores ou pelo menos tentar imaginar o peso da perda e do sofrimento do outro, o que, para mim, é uma forma de transcender.

Reportamo-nos ao pensar de Campos (1996) quando ele nos esclarece que a compaixão é uma qualidade superior da alma, essencial para o verdadeiro trabalho de cura. Movido por ela, o indivíduo passa a nada buscar para si e a dedicar-se sem reservas à tarefa de transformar-se em instrumento para manifestação pura do amor universal. Pensamento que deveríamos adotar como princípio em nossos processos interacionais com os clientes terminais, família e/ou pessoas significativas, já que estamos nos propondo ou pretendendo ser instrumentos de cura guiados pela Vontade Maior.

Na minha incursão através do imaginário dos enfermeiros quando cuidam de clientes terminais, que interagem com o processo de morte e a transcendência da contraparte imaterial que nos habita, contei com o depoimento de profissionais de enfermagem com vasta experiência clínica e em nível pessoal — o que possibilitou analisar as duas faces da mesma situação —, ou seja, a de prestador e receptor de cuidados, ora estando na condição de cliente, ora vivendo uma situação que envolvia o cuidar de um ente querido. Ficou muito claro o quanto somos frágeis quando estamos do outro lado, sobretudo percebendo a importância do papel do enfermeiro ao desempenhar cuidados fraternos, humanísticos e altruístas. Porém, acredito que ainda temos muito a aprender com os nossos clientes, pois eles são nossos grandes e melhores mestres, ainda que muitos de nós não pensem assim (Machado, 1996).

Ademais, como bem pontua Sá (2001) precisamos repensar e controlar nossos preconceitos para com as crenças, valores, necessidades e singularidades das pessoas que prestamos cuidados, particularmente para com aqueles que estão no limiar vida/morte, pois de nada nos custa sermos mais flexíveis com certas normas institucionais como a instintiva resposta *"Ah! Não pode não",* antes de refletir nas desastrosas conseqüências que ela possa trazer. O mesmo deve-se aplicar ao modelo autoritário que

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

impõe, ao cliente e família, apenas opções religiosas que não as suas, como a católica e protestante, tendo em vista que vivemos num país cuja liberdade de culto religioso é direito constitucional. Da mesma forma quando impomos aos clientes horários exclusivos para o banho diário, freqüentemente de manhã, sendo que ele possa ter como hábito banhar-se à tarde ou à noite. Enfim, uma série de pequenas grandes coisas que implicam na mudança de estratégia e organização do processo de trabalho, com vistas ao atendimento das necessidades do cliente para uma assistência individualizada e, conseqüentemente, ao seu bem-estar enquanto estiver sendo cuidado por nós.

Para encerrar, acreditamos que o pensamento de Campos (1999) sobre nascimento, morte e transcendência seria um bálsamo para aliviar nossas tensões e ampliar nosso nível de consciência sobre tema tão controvertido. Segundo ele, ao encarnar no plano material, a alma ainda se encontra em grande parte fora do corpo físico — aos poucos o vai permeando e moldando de acordo com seus propósitos. Quando já de plena posse dele, entra em nova etapa, de integração com a vida concreta — experimenta, aprende, serve e evolui. Em determinado momento, o corpo físico passa ao declínio biológico natural. A alma, então, começa a libertar-se dele. Por não estarem mais tão acoplados, ela não fica tão a mercê das circunstâncias materiais e pode assim usufruir maior influência dos níveis superiores de onde proveio. Já no caminho de volta, colhe e distribui parte dos frutos que cultivou em sua existência na matéria, como compreensão, sabedoria, serenidade, amor universal. Depois atravessa o portal da morte e abandona o corpo.

Vamos fazer com que o cuidado de enfermagem na fronteira vida/morte sirva para que nossos clientes atravessem o portal da morte e abandonem o corpo cercado de uma atmosfera de serenidade, luz, amor e harmonia, para que, chegada a nossa vez, possamos colher os frutos que plantamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACHETEBERG. A imaginação da cura. São Paulo: Summus, 1996.
2. ALVES, R. Prefácio: a morte como conselheira. In: CASSORLA, RMS, (Coord.). Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, p. 11-5, 1991.
3. ARIÈS, P. Sobre uma história da morte no Ocidente desde a idade média. Lisboa: Teorema, 1988.
4. AVENS, R. Imaginação e realidade. Petrópolis: Vozes, 1993.
5. BACHELARD, G. A poética do devaneio. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
6. _____. A poética do espaço. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
7. BAILEY, AA. Morte: A grande aventura. Tradução Dr. J. Treiger. 2. ed. Niterói: Fundação Cultural Avatar, 176 p, 2001.
8. BOFF, L. Saber Cuidar — Compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
9. _____. Tempo de Transcendência. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.
10. BRASIL. Congresso Nacional (1986), Lei 7.498/86. Legislação em Enfermagem — Atos normativos do Exercício e do Ensino de Enfermagem, 1997.
11. _____, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 160, Brasília, 1979.
12. _____, Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.480, Brasília, 1998.
13. _____, Congresso Nacional. Lei nº 9434, Brasília, 1997.
14. _____, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de outubro de 1996. Brasília.
15. _____, CFEN. Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem. Resolução nº 181 de 01 de Fevereiro de 1995. Brasília.
16. CAMPOS, JM. Curas pela química oculta: Realidades suprafísicas da medicina. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1992.
17. CAMPOS, JM. Jornadas pelo mundo da cura. 2. ed. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1996.
18. _____. O poder da cura no ser humano. São Paulo: Pensamentos, 1999.
19. CAPRA, F. O Ponto de Mutação, a Ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1992.
20. CASTORIADIS, C. A instituição imaginária da sociedade. São Paulo: Paz e Terra, 1982.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

21. CIVETTA, JM. Tratamento de Terapia Intensiva. São Paulo: Manole, vol. 1, 1992.
22. DAMÁSIO, A. O mistério da consciência: Do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
23. FERREIRA, ABH. Dicionário de língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
24. FIGUEIREDO, N; CARVALHO, V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
25. _____, MACHADO, WCA; PORTO, IS; FERREIRA, MA. A Dama de Branco Transcendendo para Vida/Morte através do Toque. In: Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
26. _____, MACHADO, WLA; PORTO, IS. O cuidado sensual — questões éticas do tocar em enfermagem. VIII SENPE. Ribeirão Preto: Mimeo, 1995.
27. GAUTHIER, J; SANTOS, I. A sociopoética: Fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa, vivência. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT, 1996.
28. GAUTHIER, J. Para uma sociopoética: Mimeo, 1995.
29. GUATTARI, F. Caosmose — um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
30. GHEZZI, MIL.Convivendo com o ser morrendo. Porto Alegre: Sagra, 1991.
31. HEIDEGGER, M. Ser e Tempo, Parte I. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes 1989.
32. JUNGES, JR. A vida como um bem fundamental. Perspectiva Teológica, v. 25, p. 339-45, 1993.
33. KAST, V. A imaginação como espaço de liberdade — diálogos entre o ego e o inconsciente. São Paulo: Loyola, 1997.
34. KUBLER-ROSS, E. Na roda da vida. Rio de Janeiro: GMT, 1998.
35. _____. A morte um amanhecer. São Paulo: Pensamentos, 1997.
36. LEPARGNEUR, H. Antropologia do sofrimento. Aparecida: Santuário, 1985.
37. MACHADO, WCA. Eros e Thanatos nas Experiências dos Enfermeiros: Tese (Doutorado em Enfermagem) EEAN-UFRJ, 1996.
38. MACHADO, WCA. Minha prisão sem grades: uma abordagem semiótica de reabilitação em enfermagem. Goiânia: Kelps, 1999.
39. MORIN, E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
40. MORIN, E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2001.
41. _____. As grandes questões do nosso tempo. 4 ed. Lisboa: Editorial Notícias, 1996.
42. _____. O método III: O conhecimento do conhecimento/1. Lisboa: Publicações Europa-América, Biblioteca Universitária, 1986.
43. _____. O método II: A vida da vida. Lisboa: Publicações Europa-América, Biblioteca Universitária, 1980.
44. MARTIN, LM. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de Ética Médica. Aparecida: Santuário, 1993.
45. MYNAIO, MC. Pesquisa social — teorias, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
46. NETTO, JT. Mundo interno. São Paulo: Pensamentos, 1995.
47. _____. A morte sem medo e sem culpa. São Paulo: Pensamentos, 1998.
48. OSTROWER, F. Criatividade e processo de criação. Petrópolis: Vozes, 1993.
49. OGUISO, S. O exercício profissional. São Paulo: 1999.
50. PESSINII L. Morrer com dignidade: como ajudar o paciente terminal. 2. ed. Aparecida: Santuário 1995.
51. _____. Eutanásia e América Latina. Aparecida: Santuário 1990.
52. PITTA, A. HOSPITAL dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1994.
53. PRIOGOGINE, I. O fim das certezas; Tempo, caos e as luzes da natureza. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
54. SÁ, AC. O Cuidado do Emocional em Enfermagem. São Paulo: Robe Editorial, p. 114, 2001.
55. SILVA, RCL. O imaginário de Enfermeiros quando cuidam na fronteira vida-morte: Um estudo Sociopoético. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ Universidade do Rio de Janeiro, 153 p, 2001. Orientadora Nébia Figueiredo.
56. TAVARES, CMM. A Poética do Cuidar. Rio de Janeiro: Ed. da Autora, 1999.
57. ZIEGLER, J. Os vivos e a morte Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUINTA PARTE

Núcleos de Atendimento Diferenciado e Reabilitação

Wiliam Cesar Alves Machado

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 23

Contatos/Contágios: para o Cuidar de Clientes em Situação de Doenças Transmissíveis

Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Marcio Tadeu Ribeiro Francisco
Tereza Tonini
Josete Luzia Leite

INTRODUÇÃO

Dizemos ao leitor e à leitora que não descrevemos uma discussão ampliada sobre o que se entende e o que significa o corpo porque isto se encontra nos textos de historiadores, antropólogos, sociólogos, psicólogos, psiquiatras e artistas. O que queremos é fagocitar as teorizações deles, para *raciocinar* e *encontrar ressonâncias* que dêem sustentação ao CORPO dos clientes que cuidamos "com" ou "sem" doenças. Portanto, aqui se ressalta o CONTATO[1] do corpo com a vida e com os outros corpos num sentido em que a saúde é o nosso texto e contexto. O contágio é um tema de fundo que pulsa, porque as doenças transmissíveis, principalmente as sexualmente transmissíveis (DST) são as que surgem com maior intensidade com o advento da AIDS, destacando-se como a mais preocupante na atualidade.

Sendo profissionais de saúde, funcionamos como os restauradores do corpo doente ou em permanente vigília para que ele não adoeça e assim não podemos fugir do que acreditamos sobre as respostas do corpo, crença que tem nos acompanhado, nas nossas reflexões ou produtos delas, de que o CORPO é um instrumento de cuidado da(o) enfermeira(o), de ação, de restauração o qual AGE e REAGE a tudo que acontece, interna e externamente no cliente.

Se queremos falar sobre e deste corpo de CONTATO[1]/CONTÁGIO[2] que envolve, também, o entendimento de aspectos físicos ou de um único sentido (tato), de

---

[1] Contato — A escolha neste tema merece uma justificativa que envolve questões concretas e subjetivas. Etimologicamente falando é o ato de exercer o sentido do tato, estado ou sentido dos corpos que se tocam no que diz respeito a freqüência e aproximação e se origina do latim *contãctus-us* século XVII.
[2] Contágio — Transmissão de doença de um indivíduo a outro (1813), do latim *contãgium* (contagiante séc. XX) contagiar (1844) *contagiãre*.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

necessidades e desejos envolvendo os corpos no movimento da vida; onde todos os sentidos e o sentir estão envolvidos, é preciso ousar, transcender ao que já foi dito, inclusive, na área da enfermagem. O corpo do CONTATO/contágio é uma IMAGEM física-mental idealizada, sonhada, representada e real. Portanto, apresenta-se sob vários aspectos e maneiras.

Seguindo a orientação para a estruturação do texto desta obra, apresentamos a SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA/CENA e respectivas questões, as quais tentamos responder teorizando-as ou, talvez, refletindo sobre elas cada vez mais.

CENA/SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Andando nos jardins, nas praças, indo ou voltando do trabalho nos encontramos com corpos de adultos (mulheres e homens), crianças, jovens e idosos. Dentro do táxi ou caminhando nas calçadas observamos que os ônibus, trens e metrôs passam cheios. Nas calçadas, no Shopping, nos cinemas e nas praias, os corpos estão em movimento, tocam-se, separam-se, passam por nós. Todos eles são clientes da enfermagem. Fora do ambiente hospitalar dificilmente sabemos quem está sadio ou doente, pois a doença, geralmente, revela-se para o cliente e/ou o profissional de saúde no espaço hospitalar e nas instituições especializadas em diagnóstico. Sabemos, entretanto, é que existe algo nesses movimentos corporais que faz parte da doença, da vida, do contato e contágio quando as pessoas se apresentam diante de nossos olhares, às vezes indiferentes ou curiosos, se lembramos que somos profissionais de saúde. São pessoas bem e ou mal vestidas, calçadas e/ou não e algumas vivendo nas ruas. São corpos bem e ou mal cheirosos, de todas as estaturas e dimensões físicas, crenças religiosas, culturas, práticas filosóficas, políticas e ideológicas, que devem ser considerados, pois todos são sujeitos do cuidado de enfermagem. Esta cena tão comum no nosso cotidiano nos remete as questões:

- Quem se preocupa com os corpos encontrados no seu constante caminhar pela vida? O que existe nesta situação para se preocupar? O que acontece com estes corpos do contato/contágio? A quem interessa a situação desta caminhada?
- Qual é a consciência que temos de tudo isso?
- Por que se preocupar somente com os corpos declarados contagiantes nos espaços hospitalares?

Respondendo a estas questões construímos dois pilares teórico-práticos para fundamentar nosso entendimento sobre o corpo CONTATO/contágio. Assim, estes pilares receberam duas denominações.

A — CORPO — CONTATO/CONTÁGIO: A EXPOSIÇÃO À SAÚDE E À DOENÇA

Hoje, o corpo toma dimensões tão extensas que se tornam complexas para o entendimento de uma estrutura física composta de sistemas e órgãos conforme aprendemos nos conteúdos de anatomia, biologia e fisiologia e, também, para outras dimensões que envolvem a complexidade do viver, da mídia, da comunicação, do poder, da sexualidade, da economia, da política e do ambiente. Do mesmo modo que o tema corpo invadiu o mundo despertando o interesse de diversos estudiosos; de um modo particular ele tem estimulado, perturbado, inquietado as reflexões e experiências dos enfermeiros que dele cuidam do nascimento à morte e à pós-morte (cuidado com o corpo morto).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Neste sentido, nosso maior problema tem sido a experiência de desconstruir um saber que se originava no saber biomédico para incluir nele outros elementos, ampliando-o a partir de experiências empíricas vividas e testadas no cotidiano do cuidar, enquanto trabalhadores de saúde. Até então, o corpo alvo de nossos cuidados se situava no ambiente hospitalar e nos cabia a atenção quanto a sua higienização, alimentação, eliminação, respiração, mobilização, aferição e controle de sinais vitais, administração de medicamentos, cuidado com os seus pertences e outros procedimentos técnicos específicos e sofisticados.

Hoje ampliamos nosso saber e afirmamos que o corpo do nosso cliente ocupa um novo espaço em nossas atenções e compreensão sobre ele. O corpo do cuidado de enfermagem (hoje) abrange as ciências biológicas, antropológicas, sociais, culturais, filosóficas, econômicas, políticas e ecológicas. Este entendimento proporciona uma "explosão" em nosso saber desconstruindo o que aprendemos e manifestando-se nas reações de outros pesquisadores diante dos nossos trabalhos científicos e da nossa posição sobre as nossas atividades profissionais. Neste texto, ampliamos ainda mais este saber quando o colocamos num movimento/explicação sobre CONTATO e CONTÁGIO que contrapõe-se ao que estes termos significam.

O CONTATO está relacionado a tudo que este corpo faz ou é capaz de fazer na e para a vida. É o contato/energia o qual faz parte de todas as relações sociais, emocionais, políticas e econômicas contidas no cotidiano do corpo. O corpo do *contato* está imerso numa profunda crise de valores referentes à beleza, felicidade, afetividade, solidariedade, sensibilidade e por isso se transforma em objeto de cuidados, desejos e intranqüilidade. O corpo que se relaciona com outros corpos é movimento de liberdade e ao mesmo tempo de prisão no seu mundo interno e externo, revelado por sua gestualidade. Ele tem uma dinâmica própria envolvida na imensa teia das relações sociais.

O corpo do *contato* nos tempos atuais contagia e é contagiado pelas crises das culturas e civilizações; pelo seu controle social, institucional e, também, pela mídia que tenta regularizar seu modo de ser e de se conduzir no mundo. Mas, este CONTATO/contágio que descrevemos neste capítulo é um antigo e esquecido modo de olhar para o corpo. Ele sempre existiu e nós apenas o desvelamos para melhor compreender o corpo que cuidamos quando trabalhamos no hospital e/ou quando o encontramos/contatamos nas ruas, nos meios de transportes e em outras eventualidades do viver. Portanto, aqui recordamos que num contato, às vezes não tão próximo como os estabelecidos em nosso cotidiano de trabalho, podemos ser contagiados por doenças ou por afetos.

Neste sentido precisamos refletir sobre os contatos/contágios feitos pelo cliente e o profissional de saúde, considerando que isto faz parte do viver onde o corpo assim se apresenta:

- Fisicamente dimensionado, classificado, registrado, numerado, carimbado e nomeado sob vários aspectos, porém, assumindo uma existência na qual deve ser entendido como um ser humano necessitado de cuidados humanos;
- Utilizando de dispositivos tais como sentidos e gestos, recebendo e distribuindo energia no âmbito dos contatos familiar, social, cultural e profissional;
- Desenvolvendo técnicas e atitudes disciplinadoras e disciplinantes;
- Preservando sua historicidade, cultura e valores morais e religiosos;
- Como fluxos mantenedores de potencialidades físicas, mentais e espirituais;
- Transcendendo e ultrapassando o proibido quanto a sua normalidade e racionalização, para emocionar-se, envolver-se, apaixonar-se, amar e ser amado.

O estar na vida desse corpo tem uma ordem nem sempre cumprida. Isto acontece nas intervenções que se faz sobre seu mundo material, principalmente, no âmbi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

to hospitalar, quando ele é invadido e interditado por profissionais de saúde, através de seus controles e técnicas e normas institucionais. É assim, que entramos em contato com as pessoas visualizando-as como um corpo, também, de contágio; quando nossas invasões e interdições no corpo são desde um simples ato de passar um creme em uma lesão, até desnudá-lo e penetrá-lo para examinar, banhar e administrar medicamentos em suas áreas mais internas. Normalmente, nesses momentos, não pensamos que todos somos corpos de contatos e de contágios; como também não pensamos em corpos de liberdade, de possibilidades.

O corpo do CONTATO/contágio é o mesmo da liberdade, do desejo e da necessidade e que é livre para ir e vir, conforme descreve a Constituição (1988). Ele é também consumista de coisas materiais, afinidades, afetos. Necessita ser respeitado e alimentado tanto quanto respirar, brincar, eliminar, divertir-se, morar bem e amar, para se manter saudável. Este é o corpo indomável, porque seu domínio é o nosso objeto de desejo. Então, o que fazemos quando tentamos dominá-lo tornando-o, não um ser de contato, mas um ser da nossa submissão? O que fazemos quando o vemos aceitar critérios e normas que criamos para ele e, assim, delimitamos seu modo de agir, de viver e de se cuidar, tentando controlar seu processo de saúde e doença? Na verdade, este corpo de que falamos exige de nós, apenas, a oferta de condições para lhe assegurar bem-estar e/ou para cuidar dele quando estiver doente, cansado, velho, sem movimento, esquecido.

Viver é estar em CONTATOS/contágios com os corpos que estão no mundo. Deste modo achamos compreensível mostrar como isto tem imagem e significado, na Fig. 23.1.

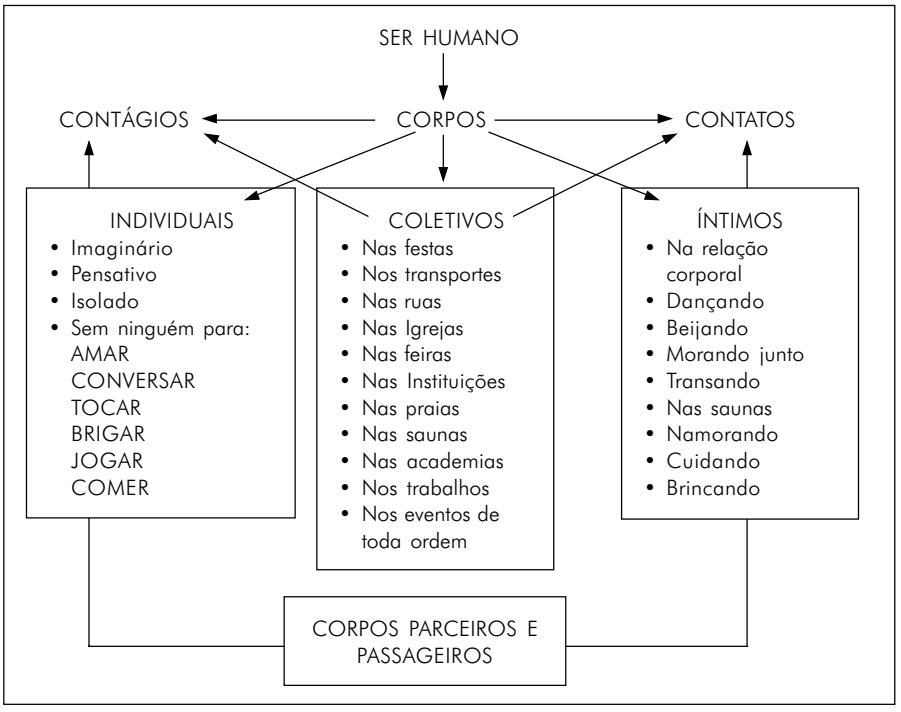


Fig. 23.1 — *Modos/maneiras e locais de contato/contágio do ser humano. Rio de Janeiro, 2003.*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Vale dizer que o ser humano é o sujeito dos sentidos e assim sendo, as pessoas se tocam de diversas maneiras e estas diversas maneiras podem ser formas CONCRETAS e SUBJETIVAS de *contágio*. *Um contágio* que envolve transmissão de doenças que advém de relações de muita proximidade, em aglomerações, em situações de calamidades, epidemias e endemias. Um *contágio* que envolve a emoção de estar, de apaixonar-se, de relacionar-se sexualmente com o outro. Este CONTÁGIO *emoção* pode levar ao CONTÁGIO *razão* que é a transmissão pura e simples de doenças em nosso caso das DST e AIDS, porque o corpo do contato não tem a consciência de que precisa cuidar-se, proteger-se na hora da paixão/emoção. Ele ignora que precisa atentar para as situações de risco inerentes àquele momento, para si próprio e para o outro com quem se relaciona. Isto significa que ele precisa saber quando está contaminado para cuidar e se preocupar consigo e com o outro.

Esta ambigüidade faz parte deste corpo que contagia o outro ou que é contagiado por ele. É um corpo do confronto vitorioso diante de uma existência saudável, mas que sucumbe em perdas diante de doenças com possibilidade de morte. É esse confronto que cria tensão, angústia nos corpos doentes e sadios. Neste jogo de entender o corpo CONTATO/contágio cremos que é a mente/espírito que o controla, entrando em ação para manter ou não o equilíbrio do corpo. Isto é confirmado por Dienstfrey (1990) quando diz que o corpo sob pressão psicológica incomum, entra em situação de estresse, trazendo danos à saúde e à vida, sendo esta a existência de relações entre doença e "padrão emocional ou de um tipo de comportamento". Diante disto o corpo reage através de "mecanismos corporais intermediários entre estados emocionais ou mentais como processos fisiológicos". As pressões do mundo atual, o desemprego, a fome, a miséria, a violência de todas as formas, religiosas, culturais e étnicas mantêm o corpo do contato em permanente desafio ao seu equilíbrio orgânico e emocional.

A mídia que "bate forte" nas questões que incitam todos a ter corpos belos, sadios, com sucesso, provoca estresse naqueles que não se enquadram neste padrão que é ditado. As roupas de marca, as academias que modelam os corpos com poder econômico, que, conseqüentemente se destacam dos demais, cria nos corpos de contato sem poder aquisitivo, sem beleza e sem condições de se vestir adequadamente, tensões em ambas as situações, porque o corpo saudável e bem situado não se relaciona com o outro que, a seu modo, também o despreza. São dificuldades que não os diferenciam de seu contato e de contágio. O padrão emocional ou tipo de comportamento destes corpos contato/contágio, relaciona-se à própria história e cultura do corpo. Crespo (1990, p. 495) nos diz que "a força e o vigor dos corpos era a revelação de que a qualidade era um requisito fundamental no aperfeiçoamento do ser humano". Não só a sua época, mais ainda hoje, o belo era e é fundamental no aperfeiçoamento do ser humano, além de ser um objeto de desejo, da mídia e da economia. É o corpo saudável e belo que representa a saúde e o pobre e sujo pode ser o corpo da doença.

Indiferentemente das condições descritas, estes corpos têm hábitos, bem como um valor que lhes é conferido pelo trabalho que fazem, pelas coisas que produz, pelas coisas e/ou bens materiais e de consumo que têm e de como vivem a vida. No seu ir e vir no mundo, trazem preocupações que são de ordem particular e coletiva; comporta-se em seu viver de diversos modos, apoiados em seu saber e nas experiências de seus contatos, que podem ser com as misérias e/ou com as grandezas dos homens. No movimento de seu cotidiano de viver, estes corpos com saúde não sofrem os condicionamentos e nem se submetem às normas racionalizadas do sistema de saúde ou das instituições, onde são controlados sem doença aparente e não sofrem controles, tal qual os dos grupos que fazem educação para saúde.

No entanto, Crespo (p. 499) nos diz que o corpo está sob o controle social, cujas recomendações eram e são feitas quanto ao aperfeiçoamento da vida cor-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

poral envolvendo a higiene geral, valores morais e limites das expressões gestuais. O corpo que interessava e ainda interessa é aquele que "supunha, previamente, a formação de uma atitude mental que servisse de fundamento ao rigor dos comportamentos, que constituísse o suporte dos esforços de racionalização da vida cotidiana".

Finalmente, este corpo do CONTATO/contágio nos faz pensar na frase de uma música de Taiguara: ... "hoje trago em meu corpo as marcas do meu tempo"..., tão atual quanto na época do seu lançamento. No caso do nosso tema, as marcas no corpo do contato/contágio são as da cultura, as do tempo, as da política, da história do próprio corpo e da memória genética que data de outras épocas distantes. O corpo do CONTATO/contágio é fruto e agente da cultura, que tem estrutura biológica, mental e que lhes permite sentir, cheirar, ouvir, olhar, tocar, ter sensações de dor, de prazer, de alegria, de tristeza, de ódio, de amor, de paixão, de depressão, de esperança, de desesperança, de lembrar, de esquecer, de rir, de chorar, de pensar, de se olhar, de se confundir, de sonhar, de ter pesadelos, de acreditar e de perder a fé. Nesta mistura de sentidos e emoções o corpo se torna, para nós, a confirmação de um *ser humano* com capacidade de singularização, carregado de signos sociais, portadores de especificidades. Segundo Rodrigues (1987), o homem e a mulher não conseguem apreender o mundo tal qual o mundo é em sua objetividade porque sua percepção está limitada a sua humanidade que, por sua vez, está restrita à forma como cada sociedade "treinou" os órgãos dos sentidos de seus indivíduos.

Finalmente, ao pensarmos neste corpo do CONTATO/contágio, podemos estar incorrendo em alguns erros ou acertos em não pensá-lo, simplesmente, biológico, mas como um patrimônio sobre o qual se escreve sua história, sua cultura, seus costumes, seus modos e estilos de viver.

B — CORPO: CONTATO/CONTÁGIO — UM JEITO DE SER E UM ESTILO DE CUIDAR E DE TER CUIDADO COM O CORPO

Cena 2

A enfermeira Mariana de Jesus tem 18 clientes, hospitalizados por diversos desvios de saúde e apresentando estilos próprios de ser. Eles vestem-se formalmente, ou sem camisa ou com camisolas transparentes. Geralmente, são orientados a tomar banho pela manhã, antes da visita médica. Nem todos gostam desta orientação, pois seus hábitos de higiene são variados em qualidade e quantidade. Entretanto, trocar de roupa e perfumar-se é um hábito do povo brasileiro, fato que não interessa à equipe hospitalar diante de tantas coisas a fazer e dificuldades de recursos materiais a enfrentar. Isto porque os administradores hospitalares, em seus planejamentos, raramente incluem o atendimento total das necessidades e desejos de seus clientes e nem da sua equipe de trabalho. Por isso, nos hospitais com enfermarias coloca-se o cliente em pequenos espaços/boxes onde suas camas são encostadas à parede; a mesinha de cabeceira está lotada de pertences pessoais que se misturam com alimentos. Nesta CENA, o hospital está com problemas econômicos e de instituição de políticas prioritárias. Como resultado desta situação, o quantitativo de roupa é insuficiente para troca adequada e necessária ao cliente, por isso todos convivem na enfermaria, com os odores exalados das eliminações e secreções do corpo (suor, fezes, urina, vômitos, feridas infectadas), misturados ao odor dos materiais químicos da limpeza, dos medicamentos e dos alimentos. É incomum manter-se o sistema de ventilação natural das enfermarias, deixando simplesmente as janelas abertas, pois a equipe considera o mito da "corrente de ar" que pode adoecer mais ainda o cliente. No posto

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de enfermagem "o RUÍDO/burburinho" dos trabalhadores de saúde é intenso — suas falas se misturam com seus passos, com o barulho da água para lavar as mãos, com o abrir e fechar de gavetas.

Por isso também existe um modo de ser e de fazer destes trabalhadores que se articula, atrapalha, ou agrada os clientes internados. As questões que surgem desta cena 2 são: o que é estilo ou jeito de ser? Precisamos considerar no cuidado o estilo de ser do cliente e da enfermagem? Que contribuições e/ou implicações teríamos se considerarmos os estilos aqui apresentados? Esta cena nos remete a preocupações de ordem prática e teórica sobre ESTILO e MODO do corpo ser e estar que devem se incluir nas implementações de planos de cuidar. Sabemos da dificuldade em atender o modo particular de ser do cliente, porque estamos desinstitucionalizando um cuidado voltado para a doença e ato médico. É a institucionalização de um cuidado para a vida, para o contato e não o controle, para estimular afetos e proporcionar bem-estar.

Desde este modo de intervir considerando o estilo ou modo de ser, indicamos que o estilo ou modo de ser também é uma forma de contato ou contágio. Consideramos que dentro das Instituições não acompanhamos as evoluções e exigências das mudanças, como se tivéssemos dúvidas do que sabemos, pois no passado aprendemos que só devíamos obedecer ao que estava estabelecido, instituído, e que o sujeito do cuidado (conforme o entendemos hoje) era paciente e sua doença era o que interessava. Hoje acreditamos que a institucionalização do cuidado tem como fundamento e prática o bem-estar/saúde — mesmo que alguma parte do corpo possa estar temporariamente doente — como possibilidade de liberdade, de criação, de sonhos, de mudanças, direito de pensar e reagir.

Pensar no estilo ou modo de viver dos clientes é não pensar em intervir ou interferir nos seus hábitos, mas juntos chegarmos a um entendimento de coisas que podem e/ou não serem mudadas — isto é respeitar o outro. Aqui reforçamos que o ambiente interfere no bem-estar do corpo físico, mental e espiritual e o que diz respeito a limpo ou sujo é intimamente ligado ao imaginário social sobre saúde e doença. FLORENCE NIGHTINGALE, nossa mentora teórica, demonstrou na prática que a falta de higiene no hospital matava mais do que as guerras; iniciando, assim, o controle e vigilância das infecções hospitalares. Com seu modo discreto, destacou a importância do cuidado com o corpo, o barulho das roupas, as correntes de ar, os odores e a ventilação onde os corpos se encontram. Além de ambientalista, Florence indicava um estilo próprio para a enfermeira e para o cliente. Isto significa que também se faz contato com o outro através do cheiro, do som, do movimento, do vento.

O corpo CONTATO/contágio está impregnado da cultura de cuidado e práticas aprendidas no ambiente familiar, intermediada pela cultura, representações e construção idealizadas para ele. O corpo como CONTATO é o da saúde, enquanto o corpo como CONTÁGIO é o da doença, o transmissor de desequilíbrios e desajustes a colocar o corpo sadio em risco. Este último é o corpo da sociedade idealizado, aceito por ela e pela mídia; é o do desejo, se ele for belo, limpo, cheiroso, desenhado pela musculação e vestido com a roupa da moda. Entretanto, o corpo do contato quando contagia, pode não apresentar e/ou indicar doenças quer por sinais e sintomas, ou por seu estilo de vida. A doença pode se esconder no corpo belo, aceito e entendido como saudável, através de seus humores, pois nem sempre o estilo de vida aparenta o que é impossível ver. O que se vê é o próprio corpo, aquele que tem sentido no mundo das representações como o corpo da saúde; o que tem uma forma de ser expressada no jeito próprio de viver, cheio de contornos, modulações; que representa os papéis e rituais, mostrando claramente como gosta de ser e de viver as diversas experiências que a vida lhe propõe.

Segundo Maffesoli (1996), as maneiras de ser não dependem apenas de causas exteriores e dominantes mas, também, de suas dinâmicas internas, de uma espécie

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de força imanente onde, qualquer que seja seu nome, ele traduz o vitalismo e o perdurar dos conjuntos sociais.

Este corpo CONTATO/contágio aparentemente saudável traz consigo imagens construídas e reais que se apresentam diante de outros corpos como aquele que está isento de riscos. É o estilo/forma do corpo ser/viver que nos une a ele, criando uma coesão entre dois corpos ou entre diversos corpos da e na sociedade, pois é impossível viver sem contato com o outro. Para Maffesoli (1996, p. 160) "o estilo de vida não é uma coisa inútil porque ele determina a relação com a alteridade que é da simples *sociabilidade* (polidez, rituais, civilidade, vizinhanças...) à *socialidade* mais complexa (memória coletiva, simbólica e imaginário social)". Pensamos que um esquema para este corpo de cuidar pode se apresentar conforme a Fig. 23.2.

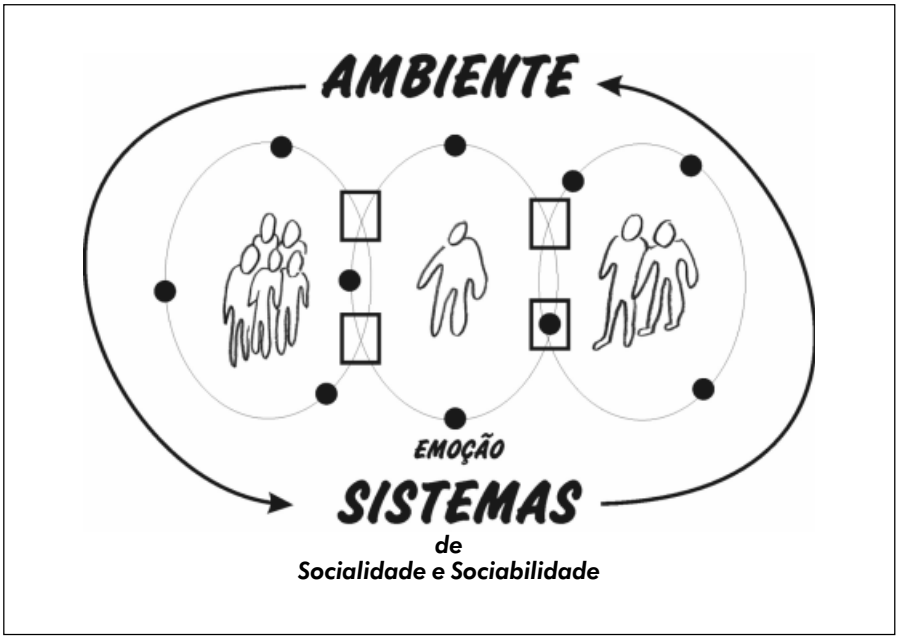


Fig. 23.2 — *Estilo/formas de contato/contágio. Rio de Janeiro, 2003.*

Estes corpos de CONTATO/contágio, contaminam de forma real e de forma simbólica outros corpos que se encontram no movimento da vida, criando uma grande teia de trocas. Teia de estilos e modo de cuidar-se ou de cuidar do outro. Um modo que é iniciado no seio da família. O primeiro cuidado com o corpo está durante a espera do bebê em gestação; depois o primeiro banho, o primeiro alimento, cuidado com os primeiros passos, com a primeira caminhada; quando se solta e aí começam os movimentos da vida em torno da liberdade.

Esse corpo CONTATO/contágio começa sua relação de sentidos — tocar, cheirar, ouvir, olhar, falar, sentir em contato direto com o corpo materno nos braços dos tios, do pai, dos amigos, da família. À medida que cresce e sai do âmbito familiar estas relações vão se ampliando com colegas na escola, brincando e estudando, nas creches, nos *playgrounds*. Ao tornar-se adulto os contatos se aprofundam, ficam mais

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

próximo nos clubes, nos bares, nos motéis, nas saunas. Para nós o corpo *contato* é o dar sentido ao cuidado quando se expressa no jeito de ser, de se vestir; pelo perfume que usa; pelo modo como trata o outro, como cuida do corpo através das maneiras de ser quando faz sua:

- **Higienização —** através do banho (que cada um deve realizar de acordo com seus hábitos e vontades pessoais e nós devemos respeitar);
- **Alimentação —** a quantidade e qualidade dos alimentos está relacionada ao que o corpo aprendeu e viveu (ao orientar sobre o que é mais saudável devemos respeitar os estilos de vida, porque isto envolve cultura e economia);
- **Diversão —** qualquer corpo precisa de lazer, desde atividades mais simples até as mais sofisticadas. Isto também depende de tempo, cultura e economia. Reforçamos o lazer como uma atividade que estimula o espírito (maior irrigação cerebral e liberação de endorfinas e/ou substâncias estimulantes, que dão ao corpo uma sensação de prazer). Tudo isso pode estar nas atividades de andar, brincar, jogar, dançar, pintar, assistir cinema, teatro, leitura, dançar, transar;
- **Afetos —** todo corpo tem necessidade de ser querido, amado, aceito, desejado e isto independe de amor, exclusivamente carnal. O amor se expressa de diversas formas. Para isso este ato de cuidar envolve uma abertura interna e externa do corpo para amar as pessoas, o ambiente e a vida. Cuidar-se envolve atendimento de necessidades e de desejos, nem sempre realizados, mas possíveis de serem sonhados.
- **Vestir** envolve um sentido estético para o corpo e também está relacionado com a cultura, ao estilo individual de cada um, ao estímulo que a mídia provoca. (Nunca devemos influenciar ou pedir que alguém mude seu estilo de vestir-se, este é a sua segunda pele). O modo como cada um se veste é um "jeito próprio de ser", principalmente quando este corpo pertence a um grupo social ou a uma "tribo" diferente, que pertence a um mesmo modo de ser e pensar a vida.
- **Articulação** com os outros. Ninguém vive só, comunicação é fundamental e esta articulação envolve os sentidos e é o que está em constante movimento no corpo através de gestos e expressões corporais, maneiras, trejeitos e formas de se relacionar com o outro.

Portanto, CUIDAR-SE, traz embutido a idéia de que não queremos ser corpos — CONTATO/contágio — TRISTES, porque a tristeza do outro também é uma forma de contágio que não é boa para a saúde. Queremos ser contagiados pela alegria, por sentimentos de fé, de paz e de bem-estar que devem contaminar os corpos que estão num tempo determinado. Não há jeito de ser, estilo de viver sem considerar o tempo que movimenta a vida e os corpos que fazem parte dela. O tempo que também é do estilo de viver, um tempo-noite, um tempo-dia, um tempo linear do relógio; um tempo-circular que está na vida e nos fluxos de viver. Segundo Maffesoli (p. 66) uma forma de matar o tempo está na tristeza e de dar vida ao tempo está na alegria e que tudo isso contribui para explosões pontuais e consumidoras do tempo, da produção e dos costumes contemporâneos. Matar o tempo envolve, segundo o autor, *interesse do presente* que é interesse pelo outro e o *simbólico* que os une aos outros. Para cuidar e cuidar-se considerando o tempo é necessário engajar-se num tempo circular que é de instantes sucessivos, de sinceridades que se estendem e que são extensivas.

Corpo *contato* é aquele que se expande, amplia-se para o outro; que se abre para vida sem se importar com as conseqüências e implicações, porque o corpo do contato é o corpo da saúde, da vida. E segundo Maffesoli o corpo "onde a roda viva das paixões domina a economia, os grupamentos e a afetividade; domina a sociedade, a

economia, a política". Para o autor o que é certo é que está renascendo uma outra concepção de tempo que vai privilegiar o que os romanos chamam de *otium*, ou seja, uma espécie de férias ou melhor, de disponibilidade social, que deseja compor o lazer, a criação e o prazer de estar junto.

Este estar-junto é o que nos preocupa enquanto profissionais de saúde, se o corpo/CONTATO que estiver bem física e espiritualmente tornar-se o corpo do contágio da doença. Isto porque ele está na vida e estar na vida é estar em permanente risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRESPO, J. A história do corpo. Coleção Memória e Sociedade. Lisboa: Difel e Bertrand do Brasil, 619 p, 1990. CUNHA, AG. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 124 p, 1997.
2. DIENSTFREY, H. Onde a mente encontra o corpo. Tradução de Nicolle A Collet. 2. ed. São Paulo: Best Seller, 158 p, 1990.
3. MAFFESOLI, M. No fundo das aparências. Rio de Janeiro: Vozes, 350 p, 1996.
4. RODRIGUES JC. Tabu do corpo. 4. ed. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1987.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 24

Para o Cuidar de Clientes com Feridas Infectadas

Adriano Menis Ferreira
Iraci dos Santos

INTRODUÇÃO

Quando nos deparamos com clientes acometidos de feridas infectadas, muitas vezes não sistematizamos adequadamente a sua assistência, devido a falta de conhecimento técnico-científico deste assunto. A assistência a esses indivíduos, em grande parte, é superestimada com excesso de cuidados ou descuidados, gerando dúvidas quanto às condutas a serem dispensadas, podendo comprometer sua recuperação e reabilitação da enfermidade. Para cuidarmos dessas pessoas, devemos dominar alguns conhecimentos e desmitificar outros que possam comprometer o nosso cotidiano do cuidar.

O cuidar de clientes com feridas exige do profissional conhecimento, envolvimento e visão holística, tanto do sujeito do seu cuidado como de tudo aquilo que o cerca, ou seja, do contexto do hospital (ambiente terapêutico, recursos disponíveis para o atendimento em termos de aparelhos, equipamentos, utensílios hospitalares, instrumental, roupas, mobiliário, documentos, soluções, medicamentos e o pessoal que compartilha o ambiente hospitalar com o cliente).

O(a) enfermeiro(a) deve possuir conhecimento técnico-científico e humano para que, ao dispensar seus cuidados, não esteja apenas enfocando a lesão como ponto central de seus cuidados, e sim realizar uma auto-reflexão, sempre buscando compreender o significado de estar acometido de uma ferida infectada no indivíduo-alvo de seu cuidado.

Neste capítulo temos como OBJETIVOS:

1 — Descrever ações e procedimentos relacionados ao cliente com lesões infectadas a fim de subsidiar a equipe de enfermagem em sua prática do cuidar.

2 — Discutir sobre os riscos provenientes das infecções em feridas para os clientes e profissionais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3 — Apresentar as características das infecções em lesões da pele.

4 — Discorrer sobre os exames bacteriológicos em feridas e a utilização de antibióticos.

5 — Descrever os tipos de bactérias presentes nas feridas e sua ação no organismo do cliente.

6 — Descrever sobre os exames bacteriológicos e os tipos de coleta de material em feridas.

7 — Discutir sobre o uso de antibioticoterapia e tratamento tópico em feridas.

8 — Comparar as vantagens e desvantagens da utilização de isolamento para clientes com feridas infectadas.

SITUAÇÕES DE RISCO PARA OS CLIENTES PROVENIENTES DE INFECÇÃO DE FERIDA

O risco de infecção do cliente depende do estado de seu sistema imunológico que conseqüentemente está diretamente relacionado com seu estado de nutrição, idade, tratamento farmacológico, outras possíveis infecções, traumas imunocomprometedores (Garibaldi; Brodine; Matsumiya, 1982). Para avaliar uma ferida infectada, o que deve fazer o enfermeiro?

A — Avaliar globalmente o cliente.

B — Observar as características da ferida; da pele perilesional.

C — Distinguir inflamação de infecção, situação que gera muita dúvida.

D — Colher material microbiológico da lesão, se assim considerar necessário.

Considerando que as bactérias competem com fibroblastos e outras células pela quantidade limitada de oxigênio, Jensen (1998) descreve que a infecção da ferida pode:

A — Prolongar a fase inflamatória.
B — Diminuir a síntese de colágeno.
C — Retardar a epitelização.
D — Causar injúrias constantes ao tecido.

A mesma autora refere que feridas agudas possuem comportamento diferente de feridas crônicas frente às bactérias. A presença de bactérias em uma ferida aguda de grande extensão, se não tratada, pode levá-las a sepse, enquanto em feridas ulcerativas crônicas a mesma quantidade ou número maior dessas bactérias pode permanecer inalterado por meses ou anos sem sinais de infecção ou sepse, podendo até mesmo cicatrizar com a presença desses organismos.

Muitos estudos demonstram que todas as feridas são colonizadas por bactérias. Isso não retarda a cicatrização ou significa que todas as feridas ficarão automaticamente infectadas. Esta afirmativa é facilmente validada quando em culturas, geralmente por *swab*, temos bactérias como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, entre outras, mesmo não tendo sinais locais e sistêmicos de infecção (Hansson *et al.*, 1995). De modo geral, a colonização e/ou a infecção das feridas são polimicrobianas, de uma a três espécies estão presentes simultaneamente, entre elas as bactérias gram-negativas e gram-positivas, tanto aeróbias quanto anaeróbias (Daltrey; Rhodes; Atwood; 1981).

COMO OCORRE A INFECÇÃO BACTERIANA?

A infecção bacteriana ocorre quando os microrganismos invadem o tecido provocando uma reação inflamatória local e se proliferam causando um balanço negativo entre o sistema de defesa do hospedeiro e a carga bacteriana (Ramazastry, 1998).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quantitativamente é definida como uma contagem superior a 10^5 UFC/g de tecido ou mililitros. No entanto, em clientes imunodeprimidos e com problemas de circulação, é relativo, pois nesta condição uma contagem inferior a este valor pode provocar a infecção (Krizek; Robson; 1975). Em contrapartida, muitas feridas crônicas contêm um número muito mais elevado de bactérias, chegando a 10^8/g de tecido, sem contudo apresentar sinais visíveis de infecção (Lookingbill *et al apud* Flanagan, 1997).

Jensen (1998) diz que uma ferida colonizada com *Streptococcus* β-hemolítico pode exibir diminuição da cicatrização com contagem menor do que 10^5 UFC/ml. Afirma, ainda, que feridas com quantidades de colônias maiores do que estas cicatrizam sem problemas.

Noyes e col. (1967) constataram que, quando o exsudato da ferida contém número maior que 10^6 bactérias por ml, ocorre processo invasivo e infecção. Em seu estudo, observaram que a epitelização de úlceras de pressão se iniciava somente quando a contagem bacteriana se mantinha abaixo de 10^5 colônias por grama de tecido, detectado pela técnica de biópsia.

Bergstrom e col. (1994) e Krasner (1990) também concordam que o processo infeccioso se instala quando há, na lesão, mais de 10^5 colônias por grama de tecido, detectadas pela técnica de biópsia.

Para Ginbraum (1997), o que determina a infecção na ferida são a contagem de bactérias e a quantidade de tecido desvitalizado na lesão. Enquanto uma lesão precisa de 10^6 bactérias por grama de tecido para infectá-la, uma ferida com tecido necrótico precisa apenas de 10^4 colônias de bactérias por grama de tecido. Na prática, diária, é importante distinguirmos alguns termos referentes à descrição bacteriana em uma lesão. É fato que todas as feridas são colonizadas, significando que as bactérias presentes na lesão se multiplicam sem causar nenhuma reação por parte do hospedeiro ou invadem os tecidos subjacentes. Quantitativamente pode ser definida como uma contagem bacteriana inferior a 10^5 UFC/g de tecido. Já a infecção ocorre quando há proliferação bacteriana provocando, com isso, alguma reação por parte do hospedeiro. Essa reação pode ser descrita como uma variedade de sinais e sintomas que podem ocorrer na prática clínica quando as bactérias superam as capacidades de cicatrização normais do hospedeiro (Ayton apud Flanagan, 1997).

SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO DE UMA LESÃO

- Celulite
- Linfagite
- Descarga purulenta — nível de exsudato aumentado
- Ferida em fase involutiva — lesão não-cicatrizada
- Presença de edema
- Eritema perilesional
- Odor intenso
- Aumento da dor
- Formação de lojas
- Tecido de granulação vermelho escuro
- Tecido de granulação de fácil sangramento
- Febre

Flanagan (1994), descreve que a hiperemia normalmente é um sinal de infecção, porém muitas vezes indica uma reação inflamatória prolongada. Portanto, é seguro avaliar outros sinais de infecção. A celulite pode ser descrita como uma infecção aguda, geralmente extensa que acomete a pele e o tecido subcutâneo, sendo o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Staphylococcus aureus e *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A, os agentes etiológicos mais comuns. Nesta condição, as bordas da área onde há celulite, não são bem demarcadas. O cliente geralmente apresenta febre, mal-estar na lesão, eritema cutâneo, sensação de calor, edema associado normalmente à febre (Hook, 1987; Sach, 1991). A descrição desta condição clínica deve-se à dificuldade de os profissionais identificarem e descreverem essa condição.

COMO AVALIAR OS SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO?

Gardner e col. (2001) realizaram um estudo com o objetivo de desenvolver e testar um instrumento para avaliar os sinais e sintomas clínicos de infecção nas feridas crônicas. Além dos sinais clássicos de infecção (dor, eritema, edema e calor) testaram, também, sinais como exsudato seroso com inflamação simultânea, retardo na cicatrização, descoloração no tecido de granulação, tecido de granulação friável, presença de áreas não-granuladas na base da ferida, odor e desarranjo na ferida. Concluíram que as variáveis calor, tecido de granulação descolorado e odor tiveram concordância moderada; todas as outras variáveis obtiveram concordância perfeita, com exceção da área não-granulada que não esteve presente nas lesões avaliadas.

Os mesmos autores descrevem que são necessários mais estudos para identificarem quais sinais, ou combinações deles, são mais indicativos de infecção.

A infecção da lesão prolonga a fase inflamatória devido, principalmente, ao fato de liberação de toxinas por bactérias. Segundo Baxter (1994), as bactérias são capazes de produzir:

A — Endotoxinas que estimulam a produção de fator de necrose tumoral.
B — Exotoxinas com potencial citotóxico.
C — Proteinases que podem suprimir a ação de citocinas, conforme se descreve na Tabela 24.1.

Os microrganismos possuem vários mecanismos de agir contra as defesas do hospedeiro, a exemplo dos citados por Bryant (2000):

A — Produção de toxinas (endotoxinas e exotoxinas).
B — Fator de aderência.
C — Fatores evasivos e invasivos que contribuirão para a virulência do microrganismo.

As infecções das lesões são produzidas, principalmente, se provocadas por *Streptococcus* hemolíticos e *Staphylococcus aureus*. Essas bactérias podem produzir erisipela, infecção generalizada com celulite difusa que se estende desde a ferida até os tecidos subjacentes íntegros. Já *Escherichia coli* e outras bactérias intestinais, assim como *Pseudomonas aeruginosa* são denominadas bactérias potógenas locais da ferida pois, geralmente, só se propagam em tecidos já lesionados e necróticos (Ellner, 1982).

A Situação Clínica — Bacteremia

O processo de cicatrização é acelerado quando os níveis bacterianos são menores do que 10^5 ufc/g de tecido, asseveram Tenorio *et al.*, 1976; Lookingbill *et al.*; 1978; Vicentini; Neto; Lane, 1996. Denomina-se bacteremia a situação clínica que pode ocorrer principalmente após pequenos procedimento cirúrgicas como o desbridamento, no entanto isso geralmente não acarreta danos ao indivíduo uma vez que o seu sistema imunológico as elimina em 15-30 minutos. A capacidade de as bactérias para causarem bacteremia, varia de espécie para espécie, destacando-se *Pseudomonas aeruginosa* e os *Streptococcus* hemolíticos. Com isso se terá bacteremia quando o número de bactérias que entrar no fluxo sangüíneo por unidade de tempo

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

superar a capacidade de eliminação do hospedeiro, onde o estabelecimento da bacteremia dependerá também da quantidade de bactérias invasoras (Madsen, 1995).

Tabela 24.1
Bactérias Presentes com Freqüência em Feridas Crônicas Segundo sua Produção e Ação nas Lesões — Rio de Janeiro, 2003

Bactérias Patogênicas Invasoras de Tecidos Subjacentes, Enzimas e Toxinas Produzidas		
Bactérias	*Toxina Produzida*	*Ação*
Streptococcus Hemolíticos do Grupo A (*Streptococcus pyogenes*)	Estreptoquinase Hialuronidase Hemolisinas Coagulase	Transforma o plasminogênio em plasmina, que decompõe a fibrina em outras proteínas extendendo a infecção
Staphylococcus aureus	Alfatoxina	Decompõe o material básico do tecido congestivo, extendendo a infecção Decompõe os eritrócitos Coagula o plasma: protegendo as bactérias contra a resposta imunológica Substância citotóxica que retarda a cicatrização
Outros estreptococos hemolíticos (grupos B, C e G)		
Bactérias Patogênicas das Feridas		
Pseudomonas aeruginosa	Piocina	Substância citotóxica que retarda a cicatrização
Outras *Pseudomonas* *Escherichia Coli* *Klebsiella* *Enterobacter* *Proteus*/enterococos Bacteróides e outras Bactérias manaeróbicas	Exotoxina A	Substância citotóxica que retarda a cicatrização
Bactérias Apatógenas (Flora Cutânea)		
Estafilococos coagulase negativa *Streptococcus* Não-hemolíticos Dipteróides *Acinetobacter*		

Adaptado de Kolmos (1999).

Como Se Caracteriza o Prolongamento da Cicatrização?

Os microrganismos patogênicos prolongam a cicatrização de uma lesão através da liberação de toxinas que provocam danos locais aos tecidos, como foi dito ante-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

riormente, causando necrose e formação de pus. Se a infecção da lesão não é imediatamente controlada, os neutrófilos fagocíticos, os despojos celulares, necróticos e bactérias em proliferação formam esfacelos ou pus, que se depositam tanto na superfície da lesão, quanto em lojas, fendas ou ainda por baixo do tecido necrótico. Geralmente a característica do pus é determinada pela presença do patógeno predominante, assim um pus grosso, cremoso e amarelado pode ser indicativo de uma infecção por *Staphylococcus*, já a produção de um pus de coloração verde azulada é, normalmente, associada à infecção por *Pseudomonas aeruginosa* (Flanagan, 1997; Carville, 1997).

Quais os Tipos de Exsudato?

A — Seroso (de características transparente e tom de cor palha).
B — Hematosseroso ou serossanguinolento (característica serosa ligeiramente manchada de sangue).
C — Sangüíneo (fortemente manchado de sangue).
D — Purulento (com presença de pus e consistência cremosa) (Carville 1997).

Quais as Dificuldades para Se Identificar Feridas Infectadas?

Existem algumas questões que dificultam a identificação de feridas infectadas. Por isso os clínicos e enfermeiros podem não conseguir discriminar entre uma resposta inflamatória normal e a presença de infecção. Ressaltam-se entre elas:

A — Os sintomas de inflamação presentes na fase inicial do processo de cicatrização podem ser confundidos com sintomas de infecção.
B — Os clientes imunocomprometidos podem não apresentar sintomas clássicos, quer de inflamação quer de infecção.
C — Os clientes não-imunocomprometidos podem apresentar infecção silenciosa com sintomatologia atípica.
D — Pode ocorrer sobrevalorização dos resultados bacteriológicos e/ou má interpretação dos mesmos.
E — Sobrevalorização da presença ou ausência de determinados fatores diagnosticados, tais como formação de exsudato purulento e confusão sobre os critérios para classificação de uma ferida infectada, pode ser o único indício de que ela esteja infectada (Flanagan, 1997).

EXAME BACTERIOLÓGICO DAS FERIDAS

A avaliação microbiológica de uma ferida é feita através de:
A — Dados qualitativos (identificação da espécie bacteriana presente na ferida).
B — Dados quantitativos (número de unidades formadoras de colônia de cada espécie identificada) (Declair; Pinheiro, 1998).

Quais os Sinais e Sintomas Indicadores da Necessidade de Realização de Culturas?

A — Presença de pus.
B — Mudança no odor ou característica do exsudato.
C — Hiperemia, tumefação, febre, leucocitose.
D — Aumento repentino da glicose.
E — Dor na extremidade neuropática.
F — Dificuldade de cicatrização após duas semanas em feridas limpas (Bryant, 2000).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Métodos para Realização de Culturas

Existem vários métodos para realização de culturas de feridas, afirma Gilchrist (2000), no entanto, na prática, o método mais utilizado é o quantitativo através de *swab*, onde se detecta a colonização superficial da lesão.

Quais os Microrganismos mais Encontrados nas Culturas de Feridas?

A — Os aeróbios *Staphylococcus aureus.*
B — *Staphylococcus epidermidis.*
C — *Streptococcus.*
D — *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A.
E — *Escherichia coli.*
F — *Pseudomonas aeruginosa.*
G — *Proteus mirabilis,* entre outros (Duoghty 1994).

Em que situação indica-se o exame bacteriológico de uma ferida?

A — Quando existem sinais clínicos de infecção.
B — Se a ferida não melhora após duas semanas (Kerstein, 1997; Kolmos, 1999).

Validade dos Tipos de Coletas para Exames Bacteriológicos: *Swab* e Biópsia

As culturas por *swab* têm concordância com a biópsia em 75%; no entanto, o *swab* tende a não capturar a flora anaeróbica profunda da lesão, segundo a descrição de Corum (1993). Utilizando o *swab* e a técnica de biópsia para coletar material microbiológico de feridas crônicas a fim de compará-los, Timoty e col. (2001) obtiveram como resultado 79% de concordância entre as técnicas.

Várias pesquisas comparam técnicas de coleta de material microbiológico de feridas e apresentam a biópsia como a melhor técnica de coleta, embora concordando que ela é a mais traumática, requerendo pessoa treinada, bem como equipamentos especializados para o seu processamento (Cuzzell, 1993; Levine e col., 1976).

É consenso que a técnica de colher *swab* de lesões fornece, na maioria das vezes, apenas resultado de bactérias que estão na superfície da lesão e não revela os microrganismos infectantes nos tecidos. Com essa técnica podem-se obter resultados falsos positivos, o que a limita na prática diária. (Bergstrom *et al.*; 1995; Kolmos; 1999).

Atualmente se preconiza a realização de cultura através de fluido da ferida obtido por aspiração ou através de biópsia de tecidos. Nesse caso, pode-se obter um material de melhor qualidade para o exame bacteriológico (Garner, 1988; Kolmos, 1997).

Vantagens e Desvantagens da Biópsia

Com o intuito de compararem os resultados de biópsia coletados de dois segmentos dentro da mesma ferida provocada por queimaduras, Woolfry; Fox; Quall (1981), realizaram pesquisa cujos resultados indicaram que os microrganismos presentes nestas feridas têm aproximadamente 25% de chances de não serem "capturados" com uma simples cultura de biópsia.

Entretanto, Corum (1993) coloca que a utilização da biópsia para cultura é um método aceitável para determinar os organismos presentes, porém rompe tecidos e pode disseminar a infecção.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Método de Irrigação — Aspiração e a Utilização do *Swab*

O método de irrigação — aspiração foi sugerido por Corum, em 1993, para coletar várias amostras. Neste, a lesão é irrigada quatro vezes com uma quantidade de 1 a 5 ml de soro fisiológico a 0,9% estéril numa distância de 45º. Após isso, coleta-se (0,25 ml) de fluido e encaminha-se ao laboratório.

Para a coleta de material através de *swab* deve-se limpar o leito da lesão com solução salina e escolher a área mais limpa e saudável da ferida, uma vez que a infecção envolve os tecidos sendo importante coletar material deste local em vez de pus, fibrina, ou necrose (Corum, 1993; Stotts, 1995; 2000; Jensen, 1998).

É importante que a amostra a ser colhida, seja de um local adequado, que deve ser entre a zona de transição entre os tecidos necróticos e viáveis, onde existam sinais de inflamação. Os cultivos superficiais procedentes do exsudato e de tecidos necróticos facilmente podem dar resultados equivocados, pois a flora bacteriana correspondente não será necessariamente a mesma flora presente na ferida de maior profundidade (Ellner, 1982).

Um ponto interessante a respeito da coleta de microrganismo pela técnica de *swab* é o fato de que na literatura sobre o assunto não existe consenso sobre a forma de coletar o material das feridas. Utilizar *swab* úmido ou seco, realizar ou não a limpeza da lesão antes da coleta, coletar a amostra em ziguezague ou em uma área de 1 cm^2, além de utilizar *swab* de algodão ou alginato são alguns pontos divergentes que necessitam elucidações.

Procedimentos de Coleta e Encaminhamento ao Laboratório

Todas as amostras colhidas deverão ser enviadas ao laboratório a fresco ou em um adequado meio de transporte como tiogricolato, *stuart*, *amies*, a fim de evitar perdas das bactérias que podem ocorrer durante o transporte. Esse transporte deverá obedecer a um tempo determinado, sendo imediato para o *swab* no caso de material de feridas e tecidos. O tempo de 30 minutos ou até 12 horas reserva-se para os meios de transporte apropriados.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) recomenda os seguintes procedimentos na coleta microbiológica, a fim de evitar um "falso" agente etiológico resultando numa orientação terapêutica inadequada.

Procedimentos na coleta microecológica:

— Colher antes da antibioticoterapia, sempre que possível.
— Instruir claramente o paciente sobre o procedimento.
— Observar a anti-sepsia na coleta de todos os materiais clínicos.
— Colher do local onde os microrganismos suspeitos tenham maior probabilidade de serem isolados.
— Utilizar as barreiras de proteção necessárias a cada procedimento.
— Toda amostra deve ser tratada como potencialmente patogênica.
— Usar frascos e meios de transporte apropriados.
— Não contaminar a superfície externa do frasco de coleta e verificar se ela está firmemente vedada. Caso ocorram respingos ou contaminação na parte externa do frasco, fazer descontaminação com álcool 70% ou similar.
— Não contaminar a requisição que acompanha o material.
— As amostras deverão ser transportadas em sacos plásticos fechados.
— Colocar identificação no frasco de coleta e na tampa ou sobre o rótulo.
— Encaminhar os materiais imediatamente ao laboratório.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Cuidados Adicionais na Coleta de Material

O mesmo manual orienta como se deve proceder à coleta de material para cultura de feridas, abscessos e exsudatos, a exemplo de:

A — O termo "secreção de feridas" não é apropriado como informação de origem do material coletado.

B — O sítio anatômico específico, bem como as informações adicionais (material de ferida superficial ou profunda) são extremamente valiosas para o laboratório, auxiliando na interpretação dos resultados.

Orientações Específicas para Coleta de Material

A — Realizar descontaminação das margens e superfície de lesão com solução de PVP-I e soro fisiológico na proporção de metade/metade.

B — Proceder a limpeza com solução fisiológica coletando o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, utilizando de preferência aspirado com seringa e agulha ou somente com seringa.

Observações Sobre a Coleta

1 — A descontaminação é crítica para interpretação do resultado.

2 — A escarificação das bordas após anti-sepsia pode produzir material seroso que é adequado para cultura.

3 — Não se deve coletar o pus emergente.

4 — O material das margens da lesão e a parte mais profunda do sítio escolhido são mais representativos.

5 — A cultura de lesões secas e crostas não é recomendada.

6 — A coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e desbridamento da lesão.

Outras observações importantes referem-se a:

- Alerta de Cuzzel (1993) de que nunca devemos lavar uma ferida com antisépticos antes de colher uma cultura por *swab*, em razão da morte dos microrganismos que tentamos isolar, resultando em uma falsa cultura negativa.
- Recomendações do Ministério da Saúde, no Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica (2001) — para exames microbiológicos, não utilizar as amostras de *swab* de queimaduras e de úlceras de pressão e varicosa, pois fornecem resultados questionantes.

Sugerindo-se, então, processar a biópsia ou aspirado, como descrito anteriormente.

Para que haja uma qualidade da amostra colhida e diagnóstico microbiológico correto é importante uma adequada comunicação com o laboratório microbiológico. Isso se pode dar através de uma requisição que identifica o material em questão além da comunicação direta com o laboratório. Atualmente o enfermeiro em sua práxis, está capacitado para solicitação de cultura da lesão, pois geralmente é o primeiro profissional a detectar uma ferida infectada ou de difícil cicatrização além do que se dedica ao estudo de feridas que acometem o cliente, tanto em sua graduação quanto em cursos de especialização. Para tanto, devem-se seguir recomendações básicas que constam na requisição de pedidos para cultura, tais como:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Nome e sobrenome.
- Registro do hospital ou serviço.
- Data de nascimento.
- Sexo.
- Clínica, leito ou ambulatório.
- Espaço para identificação do exame.
- Uso de antibiótico, qual e quantos dias.
- Carimbo do solicitante.
- Data e hora da coleta.
- Material colhido e local.

Os profissionais responsáveis pela coleta de material devem ser devidamente treinados e periodicamente atualizados nesta atividade, pois a coleta de culturas de feridas, não é um procedimento tão simples quanto se apresenta.

SOBRE A INDICAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS

Dificilmente as bactérias presentes na ferida se eliminam com tratamento antibiótico, pelo contrário, este dará lugar a uma colonização secundária por outras bactérias resistentes ao tratamento em questão segundo Kolmos (1999), ao afirmar que a flora das feridas crônicas reflete, em grande parte, os antibióticos que foram administrados no cliente anteriormente.

A princípio as feridas crônicas estão colonizadas, em sua grande maioria, por *Staphylococcus aureus*, e outras bactérias gram-positivas. Quando o tratamento se realiza com penicilinas de aspecto reduzido, a ferida será colonizada por *Escherichia coli, Klebsiella* e outras bactérias fecais que são resistentes a este tipo de antibióticos. A *Pseudomonas aeruginosa* e outras bactérias multirresistente colonizam as feridas geralmente pelo uso de penicilinas de amplo espectro com cefalosporinas e quinilonas. Já nas feridas com necrose profunda e tensão de oxigênio baixa, podem-se encontrar *Bacteroides fragilis* e outras bactérias anaeróbicas (Kolmos, 1999; Ellner, 1982).

O USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA SISTÊMICA

Freqüentemente observamos clínicos prescrevendo antibioticoterapia para clientes portadores de feridas crônicas, baseados apenas em resultados de exames coletados por *swab* de secreção superficial, sem atentarem para outras características locais importantes, que norteiam a escolha da terapêutica.

Leaper (1994) descreve que, para clientes com feridas abertas com sinais de infecção, como celulite ou linfagite, há indicação de uso de antibiótico parenteral, porém os casos de febre e toxicidade sistêmica, por si só não são indicações para antibioticoterapia. A escolha do antibiótico pode ser empírica ou baseada em resultados de culturas. Infecções como gangrena gasosa necessitam de terapia específica.

Os antibióticos apresentam uma toxicidade específica contra um determinado espectro de bactérias e não contra as células anfitriãs, no entanto, se torna difícil a penetração do antibiótico nas bactérias devido à capa fibrinosa na superfície da ferida crônica além de certas bactérias possuírem um ¨biofilme ¨que as protege (Madsen, 1995).

Cuidados no Uso de Antibióticos

O uso de antibioticoterapia não se justifica, se não for realizada uma limpeza prévia da ferida, pois o tecido desvitalizado é avascular, portanto, a penetração de antibió-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ticos sistêmicos é deficiente caso não tenha sido feito um desbridamento completo da ferida. Por isso, um tratamento antibiótico efetuado sem o devido rigor, dará lugar à proliferação de flora bacteriana multirresistente, que pode causar um importante problema no tratamento em uma fase posterior (Declair; Pinheiro; 1988; Kolmos, 1999).

Portanto, o uso de antibióticos sistêmicos deve ser reservado às situações em que houver uma reação inflamatória local como celulite, osteomielite, linfagite ou para situações em que houver por parte do paciente manifestações sistêmicas, tais como: febre, taquicardia, hipotensão e leucocitose sem outro foco determinado (bacteriana, sepse) (Bryan; Dew; Reynolds, 1983 — Gold; Allman, 1989 — Bergstrom *et al.*, 1995).

O tratamento antibiótico deve ser feito quando há sinais clínicos de infecção das feridas que se estendem aos tecidos viáveis perilesionais e se as condições gerais do cliente estiverem deterioradas. Entretanto, esta regra não deve ser seguida se a ferida estiver colonizada ou infectada por Estreptococos hemolíticos do grupo A e ou Estafilococos, devido à sua alta virulência (Kolmos, 1999).

O mesmo autor refere que, quando a infecção for causada por *Staphylococcus aureus*, pode haver presença de microrganismos gram-negativos e bactérias anaeróbicas. Neste caso, à medida do possível, o tratamento deve guiar-se pela coleta de uma amostra antecipada com seguimento retirado do índice de sedimentação (VHS), dosagem de proteína C reativa (PCR) e leucócitos. O tratamento deve prosseguir até que se normalizem esses parâmetros.

Robson e col. (1974) realizaram um estudo experimental em ratos, utilizando feridas em fase de granulação de espessura total, produzidas por escaldadura, atingindo 20% da área que foi então contaminada topicamente. Após cinco dias, a crosta foi removida e a ferida não cicatrizou. Na análise bacteriológica do tecido houve a presença de 10^7 bactérias/g. Quando o animal foi tratado com antibioticoterapia sistêmica, na qual o microrganismo era sensível, não ocorreu alteração na taxa de microrganismo no tecido, apesar da documentação do adequado nível de antibiótico no sangue e no tecido.

O TRATAMENTO TÓPICO DE FERIDAS INFECTADAS

Muitas terapias tópicas para cuidados com feridas estão disponíveis no mercado, por isso é importante dominarmos o conhecimento desses produtos para que possamos de forma segura indicar ou sugerir um ou outro, baseando-nos em experiências práticas e estudos clínicos com os diversos produtos existentes e testados. É evidente que nenhuma terapia exerce o mesmo efeito em todos os clientes; portanto, ao indicarmos uma terapia tópica, deveremos avaliar todas as condições que, de alguma forma, estejam prejudicando a cicatrização da lesão.

O tratamento deve basear-se na avaliação da totalidade do cliente a exemplo de:

A — estado nutricional adequado,
B — diminuição da dor,
C — eliminação do tecido desvitalizado,
D — estado emocional e de interação com a equipe de saúde,
E — promoção da irrigação local entre outras medidas.

Em um passado recente, o uso de anti-sépticos foi utilizado amplamente para tratar feridas infectadas mas, desde a década de 1970, têm-se conduzido estudos questionando a real efetividade dos seguintes produtos:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A — Solução aquosa de iodo.
B — PVP-I degermante.
C — Hexaclorofeno.
D — Gluconato de clorexidina.
E — Ácido acético.
F — Água oxigenada.
G — Cloreto de benzalcônio.
H — Cloramina e outros.

O que existe atualmente de concreto no uso desses produtos é que todos, de uma forma ou de outra, prejudicam o processo de cicatrização pelos seguintes motivos:

A — Toxicidade para leucócitos.
B — Efeitos adversos para os capilares sanguíneos.
C — Toxicidade para fibroblastos e queratinócitos (Custer, 1971; Mertz, *et al.*, 1984; Brennan; Leaper, 1985; Lineaweaver, *et al.*, 1985; Cooper, Axer; Hansbrough, 1991).

O efeito dos anti-sépticos, segundo Kolmos (1999), é marginal, por seus resultados negativos na cicatrização de feridas. Esses efeitos podem, ainda, potencializar a infecção das feridas infectadas. Todavia, Thomson (2000) coloca que as pesquisas têm mostrado que as terapias tópicas tais como acetato de mafenide, povidine e substâncias enzimáticas podem selecionar respectivamente fungos *Staphylococcus* e *Pseudomonas*.

Estudando este assunto, Corum (1993) cita outros autores que descrevem o efeito benéfico da sulfadiazina de prata, nitrato de prata e mafenide na diminuição da colonização das feridas por alguns dias, tornando a densidade bacteriana homogênica por semanas.

Cooper; Laxer; Hansbrough (1991) relatam que o uso destas soluções pode resultar na redução do número de microrganismos, porém o seu uso deve ser avaliado com relação à toxicidade das células responsáveis pela reparação da ferida, o que também provocará dificuldade para cicatrização.

Com relação ao uso de antibióticos tópicos alerta-se para os seguintes resultados que proscrevem o seu uso em feridas crônicas (Gette, 1992; Teepe *et al.*, 1993; Kolmos, 1999):

A — Podem levar a uma flora multirresistente.
B — Causar efeitos citotóxicos nos queratinócitos.
C — Causar alergias.

Da mesma forma, Lineaweaver *et al*. (1985) relatam que os antibióticos tópicos podem apresentar efeitos tóxicos para a cicatrização, mesmo em concentrações normalmente utilizadas no campo clínico. Todavia, os hidrocolóides e outros curativos oclusivos favorecem a cicatrização.

Os hidrocolóides possuem propriedades antibacterianas pelo seu pH básico (8). Os estudos demonstram que o uso deste produto não está associado ao aumento da taxa de infecção, exceto se a ferida estiver colonizada, com número significativo de bactérias. Portanto, em feridas colonizadas o seu uso é sugerido e prescrito como infecção conhecida ou suspeita por anaeróbicos (Raggett, 1992; Kolmos, 1999). Outras alternativas são o uso de ácidos graxos insaturados, carvão ativado com prata, papaína, produtos cientificamente comprovados na literatura, conforme descrito na Tabela 24.2.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 24.2
Tipos de Cobertura Utilizados em Feridas segundo Indicações, Ação e Advertências — Rio de Janeiro, 2003

Cobertura	*Modo de Usar*	*Modo de Ação*	*Trocas*	*Advertências*
Carvão ativado tecido de carvão 100% de carbono e nitrato de prata 0,15%	Irrigar a lesão com SF 0,9%, aplicar o carvão e cobrir com cobertura secundária	Remove as bactérias do exsudato pelo carvão e ação bactericida da prata	Cada 72 h ou se necessário	Não utilizar em áreas de granulação, doadoras de enxerto ou em queimaduras; não recortar as placas
Ácidos graxos essenciais (AGE) Lipídio insaturado rico em ácido linoleico	Irrigar a lesão com SF% 0,9%. Aplicar AGE por toda área da ferida e cobrir com cobertura secundária	Promove quimiotaxia para leucócitos, facilita a entrada de fatores de crescimento na célula, promove mitose e proliferação celular	Uma vez ao dia ou quando necessário	Restrições em feridas altamente exsudativas
Papaína, enzimas proteolíticas existentes no látex do mamoeiro	Preparar a solução em frasco de vidro. Irrigar a lesão e deixar a gaze embebida na solução ou usar em gel	Promove desbridamento não-traumático, tem ação bactericida e antiinflamatória	Uma vez ao dia ou quando necessário	Diluição 10% em necrose, 6% muito exsudato, 4% médio exsudato, 2% pouco exsudato
Alginato de cálcio, fibras de não-tecido derivadas de algas marinhas	Lavar a lesão com SF 0,9%. Irrigar a cobertura e aplicar diretamente na ferida	Estimula a agregação plaquetária e macrófagos; ativa fatores de coagulação, queratinócitos e fibroblastos. Tem alto poder de absorção	Cada 24h ou quando necessário	Não utilizar em: implantes cirúrgicos, queimaduras de 3º grau ou lesão pouco exsudativa
Sulfadiazina de prata a 1%	Lavar a ferida com SF 0,9%. Aplicar o creme (5mm), colocar curativo secundário	O íon prata exerce ação bactericida e bacteriostática residual	A cada 12h ou quando a cobertura secundária estiver saturada	Pode causar hipersensibilidade

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CUIDADOS PREVENTIVOS PARA CLIENTES COM FERIDAS

Muito se tem discutido sobre práticas de contenção de clientes com risco de contrair ou disseminar infecção. No entanto, ainda, não existe um consenso da melhor prática a ser adotada, gerando dúvidas nos profissionais quando se deparam com situações no cuidar destes clientes que, às vezes, empiricamente, são elegíveis para o isolamento.

Na questão de isolar ou não um cliente, a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) tem um papel primordial quanto à orientação e indicação de precauções a serem tomadas na prática de isolamento, norteando as ações dos profissionais que lidarão direta ou indiretamente com o indivíduo recluso.

Parker (2000) relata que clientes comprometidos imunologicamente, que têm aumento da susceptibilidade para adquirirem infecção, estão em alto risco comparados a outros indivíduos hospitalizados. A esse respeito Remington e Schimpff (1981) estimam que nesses clientes a flora endógena é responsável por metade de suas infecções, sendo os restantes veiculados pelas mãos dos profissionais, equipamentos e alimentação.

Lewis (1999) descreve que a prática de isolar clientes, para prevenir a transmissão de infecção, falha no momento que deveríamos reconhecer que a decisão deveria estar baseada na avaliação de risco.

Esta avaliação deve considerar a disponibilidade dos recursos:

A — Acomodações de quarto único.

B — Equipe de saúde treinada e outras habilidades.

Este mesmo autor declara, ainda, que se as rotinas de precauções falham em deter o microrganismo em potencial, colocando os demais clientes em risco de adquirirem infecção; então, a pessoa comprometida deverá ser isolada. Para tanto, deve-se considerar o nível de isolamento empregado, a exemplo de:

A — O tipo de roupa de proteção usada.

B — Se a porta ficará aberta ou fechada.

C — O tipo de sistema de ventilação.

Estas considerações dependem do conhecimento da rota de transmissão do patógeno que compromete o cliente.

Nauseef e Maki, citado por Parker (2000), encontraram em seu estudo que clientes imunocomprometidos estavam tão susceptíveis, para adquirirem infecção quando colocados em quartos simples sozinhos, quanto aqueles clientes alocados em quarto conjunto.

Utilização de Isolamento

Parker (2000) coloca que muitos enfermeiros acreditam que o isolamento desempenha papel central no controle de infecção. No entanto, há pequena evidência de sua eficácia. Coloca, ainda, que clientes imunodeprimidos estão expostos à infecção durante sua internação, através de:

A — Contatos com outros clientes.

B — Contatos com a equipe de enfermagem.

C — Realização de procedimentos invasivos.

Alertando para o fato de não haver indícios de que os isolar dentro de quartos reduzirá o risco de adquirirem infecção hospitalar.

Esta autora descreve ser essencial que a equipe de trabalhadores do hospital utilize os seguintes procedimentos de controle de infecção hospitalar ao cuidar dos clientes:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A — Lavar as mãos.
B — Uso adequado de roupas de proteção.
C — Remanejamento do cliente após a avaliação de risco.

A transmissão de infecção para clientes hospitalizados pode ser controlada pela proteção física (isolamento). Este pode ser aplicado de duas maneiras:

1. *Isolamento da fonte (confinamento):* nesse caso é indicado para clientes infectados, no intuito de prevenir a disseminação de sua infecção para outros.
2. *Isolamento protetor (reverso):* indicado para prevenir a transmissão de microrganismos infectantes para clientes, susceptível àqueles com resistência diminuída.

A transmissão de microrganismos acontece por:

A — Contato direto onde há transferência de infecção para clientes.
B — Contato direto com uma pessoa infectada.
C — Contato direto com um portador são de um microrganismo virulento.
D — Contato indireto onde há transferência de tais microrganismos através de fômites ou mãos dos membros da saúde (Souza, 2001).

Recomendações para o Uso de Isolamento

- O isolamento protetor é usualmente recomendado quando, no cliente, o número de neutrófilos circulante cai para menos de $0{,}5 \times 10^9$ /L aumentando o risco de infecção (Wilson apud Parker, 2000).
- Os quartos individuais de uma enfermaria geral fornecem isolamento de fonte menos seguro, devido a:
  a — Íntima proximidade com outros clientes.
  b — O compartilhar da equipe de enfermagem e de saúde.
  c — O compartilhar dos funcionários de setores de apoio da enfermaria geral.

O valor do isolamento protetor depende de:
A — Tipo de clientes presentes na enfermaria geral.
B — Métodos e barreiras utilizados no isolamento.
C — O quarto estar equipado com banheiro e pia (Aylifee, 1998).

- O uso de quartos simples para clientes neutropênicos não tem mostrado efeitos sobre a prevenção de infecção (Nauseef; Maki, apud Parker, 2000).
- Clientes infectados com bacilos gram-negativos multirresistentes podem ser tratados em uma enfermaria aberta com precauções adequadas contra a transmissão através do contato (Aylifee, *et al.*, 1998).
- Os mesmos autores relatam que o *Staphylococcus aureus* é uma das causas mais comum de infecção de feridas sendo muitas destas de origem endógena. As cepas sensíveis à antibioticoterapia (ou cepas resistentes somente a penicilinas) raramente se disseminam nas enfermarias, exceto nas enfermarias de recém-nascidos. Esses microrganismos se multiplicam na cavidade nasal, pele e lesões, mas não no meio inanimado.
- Na prevenção de transmissão de microrganismos dentro de uma unidade hospitalar, duas formas adquirem importância ímpar no cuidado de clientes portadores de feridas:
  A — Precaução padrão — que compreende a lavagem das mãos.
  B — Uso de EPI de acordo com o risco de contaminação ao manipular com o paciente ou materiais.
  C — Precaução de contato — nesta deverão ser adotadas todas as medidas descritas acima além de quarto privativo, se possível, ou compartilhado com doentes de igual patologia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 24.3
Precauções com Clientes Portadores de Feridas segundo Situação Patológica — Rio de Janeiro, 2003

Precauções	
Infecção/Condição/Agente	*Condição/Tipo/Duração*
1. Abscesso em drenagem grande	1. Precaução de contato até o desaparecimento da secreção
2. Abscesso em drenagem menor ou contida	2. Precaução padrão
3. Antrax	3. Precaução padrão
4. Celulite extensa com secreção não-contida	4. Contato
5. Etafilococcias de pele (ferida, queimadura) extensa	5. Sem curativo ou curativo que não contém a drenagem: contato até 24h após terapêutica correta
6. Estafilococcias menores ou limitadas	6. Curativo que adequadamente contém a drenagem padrão
7. Gangrena gasosa	7. Precaução padrão
8. Infecção de ferida extensa	8. Sem curativo ou curativo que não contém a drenagem: contato até o desaparecimento da secreção
9. Infecção de ferida menor ou limitada	9. Padrão desde que o curativo contenha adequadamente a secreção
10. Organismos multirresistentes (infecção por colonização* de pele, ferida ou queimadura)	10. Contato até que a cultura seja negativa
11. Úlcera de pressão grande com secreção não-contida	11. Contato se estiver sem curativo ou se o mesmo não contém a drenagem
12. Úlcera de pressão pequena ou com secreção contida	12. Padrão desde que o curativo contenha adequadamente a drenagem
13. *E. coli*	13. Padrão desde que o curativo contenha adequadamente a dreagem
14. *Staphylococcus aureus*	14. Padrão

*Patógenos multirresistentes devem ser definidos de acordo com critérios epidemiológicos de cada região. Adaptado do CDC (1996).

Um outro fator importante nesta discussão é a questão dos efeitos deletérios que o isolamento pode causar nos clientes. Gammon (1999) descreve esses efeitos sobre os hospitalizados e os isolados, constatando que a hospitalização tem efeitos prejudiciais aos clientes, mas que o isolamento tem um impacto negativo muito maior causando ansiedade e depressão.

Não menos importante do que a outra questão referente ao isolamento dos clientes supostamente em risco é o fato de que ao isolá-los em uma enfermaria, além de todos os outros fatores discutidos teremos a diminuição de leitos disponíveis desta unidade, bem como gastos, muitas vezes, indiretos quanto ao uso de materiais de proteção por parte da equipe hospitalar. Pois o simples fato de termos clientes confi-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nados em quartos gera, nesta equipe, supervalorização das precauções padrões, onde muitas vezes nem são indicadas para aquela situação.

Outro aspecto importante é a realização da troca de curativos no cliente utilizando técnica asséptica, prevenindo portanto a entrada de outras bactérias na ferida. Deve-se atentar para qualquer contaminação acidental dos instrumentais, gazes, soluções ou produtos que entrarão em contato direto com a ferida do cliente.

Quanto ao descarte de curativos com exsudato, de uma forma geral, eles devem ser desprezados com técnica "sem contato" utilizando uma pinça ou luvas descartáveis, devendo o material contaminado ser colocado e selado em sacos de plástico. Em sequência, os sacos contendo os materias contaminados devem ser depositados em latas de lixo com pedal, forradas com saco plástico, que será então descartado como lixo de resíduo hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYLIFEE, GAJ et al. Prevenção de infecção nas enfermarias II: isolamento de pacientes, controle de contatos e cuidados de infecção em ambulâncias. IN: Controle de infecção hospitalar-manual prático. 3. ed. Revinter: Rio de Janeiro, cap. 8, p. 97-118, 1998.
2. BAXTER, CR. Immunology reactions in chronic wounds. The American Journal of Surgery 161(1):12s-14s, Jan.1994.
3. BRENNAN, SS; LEAPER, DJ. The effect of antiseptics on the healing wound: a study using the rabbit ear chamber. Br J Surg 72:780-2, 1985.
4. BERGSTROM, N. et al. Treatment of Pressure Ulcers Clinical Practice Guideline number 15. Rockville, MD: US. Department of health and humans service. Public Health service, Agency for Health care policy and Research. AHCPR Publication. p.1-65, 1994.
5. BERGSTROM, N. et al. Clinical practices guideline: treatment of pressure ulcers. US. Department of Health and Human Services AHCPR Publication. v.15, p.652, 1995.
6. BRAYAN, CS; DEW, CE; REYNOLDS, KL. Bacteremia associated with decubitus ulcers. Arch Intern Med, v.143, n.11, p. 2093-5, 1983.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Manual de procedimento básicos em microbiologia clínica para o controle da infecção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
8. CARVILLE, K. Evaluación individual de las heridas. Rev. Helios, v.5, n.1, p.12-4,1997.
9. COOPER, ML; LAXER, JA; HANSBROUGH, MD. The citotoxic effects of commonly used topical antimicrobial agents on human fibroblasts and keratinocytes. J.Traum, v. 31, n.6, p.775-84, 1991.
10. CORUM, GM. Characteristics and prevention of wound infection. J. ET. Nurs, v.20, n.1, p.21-5, 1993.
11. CUSTER, J. Studies in the management of the contaminated wound. Am. J. Surg, v.121, p.572-5, 1971.
12. CUZZEL, JZ. The right way to culture a wound. Am. Journal of Nursing, v.93, n.5, p.48-50,1993.
13. DECLAIR, V; PINHEIRO, S. Novas considerações no tratamento de feridas. Rev. Paul. Enf. v.17, n.1/3, p. 25-38, 1998.
14. DALTREY, DC; RHODES, B; CHATWOOD, JG. Investigation into the microbial flora of healing and non-healing decubitus ulcers J. Clin. Pathol, v.34, p.701-5, 1981.
15. DOUGHTY, D. A rational approach to the use of topical antisseptics. Journal. Wound/Ostomy Continence Nursing, v.21, n.6, p.224-231, Nov. 1994.
16. ELLNER, PD. Microbiology of wounds. In: Lorian. Significance of medical microbiology in the care of patients. 5. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, p.158-68, 1982.
17. FLANAGAN, M. Assessment criteria. Nursing Times, v. 90, n. 35, p. 76-8, Aug. 1994.
18. FLANAGAN, M. Uma estrutura prática para a determinação de ferimentos: fisiologia. Ver. Nursing (Ed. Portuguesa), n. 116, p. 11-8, Nov. 1997.
19. GAMMON, J. Isolated instance. Nursing Times, v. 95, n. 2, p. 57-8, Jan. 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

20. GARIBALDI, RA; BRODINE, S; MATSUMIRYA, S. Infection among patients in nursing homes. N. Engl. J. Med. v. 305, p. 731-5, 1982.
21. GARDNER, J. CDC definitions for nosocomial infections. Am. J. Infect. Control, v. 16, p. 128-40, 1988.
22. GARDNER, SE et al. A tool to assess clinical signs and symptoms of localized infection in chronic wounds: development and reliability. Ostomy/Wound Management, v. 47, n. 1, p. 40-47, 2001.
23. GETTE, MT. Frequency of postoperative allergic contact dermatitis to topical antibiotic. Arch. Dermatol, v.128, p. 365-7, 1992.
24. GILCHRIST, B. Taking a wound swab. Nursing times. V.96, n.4, p.2 (Supply), Jan, 2000.
25. GINBRAUM, SR. Infecções do sítio cirúrgico e antibioticoprofilaxia em cirurgia. In: RODRIGUES, E. et al. Infecções Hospitalares Prevenção e Controle. Cap. 2, São Paulo: Sanvier, p. 149-161, 1997.
26. GOOD, PS; ALLMAN, RM. The prevention management of pressure ulcers. Geriatric. Med, v. 73, n. 6, p. 1511-1524, 1989.
27. HANSSON, C; HOBORN, J; MOLLER, A; SWANBECK, G. The microbial flora in venous leg ulcers without clinical signs of infection. Acta. Derm. Venerol, v.75, p. 24-30, 1995.
28. HOOK, EW. Acute cellulites. Arch. Dermatol. v.127, p. 493-6, 1991.
29. JENSEN, BMB. Management of exudate and infection. In: Sussman C, Jensen BMB. Wound care. A collaborative pratice manual for physical therapists and nurses. Gaithersburg-Maryland, Aspen Publisher, Cap. 8, p. 159-177, 1998.
30. KOLMOS, HJ. La infección en las heridas crónicas. Rev. Helios, v. 7, n. 2, p. 3-7, 1999.
31. KRASNER, D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. Pennsylvania: Health Management Publication, 1990.
32. KRIZEK, JJ; ROBSON, MC. Biology of surgical infection. Surg. Clin. North. Am. V. 55, n. 6, p. 1261-7, 1975.
33. LEAPER, D. Prophylactic and therapeutic role of antibiotics in wound care. The Am. Journal of Surgery, v. 167, n. 1, p. 15S-20S. Jan, 1994.
34. LEVINE, NS et al. The quantitative swab culture and smear: a quick, simple method for determining the number of viable aerobic bacteria on open wounds. The Journal of Trauma, v. 16, n. 2, p. 89-94, 1976.
35. LEWIS, AM et al. The pros and cons of isolation and containment. Journal of Hospital Infection 43(1): 19-23, 1999.
36. LINEAWEAVER, W et al. Topical antimicrobial toxicity. Arch Surg 120: 267-270, 1985.
37. LOOKINGBILL, DP et al. Bacteriology of chronic leg ulcers. Arch Dermatol 114: 1765-8, Dec, 1978.
38. MADSEN, SM et al. Pseudomonas aeruginosa and leg ulcer healing. Poster presented at 4th Conference on Advances in Wound Healing, p.6-9, September, 1994.
39. MADSEN, SM. Heridas infectadas. Rev Helios 3(2): 7-9, 1995.
40. MERTZ, PM et al. A new in vivo model for evaluation of topical antiseptics on superficial wounds. Arch Dermatol 120: 58-62, 1984.
41. NOYES, HE et al. Daley topical antimicrobials as adjuncts to systemic antibiotic therapy of war wound. Bacteriology studies. Military Med 132: 461-8, 1967.
42. PARKER, L. Is protective isolation necessary? Nursing Times 96(16):10-2, Nov. 2000.
43. RAGEET, L. Management of infected wounds. Nursing Standard 6: 29-30, 1992.
44. RAMAZASTRY, SS. Chronic problem wound. Clinics in Plastic. Surgery 25(3): 367-396, July, 1998.
45. REMINGTON, JS; SCHIMPFF, S. C. Occasional notes. Please don't eat the salads. New England Journal of Medicine 304(7): 433-5, 1981.
46. ROBSON, MC et al. The efficacy of systemic antibiotics in the treatment of granulating wounds. J Surg Res 16: 299, 1974.
47. SACH, M K. Cutaneous cellulites. Arch Dermatol 127: 493-6, 1991.
48. SOUZA, M; ARANTES, DV, ABREU, A. Biossegurança. In: SOUZA, M. Assistência de enfermagem em infectologia. São Paulo, Atheneu, Cap. 3, p. 11-42, 2000.
49. STOTTS, NA. Determination of bacterial burden in wounds. Advances in Wound Care 8(4): 46-52, 1995.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

50. STOTTS, NA. Wound infection: diagnosis and management. In: BRAYANT, RA. Acute & Chronic Wounds. Nursing Management. 2. ed. Missouri, Mosby, cap. 8, p. 179-188, 2000.
51. TEEPE, RGC et al. Citotoxic effects of topical antimicrobial and antiseptic agent on human queratinocytes in vivo. J Trauma 35(1): 8-18, 1993.
52. TENORO, A et al. Accelerated healing in infected wounds. Surg Gynecol Obstet 142: 537-43, 1976.
53. THIMOTHY, BJ et al. Quantitative swab culture versus tissue biopsy: a comparison in chronic wounds. Ostomy/Wound Management 47(1): 34-7, Jan, 2001.
54. THONSON, PD. Immunology, microbiology, and the recalcitrant wound. Wound/Ostomy Management 46(1): 77S-82S, 2000.
55. VICENTINI, RMR, NETO, AMP; LANE, E. Cicatrização do sítio cirúrgico incisional. Fisiologia, fisiopatologia e fatores de risco. Rev. Femina 24(10): 915-8, 1996.
56. WOOLFREY, BF; FOX, JM; QUALL, CO. An evaluation of burn wound quantitative microbiology. American Society of Clinical Pathologist 75(4): 532-7, April, 1981.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 25

Promovendo o Conforto e a Auto-estima de Pessoas com Afecções Cutâneas — Paradigma Sociopoético

Euzeli da Silva Brandão
Iraci dos Santos

INTRODUÇÃO

Registramos a satisfação de relatar uma experiência de enfermagem em unidade de internação dermatológica. Isto se deve ao fato de dividir com os leitores um conhecimento adquirido durante uma pesquisa para dissertação de mestrado sobre a interação e cuidado de enfermagem dispensados aos clientes nessa unidade. Este processo de interagir e cuidar tem apontado para um novo paradigma que privilegia uma assistência de enfermagem personalizada, com visão das repercussões do acometimento cutâneo na vida dos mesmos. Portanto, a equipe de enfermagem deve estar atenta para outros fatores, que vão além das necessidades fisiológicas, e que são essenciais a uma assistência de enfermagem numa visão holística.

A especificidade e complexidade do cuidar no campo da enfermagem em dermatologia tem-se caracterizado por se tratar do assistir seres humanos com lesões extensas ou até mesmo disseminadas que trazem consigo, além da dor e do desconforto, uma história de estigmatização. Assim, o conhecimento aqui descrito poderá auxiliar outros cuidadores, que desejam minimizar a dor, o sofrimento, enfim, confortar os clientes hospitalizados nesta unidade operacional.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Caracterizar a clientela com afecções cutâneas destacando a importância de uma visão holística das suas necessidades e desejos como orientadora do seu atendimento hospitalar.
- Alertar para o imperativo de se analisar as implicações psicoafetivas e histórico existenciais desta clientela além do seu acometimento fisiológico para a implementação da terapêutica de saúde e enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Descrever a implementação inicial do paradigma sociopoético para diagnosticar as necessidades e desejos dos clientes em situação de internamento em dermatologia.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA GERAL

Quem são os clientes internados em dermatologia?

Poderíamos dizer que normalmente se internam nesta unidade pessoas adultas de ambos os sexos portadores de afecções cutâneas como psoríase, pênfigo (vulgar, foliáceo), penfigóide bolhoso, dermatite herpetiforme, farmacodermia, hanseníase, leishmaniose, pioderma gangrenoso, úlcera (venosa/arterial), celulite, erisipela, escabiose crostosa, entre outras. Numa visão holística do seu estado geral e do contexto sociocultural, histórico e econômico em que vivem, podemos afirmar que os clientes com afecções cutâneas são pessoas como nós que em algum momento foram fortemente surpreendidos não só pela doença, mas também pelas múltiplas conseqüências da mesma em suas vidas, modificando suas relações com o mundo, seus significados e seus valores.

Estas pessoas requerem da enfermagem um cuidar visando proporcionar conforto, além de complementar/auxiliar a terapêutica medicamentosa, da qual podemos citar:

- Observação/avaliação diária das características das lesões.
- Prevenção de infecções e implementação de intervenções como: higiene corporal, avaliação do tipo de cobertura adequada para proteção das lesões.
- Aplicação de emolientes.
- Prevenção de novas lesões.
- Auxílio durante mobilização.
- Ajuda durante a alimentação.
- Orientação ao cliente/família com relação à doença.
- Ensino do auto-cuidado.
- Promoção da auto-estima.

Além deste cuidar, requerem a intervenção de outros serviços, como social, psicologia e nutrição, considerados indispensáveis ao atendimento destas pessoas na sua totalidade.

QUAIS AS PRINCIPAIS CONSEQÜÊNCIAS SOFRIDAS PELOS PORTADORES DE AFECÇÕES CUTÂNEAS?

As conseqüências sofridas pelos indivíduos com afecções cutâneas se devem ao fato de ser um problema visível, impresso na pele, e que nega aos seus portadores o direito de ocultá-lo, tornando-o público. Este fato somado à desinformação da população, desencadeia uma série de problemas, fazendo com que estas pessoas sejam estigmatizadas, isoladas e emocionalmente abaladas, reduzindo de forma considerável as chances e perspectivas de conviverem de forma digna em nossa sociedade.

Esta problemática pode ser imaginada ao refletirmos um pouco sobre as dificuldades do cotidiano, vivenciadas pela maioria dos seres humanos, na busca de coisas simples, porém essenciais à nossa sobrevivência.

QUAIS AS BARREIRAS ENFRENTADAS POR ESTES CLIENTES?

Podemos refletir sobre as barreiras que encontramos na tentativa de alcançarmos objetivos pessoais importantes ao nosso bem-estar, sejam eles, afetivos, educacio-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nais, profissionais, socioeconômicos e outros. Além disso, estamos cientes da instabilidade econômica do país, da desigualdade social, da concorrência por melhores espaços, da falta de recursos educacionais/saúde, do desemprego, da violência, das injustiças, da valorização do belo.

Estas dificuldades se tornam imensuráveis quando se tratam de pessoas com afecções cutâneas, que na maioria das vezes têm doenças crônicas, com problemas sociais, econômicos, afetivos e emocionais, impossíveis de ser ignorados, pois fazem parte do seu contexto de vida.

QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DAS PESQUISAS REALIZADAS PARA UMA REDEFINIÇÃO DO CUIDAR DE CLIENTES COM AFECÇÃO CUTÂNEA?

Para exemplificar, registramos que, segundo pesquisas feitas pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, com relação à psoríase, 40% a 80% dos casos responsabilizam o estresse como responsável pelo desencadeamento e/ou exacerbação da doença. Resultados de uma pesquisa realizada com portadores de psoríase em 1990, pela Universidade de Michigan, mostram que 64% dos acometidos de afecções cutâneas se sentem incapazes de procurar emprego; 41% têm a vida sexual comprometida; e 37% mostram-se socialmente constrangidos.

O trabalho realizado durante atividades de grupo por Oliveira; Brandão (2000) revela que tais situações não são diferentes em nosso meio, pois na condição de estigmatizados ou excluídos, alguns clientes verbalizaram que tendem ao isolamento de modo a não se exporem aos olhares curiosos e aos questionamentos com relação à doença. Em estudos sobre estigma, Goffman (1988) descreve que o defeito da pessoa estigmatizada pode ser percebido simplesmente pelo ato de lhe dirigir a atenção (geralmente visual), pois o fato de estar presente entre os "normais" a expõe cruelmente a invasões de privacidade.

Entendendo que tais situações merecem ser discutidas, pois são essenciais na recuperação ou estabilização do bem-estar do indivíduo, não podemos nos limitar aos procedimentos técnicos rotineiros. Temos que incorporar a estes procedimentos outros elementos, que darão subsídios para conhecermos o contexto da realidade existencial do cliente, além de seus verdadeiros desejos e necessidades. Neste sentido, citamos Mayeroff (1971), referindo que para cuidar precisamos ter elementos como o conhecimento, a compreensão, a paciência, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem.

QUAL O EIXO NORTEADOR PARA O CUIDAR DE CLIENTES NESTA SITUAÇÃO?

Acreditamos que o cuidar só ocorre de forma eficiente quando há uma relação horizontal e dialógica entre cliente e profissional, na tentativa de descobrir a sua experiência de vida, seus verdadeiros desejos e necessidades.

Esta credibilidade nos conduz a buscar conhecimento nas falas dos próprios indivíduos, para descobrir:

- O que eles esperam da enfermagem durante a hospitalização?
- O que a enfermagem pode fazer para ajudá-los?
- Quais os seus verdadeiros desejos e necessidades com relação ao cuidar em enfermagem?

Ao confrontarem o desejo com a necessidade, Teixeira; Figueiredo (2001), referem que as necessidades são gerais, universais e não dão conta da singularidade, e que é pela via do desejo que o homem migra, torna-se nômade e atende às suas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

necessidades pela própria ação desejante. Os autores destacam ainda que, no campo da saúde, o desejo aflora no sentido de ser feliz, de ser respeitado, de ter direito a saúde digna, opinar sobre sua terapêutica e buscar novas formas de cuidado.

COMO DEVE SER ORGANIZADA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO DERMATOLÓGICA PARA FAVORECER O CLIENTE?

A pessoa hospitalizada normalmente vivencia perdas, relacionadas com sua identidade, sua independência, seu contato com a família, sua liberdade e privacidade. Além disso, o ambiente hospitalar possui uma série de características que incidem sobre a pessoa hospitalizada, entre eles podemos citar doenças, privação de contato, limitações geográficas, rotinas institucionais (que por vezes são inflexíveis), entre outras.

Porém, a unidade de internação, pode ser um ambiente favorável na busca de melhores formas de cuidar e ser cuidado, pois este campo pode ser um refúgio, pelo fato de o cliente se afastar dos fatores estressantes do mundo extra-hospitalar. Para que este refúgio seja de fato um ambiente agradável, tendo em vista o reconhecimento dos múltiplos aspectos que se correlacionam com o processo de adoecer em dermatologia, é necessário:

- União da equipe de saúde, na busca de melhores condições de atendimento à clientela, sejam elas ambientais, de recursos humanos e/ou materiais.
- Aproveitar o tempo de internação promovendo o conforto físico e espiritual dos clientes.
- Estimular os clientes a refletirem sobre si mesmos, sobre questões de sua vida que incidem diretamente sobre sua saúde.

QUE BENEFÍCIOS A SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO PODE TRAZER AO CLIENTE?

A internação pode proporcionar outros benefícios na medida em que oferece ao cliente:

- Oportunidade de encontrar e conviver temporariamente com pessoas que possuem problemas semelhantes.
- Troca de experiências, união, solidariedade.
- Aprendizado, não somente no sentido de lidar com as dificuldades do meio, como também de produzir novas possibilidades.
- Resgata no indivíduo, a força necessária, o estímulo para lutar contra a enfermidade.
- Estímulo contra a baixa auto-estima e seus reflexos.

QUAIS AS DIFICULDADES OBSERVADAS NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM DERMATOLOGIA?

Porém, as observações no cotidiano do trabalho indicam que esta perspectiva subjetiva, é desvalorizada nas instituições de saúde. Muitos profisionais valorizam mais os procedimentos técnicos rotineiros, alegando a falta de tempo para ouvir o cliente e dão prioridade à sua própria fala para "depositar as suas verdades", mantendo, assim, uma relação de dominação sobre o cliente. Esta situação, favorece no cliente:

- A diminuição da expressividade.
- A dependência e a passividade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Inibição para perguntar, opinar.
- Inibição para falar sobre o que é melhor para si.
- Negação de algo indesejado como, por exemplo, despir-se na frente de pessoas desconhecidas, expondo o pouco que lhe resta de privacidade.

Muitas situações revelam que devido à busca pelo conhecimento científico, pouco se valoriza as relações humanas. Estamos deixando de lado coisas simples, mas extremamente significativas e valiosas não só para criarmos uma relação de ajuda com o indivíduo, como também para crescermos enquanto profissionais e seres humanos.

O QUE PODEM FAZER OS PROFISSIONAIS ATUANTES EM UNIDADE DERMATOLÓGICA PARA TRANSFORMÁ-LA EM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO?

Para que esta unidade de hospitalização seja um espaço terapêutico e com poder de transformação da realidade, é necessário que os profissionais envolvidos:

- Promovam atividades de socialização.
- Proporcionem discussões a respeito de temas de interesse do próprio grupo tais como:
  - — Explicações sobre as afecções cutâneas.
  - — Ensino do autocuidado.
  - — Situações de estigma vivenciadas no cotidiano.
- Dar voz a estes indivíduos, emudecidos ao longo do tempo.
- Aprender com os clientes o que eles realmente querem e esperam de nós.

CASOS/SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Implementação de um Cuidar Sociopoético

As pessoas hospitalizadas em dermatologia convivem com situações características do mal-estar que sofrem e comungam e/ou dividem seu cotidiano vivendo com outras pessoas que são seus colegas ou profissionais que supostamente ali se encontram para transformar estas situações em bem-estar. Elas possuem desejos e necessidades que não são apenas ligadas ao seu corpo biológico, pois devem ser alcançadas nos níveis de suas dimensões mental, intelectual e espiritual. Estes clientes devem ser tratados como pessoas que têm direitos a ser observados e deveres a ser cobrados quanto ao seu tratamento pela equipe de saúde e de enfermagem.

Portanto, para atendê-los com a dignidade que eles merecem, uma das primeiras indagações a fazer é:

Questão

Diante das influências e repercussões em suas vidas, decorrentes do acometimento cutâneo, quais são as suas necessidades e desejos referente ao cuidar de enfermagem?

Encaminhamentos:

A — Para responder a esta indagação realizamos uma pesquisa, cuja finalidade primeira era desenvolver uma dissertação de mestrado utilizando o campo de trabalho onde se desenvolve o fazer científico da enfermagem como um laboratório de prática gerador de conhecimento científico para retroalimentar a prática profissional. Na pesquisa, que foi autorizada pelo Comitê de Ética Institucional, os co-produto-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

res do conhecimento foram os clientes de ambos os sexos internados, no período de 2001 a 2002, na enfermaria de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

B — Formação do grupo pesquisador — buscando estimular a participação efetiva das pessoas com afecções cutâneas, tornando visível a realidade muitas vezes velada, optou-se por encaminhar esta questão através da sociopoética, por se tratar de uma abordagem no conhecimento do ser humano, que transforma para conhecer (Gauthier; Santos,1996). Neste sentido, utilizou-se a pedagogia crítica do método grupo-pesquisador, cujo aporte teórico encontra-se em Freire (1987), visando à construção coletiva do saber representado pelas discussões em torno dos sentimentos, percepções e desejos dos clientes, nosso foco de atenção. Os clientes, então, foram convidados e após os esclarecimentos sobre a pesquisa aceitaram livremente fazer parte do grupo pesquisador.

C — O tema orientador da pesquisa foi: o cuidado de enfermagem necessário e/ou desejado ao/pelo cliente hospitalizado devido a afecção cutânea, o qual foi aceito por todos os participantes, que se sentiram valorizados e se dispuseram em participar em todas as fases necessárias para a produção do conhecimento.

D — A técnica de pesquisa escolhida foi a "Vivência de Lugares Sócio-Míticos". De acordo com Gauthier; Santos (1996) estes lugares funcionam como um revelador, permitindo, graças ao seu caráter estranho, revelar outros conteúdos além daqueles habitualmente construídos nas pesquisas. Para o desenvolvimento desta técnica foi feita aplicação de um formulário diferenciado, contendo o tema orientador e uma frase correspondente a cada lugar sócio-mítico escolhido. Além das frases correspondentes aos lugares sócio-míticos, foi feita projeção de imagens a eles correspondentes, na mesma ordem em que foram colocados no formulário, na intenção de facilitar ainda mais a abstração do grupo. Desse modo, ao contemplar os lugares projetados, cada participante pode descrever individualmente sobre eles, correlacionando-os com o tema orientador da pesquisa. No caso desta investigação, três participantes eram analfabetos, e por esta razão foi feita transcrição de suas respostas pelos facilitadores da pesquisa.

E — Para a produção dos dados mediante esta técnica, os componentes do grupo pesquisador participaram antecipadamente de uma dinâmica de sensibilização, conforme descrevemos:

Após sentar-se em posição confortável, ouvindo uma música instrumental, num ambiente com penumbra, para favorecer o relaxamento, o grupo foi estimulado a fechar os olhos, respirar pausadamente e pensar em seu próprio corpo. Posteriormente, ao abrir os olhos, os participantes observaram as imagens dos lugares sócio-míticos projetadas na tela. Durante a observação de cada lugar, os membros do grupo foram estimulados a refletir e completar cada frase contida no formulário, correlacionando-a ao tema orientador da pesquisa. Após observação de cada lugar sócio-mítico e reflexão, acenderam-se as luzes para que o grupo descrevesse o que imaginava a partir do cuidar de enfermagem como "lugares sócio-míticos" utilizando uma frase completa, conforme se exemplifica:

Se o cuidado de enfermagem na enfermaria de dermatologia fosse...
Uma ponte que me permite sair das dificuldades...
Uma estrada para onde fugir...
Um poço onde meu pensamento pode cair...
O mar onde me refrescar...
Uma falha entre mim e o atendimento recebido...
Um túnel onde existem ligações secretas...

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ressalte-se que o Formulário para aplicação da técnica "Vivência de Lugares Sócio-Míticos foi construído considerando cada lugar e sua respectiva estrutura como uma categoria teórica, a partir da qual o sujeito da pesquisa pode refletir, abstrair, imaginar, viajar e responder com uma frase completa sobre a associação feita por ele, do lugar, ao tema orientador. As respostas, ou seja, a produção de dados, são delimitadas em temas, diante de seus contextos estruturais e consideradas pelo pesquisador, como categorias empíricas a serem analisadas e interpretadas pelos facilitadores da pesquisa (pesquisadores institucionais, neste caso, mestranda e orientadora) e grupo pesquisador (Santos, 1997).

E — Resultados: de acordo com a tendência da produção dos dados foram escolhidos os estudos viril e infantil, característicos da abordagem sociopoética, para a realização da análise dos resultados, destacando-se as seguintes categorias analíticas emergentes das falas do grupo pesquisador:

Categoria Analítica — A Humanização como Desejo do Cliente

O cuidar em enfermagem voltado para a interação e humanização é um dos principais desejos do cliente, tendo como temas:

- Diálogo, cuidado com o emocional.
- Afeto, carinho, atenção, respeito.
- União, paciência, disponibilidade.
- Tranquilidade espiritual, confiança para se expor.
- Apoio emocional e espiritual.

Estes temas foram citados por todos os componentes do grupo pesquisador em todos os lugares. Entre eles destaca-se a presença da enfermagem como uma ponte que ajuda a sair das dificuldades, como uma estrada para onde fugir, como o mar onde se refrescar.

Categoria Analítica — O Cuidado como Ajuda nas Dificuldades do Cliente

A importância dos cuidados de enfermagem para os clientes é como uma ponte que ajuda a sair das dificuldades, como uma estrada para onde fugir, como o mar onde se refrescar. Segundo os componentes do grupo, para sua recuperação, a ajuda da enfermagem, o cuidado com as lesões, a manutenção da higiene da pele, devem estar sobrepostos à terapêutica medicamentosa. Além disso, a falta de orientação sobre a doença foi apontada como uma falha do atendimento e um fator importante no túnel onde existem ligações secretas.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem para proporcionar ao cliente o melhor atendimento possível foi apontada como uma falha entre os clientes e o atendimento recebido. Apesar disso, eles verbalizaram satisfação e segurança com relação aos cuidados de enfermagem, apontando a enfermaria de dermatologia do HUPE como uma estrada para onde fugir.

Categoria Analítica — Interação × Insegurança

O grupo demonstrou insegurança com relação à garantia de poder fugir para a estrada (enfermaria de dermatologia) lugar onde foi bem atendido, caso necessite no futuro. Esta preocupação emerge do fato de a maioria dos clientes ser portadora de doença crônica e das dificuldades enfrentadas para chegar a um serviço especializado. Observa-se em suas falas um certo "medo", e até uma preocupação em seguir as recomendações para poder ser aceito novamente.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Maior rapidez no atendimento aos clientes idosos, pois a demora para oferecer as refeições foi apontada pelo grupo como uma falha no atendimento.

Além disso, destaca-se insegurança no atendimento em alguns plantões do serviço noturno, visto que alguns clientes se sentem desassistidos, descuidados.

Destacamos o reconhecimento do grupo com relação às suas próprias falhas, tais como a falta de união e reivindicação dos seus direitos. Além disso, o túnel das relações secretas foi sugerido como o lugar para unir o grupo, discutir os seus desejos, reclamar, corrigir as falhas, cobrar os seus direitos enquanto cidadão e tentar transformar a realidade.

A importância da família foi colocada, ressaltando que a enfermagem pode ser o "elo de união" entre cliente e família, neste momento em que as relações sociais e até mesmo familiares estão comprometidas.

O contato com a natureza seria, além da enfermaria de dermatologia, um outro caminho para onde fugir.

F — Conclusões: o desenvolvimento da técnica de pesquisa "Vivência de Lugares Sócio-míticos", a qual funcionou para o grupo pesquisador formado por clientes com afecção cutânea, como um cuidado sociopoético, possibilitou:

- A livre expressão dos clientes.
- O fluir das idéias do grupo.
- O desvelar dos verdadeiros desejos dos clientes com relação ao cuidar de enfermagem.

Na busca de construir o conhecimento, destacam-se o acerto pela dinâmica de sensibilidade e aplicação do Formulário de Vivência de Lugares Sócio-míticos. Considerando todos os lugares, o grupo pesquisador demonstrou, como temas predominantes, a interação e a humanização, enfatizando que o desejo do cliente portador de afecção cutânea na unidade de internação hospitalar está voltado para uma assistência de enfermagem paciente, carinhosa, dedicada e sensível, concluindo que o sentido do cuidado de enfermagem para os clientes investigados impõe um paradigma assistencial além dos procedimentos técnicos rotineiros.

O grupo pesquisador demostrou interesse e satisfação em participar de um trabalho inédito que valorizou sua fala e, também, sentiu-se valorizado por seu depoimento se transformar num conhecimento que acreditamos ser transformador da realidade das situações de hospitalização. Este conhecimento diz respeito ao seu desejo e necessidade de que o cuidado de enfermagem seja uma união da competência técnica com uma relação humanizada e sensível, ou seja, o atendimento não só das suas necessidades biológicas e da terapêutica medicamentosa. Para o grupo, o atendimento de enfermagem tem o sentido da compreensão da condição humana em suas dimensões física, mental e espiritual, independentemente da pessoa ser portadora de qualquer enfermidade.

O método utilizado propiciou maior facilidade de expressão e acolhimento do grupo, o qual se sentiu livre para verbalizar seus sentimentos, promovendo a expressão de sua auto-imagem e do autoconceito de cuidar de si, considerados aspectos da auto-estima; além de os clientes terem exercitado a sua cidadania.

Confortando um Cliente Rebelde ou Deprimido?

A equipe médica queixa-se à enfermagem com relação ao jovem Luiz Henrique, de 21 anos, internado no período noturno, portador de psoríase, apresentando-se com lesões eritematoescamosas disseminadas, com odor desagradável, proveniente das lesões, gerando um certo desconforto no médico responsável durante o exame. Além disso, este cliente informou ao médico que não quer sair da enfermaria para realizar

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a radiografia solicitada. Ao se aproximar de Luiz Henrique, a enfermeira Euzeli, percebe que ele se encontra totalmente coberto com o lençol, e ao abordá-lo nota que o mesmo se encontra choroso.

QUESTÃO

Considerando o respeito às necessidades e aos desejos expostos pelos clientes, quais seriam as intervenções de enfermagem em ordem lógica de importância, esperadas por Luiz Henrique, e quais seriam as intervenções consideradas inadequadas com relação ao cuidar em enfermagem. Enumerar as esperadas em ordem lógica de prioridade, identificando as não esperadas com N de não.

A) Perguntar se o cliente deseja realizar sua higiene corporal naquele momento, ou se prefere realizá-la mais tarde, orientando a importância da limpeza da pele para evitar infecções. ( )
B) Aproximar-se do mesmo, segurando sua mão e mostrando-se disponível para ouvir o motivo de seu choro, na tentativa de juntos buscarem soluções. ( )
C) Pedir autorização ao cliente para examinar a sua pele e avaliar suas lesões, pois, a partir do exame, podem-se realizar cuidados que promovam maior conforto. ( )
D) Interagir com o mesmo, no sentido de conhecer um pouco de sua história, suas dúvidas, seus problemas e dificuldades diante do acometimento cutâneo. ( )
E) Encaminhar o cliente imediatamente ao banho, visto que a dificuldade do médico em realizar o exame pode atrasar a terapêutica medicamentosa. ( )
F) Orientar cliente e família com relação a sua doença e autocuidado. ( )
G) Solicitar ao auxiliar de enfermagem que encaminhe o cliente à radiografia logo após o banho e antes de qualquer outra intervenção, visando agilizar o seu tratamento. ( )
H) Promover atividades de grupo entre profissionais e clientes, estimulando a participação de todos, inclusive a de Luiz Henrique. ( )
I) Perguntar ao cliente os motivos pelos quais ele não deseja sair da enfermaria para realização de exames, na tentativa de encontrar soluções. ( )
J) Prescrever supervisão da higiene corporal diariamente, já que o cliente não gosta de tomar banho. ( )

PROMOVENDO A AUTO-ESTIMA EM CLIENTES ESTIGMATIZADOS

Durante atividade de grupo os sujeitos verbalizaram com indignação as situações de estigma vivenciadas por eles nos meios de transporte, no ambiente de trabalho e até mesmo no ambiente familiar.

QUESTÃO

Diante dessas colocações e das considerações mencionadas no texto, assinale com um X, como a equipe de enfermagem pode encaminhar esta questão para tentar amenizar o sentimento de tristeza e indignação trazido pelos mesmos?

A) Concordar com a indignação dizendo-lhe que estas situações são realmente muito revoltantes.
B) Alertar que as situações de estigma geralmente acontecem pelo desconhecimento da população sobre doenças cutâneas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C) Ressaltar a responsabilidade de todos (profissional e cliente) na divulgação do conhecimento sobre estas afecções a fim de esclarecer a população.
D) Dispor-se a orientar familiares, colegas de trabalho e amigos com relação a estas doenças e aos danos causados pela estigmatização das pessoas.

IDENTIFICANDO EVIDÊNCIAS DE DESCUIDADO

A auxiliar de enfermagem Regina encaminha a Sra. Maria de Lourdes, portadora de pênfigo, ao setor de ECG, e percebe os olhares de repugnância e medo da funcionária do setor com relação à cliente, causando constrangimento.

QUESTÃO

Qual seria a melhor atitude da equipe de enfermagem de dermatologia frente a esta situação?

A) Não dar importância ao fato.
B) Chamar a atenção da funcionária do ECG perante a Sra. Maria de Lourdes sobre a situação observada, tentando corrigi-la.
C) Realizar orientação à funcionária do ECG, alertando-a que se trata de um ser humano, e que deve ser tratado como tal.
D) Realizar cursos para os funcionários do hospital, a fim de orientá-los sobre as doenças, necessidades e desejos do cliente.

GABARITO COMENTADO

SITUAÇÃO 3.2

1B; 2C; 3A; 4D; 5I; 6F; 7H; E-não; G-não; J-não

Refletindo sobre a situação do jovem Luiz Henrique, imaginamos os problemas que surgiram em sua vida a partir do acometimento cutâneo, interferindo na sua trajetória educacional, no seu trabalho, relacionamentos afetivos e sociais. Diante desta problemática não podemos dar valor aos procedimentos técnicos sem a singularidade do cliente, interagindo com ele, mostrando-nos disponíveis, na tentativa de conhecer seus medos, anseios e dúvidas e expectativas de ajuda por parte da enfermagem. A relação humana e sensível associada às atividades técnicas indispensáveis na recuperação da saúde dos clientes os fortalecem na busca de superação de suas dificuldades. É preciso resgatar nas pessoas o pensamento de que a enfermagem deve atender ao cliente como um todo e não apenas as necessidades dos profissionais e das regras institucionais.

SITUAÇÃO 3.3

A — Incorreta. — Estimulando a revolta, aumentamos a angústia das pessoas, diminuindo ainda mais as suas chances de fortalecimento e socialização.

B; C; D — Corretas. — O desconhecimento da população causa situações estigmatizantes no cotidiano do indivíduo. É nossa responsabilidade reduzir esta situação através da informação adequada sobre as doenças, encontrando, assim, pares no sentido de minimizar o sofrimento da pessoa que se sente estigmatizada. Esta é uma contribuição para o seu bem-viver no ambiente extra-hospitalar.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Situação 3.4

A; B — Incorretas. — Advertir a funcionária diante do cliente aumentará mais o constrangimento deste.

C; D — Os profissionais de saúde têm um importante papel na luta contra o preconceito ao indivíduo com afecção cutânea devendo, além disso, o ambiente hospitalar ser terapêutico. Ao presenciar situações de estigma provocadas por profissionais devemos orientá-los lembrando-lhes que têm direitos e devem ser respeitados como cidadãos. Além disso, é necessário promover cursos, palestras e discussões a fim de desmistificar o medo provocado pelas doenças cutâneas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GAUTHIER, J; SANTOS, I. A sociopoética: fundamentos teóricos, Técnicas diferenciadas de pesquisa, Vivência. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 1996.
2. GOFFMAN, E. Estigma. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
3. HIRATA, M. O cuidar como apoio à auto-estima de adolescente em situação de rua. Livro de Resumos do 49º CBEN. Belo Horizonte, 1997.
4. OLIVEIRA, EB; BRANDÃO, ES. Contribuições do grupo de apoio no tratamento de clientes com problemas dermatológicos. Cadernos IPUB: Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, VI(19): 211-223, 2000.
5. SANTOS, I. A Instituição da Cientificidade — Análise Institucional e Sociopoética das relações entre orientadores e orientandos de pesquisa em enfermagem Tese (Doutorado em Enfermagem). Orientador Jacques Gauthier — Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
6. TEIXEIRA, ER; FIGUEIREDO, NMA. O Desejo e a Necessidade no Cuidado com o Corpo: Uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói: EdUFF, 2001.
7. WALDOW, VR. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 26

Abordagem de Enfermagem Centrada no Cliente Idoso Internado

Célia Pereira Caldas

INTRODUÇÃO

A geriatria é uma especialidade que estuda a prevenção, o tratamento das doenças que acometem as pessoas idosas, bem como a sua recuperação funcional e reinserção na comunidade. Llera e Martín (1994) acrescentam que são considerados instrumentos específicos da geriatria a avaliação geriátrica multidimensional, a abordagem interdisciplinar e a consideração dos problemas do idoso de acordo com níveis de assistência em função das múltiplas patologias que geralmente apresentam.

Apesar de a definição formal de geriatria ser "o ramo da medicina que trata dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença nos idosos" (Llera e Martín, 1994) alerta que o sentido estrito do termo "geriatria" importa nos cuidados a serem prestados aos idosos. Estes cuidados são prestados por profissionais de diversas áreas, não apenas da medicina.

Sendo a gerontologia a ciência que estuda o processo de envelhecimento dentro de critérios biológicos de normalidade, ela inclui o estudo da prevenção do envelhecimento patológico. Neste sentido, a gerontologia e a geriatria trabalham em conjunto. Moragas (1997) e Berger (1995) apontam que a gerontologia engloba quatro aspectos do envelhecimento: o físico, o psicológico, o comportamental e o contexto social do envelhecimento. É uma ciência que estuda a vida das pessoas que envelhecem interessando-se tanto pelas saudáveis como pelas doentes. Devido aos seus diferentes aspectos, esta ciência toca todos os elementos da cultura e da vida do ser humano em sociedade. Está ligada a várias disciplinas, tais como a filosofia, as ciências políticas, a psicologia, a sociologia e a história.

O desenvolvimento desta área do conhecimento gerou o aparecimento de diferentes áreas de estudo, entre elas a gerontologia experimental, a gerontologia celular,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a gerontologia clínica, a gerontologia social, a gerocultura, a epidemiologia do envelhecimento e a antropologia do envelhecimento. Embora estudem aspectos diversos, estas diferentes áreas precisam trabalhar em conjunto, pois neste campo é imprescindível o enfoque interdisciplinar para tratar questões que afetam as células, os organismos e as populações idosas.

Segundo Berger (1995), as primeiras normas de cuidados geriátricos em enfermagem foram definidas em 1970 pela Associação Nacional de Enfermeiras Americanas. A partir dessa data, a expressão cuidados geriátricos foi substituída por cuidados gerontológicos. A enfermagem em gerontologia tornou-se uma especialidade. A competência, neste domínio, só se adquire através da formação e da experiência, da procura pessoal e de um desejo de criar, de se realizar e de aceitar desafios. A autora acrescenta que a enfermagem está ainda no início do seu saber-fazer em gerontologia. A reflexão e a vivência permitirá desenvolver o saber-ser da enfermagem neste campo.

Embora o método e as técnicas de enfermagem não sejam diferentes para a enfermagem gerontogeriátrica, existe uma especificidade demonstrada através do conhecimento das teorias do envelhecimento, do processo de envelhecimento normal e patológico e de todo o conjunto de conhecimentos necessários à prática da gerontologia. Esta especificidade se traduz nos cuidados mais diretos junto ao idoso e depende de uma acurada sensibilidade, fruto de conhecimentos específicos e treinamento de habilidades do enfermeiro na área.

Gonçalves *et al.* (1997) citam que, ao avaliar uma pessoa idosa, o enfermeiro deve ter em mente três aspectos: a perda que ocorre com a idade, o quadro patológico que se pode instalar e a existência de um componente genético-fisiológico inicial que dá uma característica própria a cada idoso.

As autoras destacam que é fundamental para a prática da enfermagem gerontogeriátrica que o conceito de "qualidade de vida" assuma muito maior destaque que o conceito de "cura da doença". O prioritário é promover a saúde do idoso e não se preocupar com o quadro patológico apenas. O cuidar inclui então, a redução de fatores de risco previsíveis. O objetivo mais importante é buscar o melhor funcionamento possível da pessoa. E este ponto "ótimo" é absolutamente individual — cada um tem o seu.

Um ponto crítico para a enfermagem é superar o próprio condicionamento que o profissional tem de prolongar a vida das pessoas quando se faz necessário enfrentar a morte. A preocupação nesse caso, é promover a morte com dignidade, encarando a morte como parte do ciclo vital.

Outro aspecto de destaque na prática da enfermagem geriátrica e gerontológica é o cuidado de enfermagem em parceria com a família. É fundamental para a atenção ao idoso, que seus familiares participem de todo o processo assistencial, desde o momento da identificação das necessidades, passando pela execução dos cuidados para que a continuidade da assistência seja garantida após a alta. Para isso, os familiares devem ser considerados clientes da enfermagem, e como tal precisam ser ouvidos, suas necessidades e desejos detectados e a partir deste diagnóstico receber cuidados.

Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com o seu ente querido, reduzindo os desencontros entre as necessidades de ambos. Com isso é possível que aprenda a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas próprias possibilidades de continuar a ter uma vida própria.

Caldas (2002) demonstra através de um estudo com familiares de idosos portadores de demência, que a família precisa receber atenção específica dos profissionais de saúde. E lidar com esta clientela exige do enfermeiro, um conhecimento que inclui aspectos teóricos e metodológicos de como abordá-la levando em conta sua estrutura e dinâmica próprias.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A população idosa, em qualquer parte do mundo, é responsabilizada pelo aumento dos gastos com internações à medida que a faixa etária aumenta. É também a parcela da população que permanece mais tempo internada. Portanto, ao constatar-se o aumento da população idosa em todo o mundo surge também o problema do aumento dos gastos com o tratamento das doenças mais comuns entre os idosos, que são as doenças crônicas e degenerativas.

No entanto, grandes gastos não garantem uma efetividade das ações. Ou seja, um trabalho voltado para uma melhora real da qualidade de vida dos idosos requer muito mais do que investimentos em tecnologia hospitalar. O controle dos gastos com o tratamento dos idosos passa em primeiro lugar pelo investimento nas formas de promoção da saúde, que se traduzem por qualidade de vida e não por tratamento de doenças. É necessário antes de mais nada se trabalhar a mudança nos princípios que regem a atenção à saúde dos idosos.

Sabe-se que o idoso apresenta peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e que sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA

Visando a abordagem de enfermagem específica para o cliente idoso hospitalizado, neste capítulo descreve-se como planejar a assistência com a participação do idoso e sua família, sempre buscando esclarecer-lhes sobre o processo de envelhecimento e suas limitações, orientando-os quanto ao aprimoramento dos cuidados individuais considerando a redução, na medida do possível, do grau de dependência do idoso. Para tanto, busca-se refletir como:

- Identificar problemas de saúde, pertinentes à área de enfermagem, e tendo em vista a abordagem multidisciplinar, necessária em geriatria.
- Esclarecer e orientar a equipe de saúde, a família e o idoso quanto aos cuidados de enfermagem, gerais e específicos, tendo em vista os problemas identificados.
- Elucidar aspectos do binômio saúde-doença que implicam em uma melhor qualidade de vida, incentivando o papel do cliente e da família no processo assistencial.
- Buscar através da aplicação de instrumentos de avaliação estruturados, condições especiais que se constituem em risco de perda funcional para o idoso.

Alerta-se, ainda, que especial atenção deve ser dada ao processo de preparação da alta do cliente idoso quanto às orientações de enfermagem, as quais são aplicáveis tanto aos clientes quanto à sua família, além das orientações específicas relativas ao problema que originou a internação. Elas constarão de instruções quanto a:

- Higiene do corpo e mental; alimentação; vestuário e ambiental.
- Prevenção do câncer (ginecológico e de mama, próstata, pele e outros).
- Necessidade de execução correta e rotineira das prescrições.
- Necessidade de exercícios físicos.
- Prevenção de acidentes em casa e na rua.
- Adesão aos esquemas de imunoprofilaxia.
- Importância de uma abordagem preventiva com relação às doenças infecciosas e degenerativas cardiovasculares.
- Fará parte ainda, da abordagem de enfermagem durante a internação e nas orientações para alta, o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o diag-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nóstico, acompanhamento, exames complementares e tratamento a ser seguido após a alta; orientações quanto às prescrições de enfermagem, aprazamento da próxima consulta e o encaminhamento a outros profissionais.

COMO ABORDAR O CLIENTE IDOSO?

Ao aproximar-se da pessoa idosa o enfermeiro necessita estar preparado para situações complexas. Berger (1995) afirma que a gerontologia apresenta múltiplas facetas. Os problemas são numerosos e exigem polivalência no que se refere às intervenções. Os cuidados em gerontologia são simultaneamente preventivos, curativos, paliativos e estão ligados à cronicidade e à saúde mental.

Os clientes idosos raramente têm problemas de saúde específicos, isolados e pontuais. Mais do que para qualquer outro profissional, pela própria característica dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros se envolvem nas questões íntimas do idoso. É assim que vai percebendo que seus clientes não estão apenas fisicamente doentes, mas geralmente apresentam dificuldades pessoais, familiares ou sociais cujos problemas envolvem muitos outros aspectos.

A enfermagem é uma área do conhecimento que embasa uma profissão que se dedica a cuidar das pessoas. Nos diferentes cenários desta prática: hospitais; ambulatórios; escolas; creches; unidades de saúde pública; domicílios, indústrias; comunidades, dentre tantos outros, o cuidado não se restringe às pessoas doentes.

Cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. Além de ser fundamento é também finalidade, objetivo e prática. Enfim, mesmo que se considere que cada um de nós tem a possibilidade de cuidar de outra pessoa, é o enfermeiro o profissional que tem no cuidado a especificidade de sua ação profissional.

Este cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado que envolve também o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização, a cidadania da própria pessoa que cuida.

Neste sentido, o enfermeiro, enquanto exerce sua atividade do cuidado, tem a possibilidade de transformar-se através desta prática. Ou seja, ao se abrir para a possibilidade de um cuidado que se preocupa mais do que se ocupa da outra pessoa, o enfermeiro vai vivenciando também o ser cuidado pelo outro, o ser-com o outro.

O cuidado existencial é um importante componente do cuidado e ocorre quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do outro, vivencia a união com este e expressa-a de tal forma que a singularidade de cada um emerge, surgindo a dimensão da intersubjetividade, de onde é possível respeitar-se a liberdade de ser de cada um. Portanto, o cuidado existencial entre duas pessoas transcende o tempo, o espaço e o cotidiano.

Ecléa Bosi (1987) cita um termo que traduz muito bem o sentido da ligação que todos têm com a pessoa idosa: "comunidade de destino". O enfermeiro presta um cuidado integral quando é capaz de vivenciar a comunhão de destino que todos temos com os idosos. É ter a consciência de que fomos e somos a pessoa idosa que seremos. Ser idoso é parte do ser pessoa.

Uma abordagem funcionalista, que busca a eficiência e eficácia assumindo atitudes prescritivas trata de um cotidiano impessoal. Os protocolos são importantes para que a prática esteja bem fundamentada cientificamente. No entanto, esta abordagem pode ser complementada e aprimorada por outras abordagens que busquem a compreensão, além da explicação.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A assistência de enfermagem é prestada às pessoas. Buscar a compreensão é ajustar a assistência à singularidade de cada pessoa e não às etapas prescritas nos protocolos assistenciais. Acredito que a assistência à saúde das pessoas deve ser desenvolvida ao ser do humano, neste caso, ao idoso que está internado e aos seus familiares que deverão dar continuidade à assistência de enfermagem após a alta.

QUAIS OS FATORES DE RISCO EM ENVELHECIMENTO? COMO VISUALIZAR O IDOSO FRÁGIL?

O conceito de fragilidade é um importante parâmetro na área do envelhecimento, pois estabelece critérios para determinar quando e em que situações um idoso necessita de apoio. Considera-se um idoso "frágil", aquele que possui algumas das seguintes características: idade elevada (mais de 80 anos); solidão; presença de múltiplas doenças ou situações de saúde que se manifestam de forma atípica ou obscura; vulnerabilidade a efeitos adversos de tratamentos; vulnerabilidade a doenças; problemas funcionais, cognitivos ou afetivos; dificuldade para locomover-se; incapacidade adquirida recentemente; quedas freqüentes; incontinência e risco de institucionalização prematura ou inadequada.

França (2000) afirma que existem alguns fatores que predispõem a pessoa, ao longo da vida, a uma situação de fragilidade. A maior parte destes fatores podem ser identificados e prevenidos desde que esta prevenção se dê precocemente, desde a juventude. É por isso que não se pode pensar a velhice desvinculada do ciclo vital completo. A fragilidade do idoso começa a ser determinada na infância e as raízes desta fragilidade se encontram nas condições materiais e econômicas de sua existência. Dentre estes fatores de risco, a autora aponta os seguintes:

1 **— A condição econômica** porque está sempre associada à perda do poder aquisitivo que ocorre entre os idosos de mais de 65 anos e já aposentados com salário insuficiente para manutenção do seu bem-estar.

2 — A saúde é um outro fator de risco a ser considerado, principalmente porque muitos idosos vêem o envelhecimento relacionado com o aparecimento de doenças, quando, na verdade, a saúde do idoso é o resultado de inúmeras situações condicionantes sociais, econômicas, biológicas, emocionais e políticas que vão construindo a história de vida da pessoa.

3 — Relativos à identidade social — A consciência de que estamos envelhecendo ao longo de todo o ciclo vital pode trazer a oportunidade de reflexão, da busca do que realmente somos, do que gostamos e de como queremos envelhecer.

4 — Relativos ao país, ao meio urbano e à estrutura de serviços — Os idosos que vivem em grandes cidades, enfrentam diariamente engarrafamentos, locais com dificuldades de meios de transporte, longas filas em bancos, burocracia, desorganização nos supermercados, violência nas ruas, serviços de educação e saúde precários, telefonia ineficaz, entre outras dificuldades.

5 — Relativos à auto-imagem e auto-estima — A desvalorização social da pessoa idosa, além da perda do poder aquisitivo que ocorre com a aposentadoria favorece a perda da autonomia e, consequentemente, o sentimento de dignidade.

O conceito de fragilidade é um importante marco a ser colocado quando lidamos com idosos, por ser o idoso frágil aquele que mais utiliza cuidados de saúde, serviços de suporte comunitário, cuidados prolongados e tem maior risco para conseqüências adversas dos tratamentos de saúde.

O idoso frágil apresenta maior risco de dependência, institucionalização, queda, doenças agudas, hospitalização, recuperação lenta e mortalidade. Sua identifica-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ção precoce é importante a fim de se evitar a ocorrência de eventos adversos. As principais características da fragilidade são idade avançada, falta de autonomia, presença de múltiplas doenças crônicas e/ou síndromes geriátricas[1] .

A falta de uma avaliação geriátrica correta está diretamente ligada ao retorno à internação e ao maior uso de serviços de saúde observados. Quando o idoso que é internado não é avaliado adequadamente não são identificadas as chamadas síndromes geriátricas, responsáveis pela cronificação de situações mórbidas e pela perda progressiva da autonomia do idoso.

É fundamental que se utilizem nos hospitais as técnicas de avaliação e identificação de riscos de fragilidade entre idosos. Estas técnicas têm sido desenvolvidas no campo da geriatria, no entanto, nem sempre têm sido disseminadas na rede hospitalar. Técnicas específicas para avaliação de idosos no hospital visam o correto diagnóstico e a instituição de abordagens terapêuticas apropriadas, voltadas para a reabilitação precoce e retorno à comunidade com sua capacidade funcional preservada sempre que possível. Estas mudanças passam necessariamente por uma discussão maior dos processos de saúde e doença desta população durante a graduação dos profissionais da área de saúde, assim como uma melhor preparação dos recursos humanos para lidar com o paciente idoso.

Motta (2001) afirma que existe a necessidade de se modificar a assistência voltada para os idosos internados. É importante que os idosos que apresentem fatores de risco para uma evolução desfavorável sejam identificados, incluindo-se a identificação das síndromes geriátricas presentes na internação.

Segundo Llera & Martín (1994), a hospitalização faz parte da assistência geriátrica, a qual se define como o conjunto de níveis de assistências, hospitalares e extrahospitalares, sanitários e sociais que devem dar uma resposta escalonada nas diferentes situações de enfermidade ou necessidade que permeiam o cuidado integral à saúde do idoso.

Dependência e Envelhecimento

O termo "dependência" liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a "fragilidade". A fragilidade é definida por Hazzard *et al.* (1994), como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Esta condição é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naqueles mais jovens, que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

É importante destacar que, embora grande parte destas pessoas possam não apresentar uma doença orgânica ou alteração de parâmetros fisiológicos em repouso, indivíduos muito idosos podem apresentar deterioração sob circunstâncias causadoras de estresse orgânico. Portanto, muitos idosos que vivem com independência na comunidade podem subitamente tornar-se dependentes ao precisarem internar-se com uma pneumonia, por exemplo.

---

[1] As síndromes geriátricas exigem uma cuidadosa avaliação. É necessário identificá-las e delimitá-las para que os esforços sejam dirigidos de forma integral, pois são situações geralmente resultantes de causas múltiplas. São consideradas síndromes geriátricas, de acordo com Llera & Martín (1994): instabilidade e quedas, imobilidade, desidratação e desnutrição, deterioração cognitiva, depressão e ansiedade, deficit sensorial, incontinência, úlceras de pressão, doença terminal e iatrogenia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ao se definir o objeto "envelhecimento com dependência", destaca-se a questão da prevalência de patologias crônicas neste grupo etário. Llera & Martín (1994) afirmam que esta cronicidade observada na maioria dos idosos necessita de uma abordagem abrangente para ser bem avaliada, já que as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não. Portanto, faz-se necessário classificar a incapacidade em graus de dependência: leve, parcial ou total. É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que vão ser necessários.

Para se avaliar o grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional. Este método, bastante conhecido e aplicado na prática geriátrica, tem-se mostrado um indicador sensível e relevante para avaliar necessidades e determinar a utilização de recursos.

A "função" é definida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos, ou seja, aquelas atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social. É portanto, um fenômeno complexo, influenciado por múltiplos fatores.

A função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que por sua vez dividem-se em:

Atividades básicas da vida diária — tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se etc.

Atividades instrumentais da vida diária — indicam a capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro etc.

Atividades avançadas da vida diária — são marcadoras de atos mais complexos, e, em grande parte, ligadas à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercício etc.

É importante acrescentar, segundo Pitaud (1999), que a realização das atividades listadas acima, além da capacidade de participar da vida econômica e social e decidir o que se quer fazer com seus recursos sem ajuda de terceiros caracteriza uma pessoa independente.

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência. O que cria a dependência é o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida se houver um ambiente e assistência adequados.

Cuidados Específicos com o Paciente Portador de Distúrbios Cognitivos

Embora a grande maioria das pessoas envelheça sem grande comprometimento cognitivo, é importante considerar que no âmbito da assistência à saúde do idoso uma especial atenção deve ser dada às pessoas que vivenciam um processo demencial. Se o cuidado destes idosos é um desafio para a família quando estão na comunidade, quando estão internados este desafio passa a ser da equipe de enfermagem. Portanto, esta equipe deve estar bem preparada para lidar com os clientes portadores de distúrbios cognitivos, principalmente porque ao saírem de seu ambiente e internarem a sua desorientação se acentua e podem tornar-se agitados.

Eliopoulos (1987) destaca que uma das mais importantes considerações é a segurança do cliente. Suas perdas da capacidade de julgamento e percepções equivocadas podem gerar sérios problemas comportamentais e situações desagradáveis. Um ambiente seguro e estruturado é essencial. As pessoas que lidam com o cliente e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os componentes ambientais devem ser sempre os mesmos. Aspectos como ruídos, agitação ambiental e níveis de iluminação podem excitar e posteriormente provocar distúrbios de comportamento, portanto precisam ser controlados.

Há uma variedade de terapias e atividades que podem ser oferecidas, dependendo do nível funcional do cliente. Terapia ocupacional e terapias de expressão podem beneficiar clientes nos estágios iniciais de demência. Até os clientes mais regredidos podem ser estimulados através da música e contato físico. O toque físico, uma carícia na face são estímulos prazerosos e que fazem parte da melhor estratégia de lidar com o cliente demenciado. Estes estímulos lhe fornecem maior suporte para enfrentar as situações cotidianas porque, à medida que a doença progride, as atividades da vida cotidiana tornam-se cada vez mais incompreensíveis, devido à perda de sua capacidade cognitiva. Porém as sensações de segurança, conforto, prazer, continuam a ser percebidas, e muitas vezes a comunicação só será possível através das sensações, pois o raciocínio estará seriamente prejudicado.

As necessidades básicas destes clientes podem facilmente passar despercebidas: eles não reclamam quando estão com fome, logo ninguém perceberá que eles pouco se alimentaram o dia inteiro; eles não se lembram de beber água e então, desidratam; eles rejeitam o banho, e podem terminar ficando durante dias sem lavar-se e sem perceber a necessidade de mudança de decúbito, até que surja uma escara. Os que deambulam, muitas vezes não conseguem chegar ao sanitário em tempo, então "escorregam na poça de urina", caem e terminam fraturando o colo do fêmur.

À medida que o cliente regride, há um grande risco de se desconsiderar a sua dignidade, individualidade e liberdade. Os familiares passam a encarar o cliente com demência como um estranho vivendo num corpo que anteriormente abrigou a pessoa que eles conheciam; os profissionais tendem a vê-lo como um cliente dependente, necessitado de cuidados integrais, sem levar em conta sua história pessoal de vida. Há, portanto, o risco de o cliente com demência ser tratado de uma forma impessoal e até desumanizada, apesar de todo o cuidado físico.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Refletir sobre a especificidade da enfermagem gerontogeriátrica e sua inserção no campo da geriatria e gerontologia.
- Reconhecer os aspectos a serem destacados na prática da enfermagem gerontogeriátrica.
- Compreender os objetivos da assistência de enfermagem ao idoso.
- Reconhecer a importância de a família ser vista como cliente da enfermagem, ao pensar na assistência ao idoso internado, pela necessidade de assegurar a continuidade da assistência de enfermagem após a alta.
- Compreender a importância de uma avaliação multidimensional do idoso, incluindo a avaliação da capacidade funcional, aspectos sociais, emocionais e cognitivos em vez de se enfatizar a doença.
- Discutir os fatores de risco no processo de envelhecimento.
- Compreender o conceito de "idoso frágil", identificá-lo e aplicar este conceito no planejamento da assistência.
- Discutir os critérios que caracterizam a dependência no processo do envelhecimento.
- Reconhecer a importância da abordagem específica ao idoso com comprometimento cognitivo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CASOS/SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

O Desamparo e a Solidão na Terceira Idade

Roberto Dias tinha 82 anos. Trabalhou a vida toda numa fábrica de sapatos e aposentou-se com um salário mínimo. Sua esposa faleceu há 10 anos e não tiveram filhos. Seu Roberto vivia só, numa casinha que adquiriu com muita dificuldade, na parte alta de um morro no Rio de Janeiro. Desenvolveu uma artrose de joelho que não o impedia de locomover-se em casa, mas já não conseguia descer o morro para fazer compras ou comparecer a um serviço de saúde. Sua alimentação restringia-se ao que podia encontrar na vendinha perto de sua casa.

Sua solidão e isolamento favoreceram o desenvolvimento de uma depressão, que terminou por levá-lo à desnutrição, pois não tinha ânimo sequer para providenciar sua própria alimentação. Os vizinhos eram amistosos, mas cada um tinha seus próprios problemas, todos trabalhavam até tarde e saíam muito cedo. Os que ficavam em casa tinham as crianças para cuidar.

Um dos vizinhos reparou que havia uma semana que seu Roberto não aparecida na porta para cumprimentá-lo quando saía para o trabalho. Resolveu visitá-lo e o encontrou em sua cama quase inconsciente devido à desidratação e hipoglicemia. Com a ajuda dos vizinhos, foi encaminhado à emergência de um hospital, onde foi internado.

Questão 3.1.1

Considerando que a internação de seu Roberto poderia ter sido evitada se sua situação de fragilidade fosse detectada e alguma intervenção tivesse acontecido, assinale que fatores conduzem a uma situação de fragilidade na velhice.

A — Condição econômica.
B — Saúde.
C — Relativos à identidade social.
D — Relativos ao país, ao meio urbano e à estrutura de serviços.
E — Relativos à auto-imagem e auto-estima.
F — Idade cronológica.

Questão 3.1.2

Ao ser admitido numa enfermaria, que tipo de avaliação deveria ser feita para se detectar o grau de dependência, considerando-se que é um idoso e necessita de uma abordagem específica, voltada para suas necessidades de autocuidado?

A — Avaliação social.
B — Avaliação médica.
C — Avaliação funcional.
D — Avaliação econômica.

CASO/SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Orientando o Autocuidado

Alda Valério tem 68 anos. Internou-se num hospital universitário há 20 dias. É diabética, hipertensa mas não fazia acompanhamento regular em serviço de saúde. Sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e após estabilização de seu quadro encontra-se de alta, apresentando como seqüela uma hemiparesia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 3.2.1

Qual a atitude a ser tomada pela enfermeira responsável pelo planejamento da assistência de Dona Alda, tendo em vista a necessidade de continuidade dos cuidados após a alta?

A — Fornecer, à pessoa que vier buscar a cliente, orientações sobre os cuidados necessários, por escrito.

B — Desde a admissão da cliente, estabelecer um acompanhamento da família, treinando-as nos cuidados e orientando-as para estruturar a assistência necessária à paciente quando retornar à sua casa.

C — Aproveitar os horários de visita e fazer palestras aos familiares sobre cuidados necessários ao cliente que sofreu um AVC.

D — Indicar instituições que forneçam apoio e trabalhem a recuperação de clientes com seqüelas de AVC.

QUESTÃO 3.2.2

Com relação à assistência de enfermagem, quais os objetivos a serem atingidos na sua internação? Assinale a opção que melhor traduz os objetivos da assistência de enfermagem.

A — Oferecer apoio emocional.

B — Planejar a assistência e orientar a equipe de enfermagem sobre os cuidados específicos com o idoso.

C — Planejar a assistência com a participação do idoso e sua família, sempre buscando esclarecer o idoso sobre o processo de envelhecimento e suas limitações, orientando-o quanto ao aprimoramento dos cuidados individuais, visando reduzir à medida do possível o seu grau de dependência.

D — Encaminhar o caso para o serviço social.

CASO/SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 3.3

Regina Souza internou-se há três dias com um quadro de pneumonia. Na admissão, seus familiares informaram que a cliente, que tem 93 anos, perdeu a memória, não reconhece as pessoas, mas é muito calma, quase não dá trabalho em casa. É cuidada por uma filha que consegue perceber todos os seus desejos e atendê-los, apesar de a cliente não conseguir dizer o que quer.

Nos dois primeiros dias a cliente, muito abatida com o seu quadro patológico, permaneceu deitada todo o tempo, sendo hidratada e recebendo antibioticoterapia via parenteral. No terceiro dia de internação acordou muito agitada. Não queria ficar no leito, caminhava pela enfermaria todo o tempo, arrancou a fralda descartável, e ficou repetindo que precisava ir logo para casa porque sua mãe ia brigar com ela se chegasse tarde.

QUESTÃO 3.3.1

Qual a atitude a ser tomada pela equipe de enfermagem?

A — Conter a cliente ao leito.

B — Transferi-la para a enfermaria de psiquiatria.

C — Solicitar ao médico a prescrição de medicação sedativa.

D — Chamar a filha que cuida da cliente e, junto com esta, buscar compreender os códigos não-verbais de comunicação com a cliente, afim de se detectar as suas reais necessidades, oferecendo segurança.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GABARITO FUNDAMENTADO DO CASO 3.1

QUESTÃO 3.1.1

Opção A — Correta.

A condição econômica — embora o bem-estar na velhice seja afetado por diversos fatores, o empobrecimento é a idéia mais comumente associada nesta fase de vida. Sendo assim, é imperativo analisar a situação social, política e econômica do país e a sua respectiva influência em como as pessoas vêem e planejam seu futuro.

Opção B — Correta.

A saúde — é um outro fator de risco a ser considerado, principalmente porque muitos idosos vêem o envelhecimento relacionado com o aparecimento de doenças. Deverá ser estimulada a avaliação da condição de saúde através de exames e de visitas periódicas a um serviço de saúde, bem como informações sobre alimentação balanceada, exercícios, atividades físicas e outros cuidados a serem inseridos no planejamento de saúde ao longo de toda a vida.

Opção C — Correta.

Relativos à identidade social — numa sociedade que supervaloriza a produtividade através do trabalho, a associação da aposentadoria com o envelhecimento acaba trazendo à tona uma série de preconceitos, tanto voltados para o trabalho dos mais velhos quanto específicos do envelhecimento estereotipado.

É vital que o indivíduo tenha projetos de vida independente de sua idade cronológica. À medida que os projetos de vida que se concretizam, a nossa identidade social constrói-se e mantém-se em desenvolvimento.

Opção D — Correta.

Relativos ao país, ao meio urbano e à estrutura de serviços — Os idosos que vivem em grandes cidades, enfrentam diariamente engarrafamentos, locais com dificuldades de meios de transporte, longas filas em bancos, burocracia, desorganização nos supermercados, violência nas ruas, serviços de educação e saúde precários, telefonia ineficaz, entre outras dificuldades.

Essa falta de desenvolvimento voltado para o homem poderá resultar no consumo inútil de horas de vida e de estresse provocado pela desorganização da sociedade. Diante deste cenário, os indivíduos se vêem com poucas horas de lazer e os problemas imediatos constantes tornam o tempo muito curto para viver o presente, mais ainda para planejar o futuro.

Opção E — Correta.

Relativos à auto-imagem e à auto-estima — é importante ter consciência inicialmente que o nível socioeconômico e cultural tem uma enorme influência sobre a auto-imagem e a auto-estima nas pessoas idosas. Esta influência pode ser confirmada na pesquisa realizada por Caldas (1997) onde os idosos que tinham melhores condições socioeconômicas apresentaram as seguintes características:

- valorizar o autocuidado;
- investir prioritariamente em formas de lazer e atividades comunitárias;
- relatar desconhecer a velhice;
- apresentar sentimentos de dignidade e de utilidade em alto grau;
- ter vínculos afetivos com o trabalho e oportunidades de desenvolver outras potencialidades.

Opção F — Incorreta.

Idade cronológica — a idade cronológica não é um fator determinante para a fragilização do idoso. É possível envelhecer e chegar a uma idade cronológica avançada com saúde. A fragilidade é determinada pela condições acima descritas e não pelo tempo transcorrido desde o nascimento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 3.1.2

Opção A

A avaliação social é muito importante, no entanto não dá conta da dimensão funcional, que é a que nos interessa quando necessitamos identificar o grau de dependência do cliente.

Opção B

A avaliação médica dará conta do diagnóstico médico, ou seja, o quadro patológico. A abordagem médica não costuma levar em conta o grau de dependência.

Opção C — Correta.

Para se avaliar o grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional. A "Função" é definida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos. É avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD).

Opção D — Incorreta.

Embora uma avaliação econômico-social possa indicar uma dependência em seus aspectos específicos, não dá conta da avaliação da realização das atividades de vida diária.

GABARITO FUNDAMENTADO DO CASO 3.2

QUESTÃO 3.2.1

Opção A — Incorreta.

Os familiares precisam receber uma atenção específica e treinamento nas habilidades que deverão necessitar para cuidar do cliente após a alta. Não se pode considerar os cuidadores meros cumpridores de orientações padronizadas. Pois quando se tratam pessoas como objetos de prescrições, anulam-se as possibilidades de serem elas mesmas, livres para tomarem decisões e exercitarem sua criatividade.

Opção B — Correta.

Os familiares devem ser considerados clientes da enfermagem, e como tal precisam ser ouvidos, suas necessidades e desejos detectados e a partir deste diagnóstico receber cuidados. É preciso que os profissionais de saúde compreendam que o fato dos cuidadores cumprirem as prescrições e orientações não significa que as necessidades do idoso estão plenamente atendidas. O ideal é que tais pessoas participem das decisões sobre os rumos da assistência ao idoso, e sejam treinados nas habilidades que necessitarão ter após a alta, sabendo que contam com o suporte técnico da enfermagem.

Opção C — Incorreta.

Os cuidados a serem prestados aos familiares devem garantir apoio à sua tarefa que iniciar-se-á após a alta. Este apoio não significa apenas transmitir informações sobre a doença e orientações gerais sobre o cuidado. O planejamento da assistência, inclusive do plano de alta, deve ser individualizado e baseado nas necessidades específicas do cliente.

Opção D — Incorreta.

Ao se repassar a responsabilidade dos cuidados pós-alta a outras instituições o enfermeiro se omite e infringe o Código de Deontologia da Enfermagem, pois se exime da responsabilidade de garantir a continuidade da assistência ao seu cliente. É antiético encaminhar para outras instituições um cliente com algum grau de dependência de cuidados mas que esteja de alta, sem a necessária orientação de enfermagem.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 3.2.2

Opção A — Incorreta.

O apoio emocional é um dos componentes da assistência de enfermagem. No entanto, neste caso, não pode ser um objetivo. Há questões concretas que necessitam de intervenção específica de enfermagem.

Opção B — Incorreta.

Planejar a assistência e orientar a equipe certamente é um objetivo da assistência de enfermagem. No entanto, ao lidar com o idoso faz-se necessário enfatizar o envolvimento da família e o autocuidado. Portanto, esta opção está incorreta por ser incompleta.

Opção C — Correta.

O objetivo da assistência de enfermagem deve abranger o cliente e sua família. É fundamental para a atenção ao idoso, que seus familiares participem de todo o processo assistencial, desde o momento da identificação das necessidades, passando pela execução dos cuidados para que a continuidade da assistência seja garantida após a alta.

É necessário também que o cliente assuma a sua responsabilidade pelo autocuidado. Portanto o enfermeiro deve ter a preocupação de equilibrar o peso de sua intervenção. Se apenas a família for responsabilizada, o cliente será desconsiderado e não será respeitado enquanto indivíduo. Se apenas o cliente for responsabilizado, não se garante a continuidade da assistência, pois a família não será preparada para participar dos cuidados.

Opção D — Incorreta.

Este caso é de total responsabilidade da enfermagem. Não cabe o encaminhamento a outros profissionais ser um objetivo da assistência.

GABARITO FUNDAMENTADO DO CASO 3.3

QUESTÃO 3.3.1

Opção A — Incorreta.

A contenção irá provocar um aumento da agitação da cliente, que está se sentindo completamente abandonada e insegura por estar em um ambiente desconhecido, sem nenhuma referência familiar.

Opção B — Incorreta.

A demência é um processo neurológico. Sua abordagem mais adequada é através do manejo do cliente com estratégias de cuidado. As intervenções especificamente psiquiátricas não são adequadas, a não ser que o cliente apresente uma história anterior de doença mental ou que a demência se sobreponha a um quadro psiquiátrico

Opção C — Incorreta.

Pode ser até que surja a necessidade de prescrição de medicação psicotrópica durante a internação. No entanto, esta é a última medida a ser tomada. Deve ser priorizada uma abordagem estratégica e um redirecionamento dos cuidados. Se as necessidades do cliente não estão sendo adequadamente identificadas, a medicação não resolverá o problema.

Opção D — Correta.

Estes clientes necessitam de observação permanente e atenção cuidadosa às suas necessidades físicas. Deve-se levar em consideração o fato de que eles podem estar incapazes de comunicar suas necessidades e desconfortos. Uma súbita mudança no comportamento ou funcionamento, uma expressão facial ou um toque repetitivo em uma parte do corpo, podem dar pistas de que existe um problema (isto reforça a importância da necessidade de cuidadores constantes, pois estes estarão familiarizados com os comportamentos peculiares ao cliente e reconhecerão mais rapidamente um desvio no comportamento).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALDAS, CP. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra C (orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
2. _____. A saúde do Idoso — a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.
3. _____. O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
4. _____. Memória, Trabalho e Velhice: Um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: Terceira Idade: Desafios para o terceiro milênio. Ed. Relume-Dumará. Rio de Janeiro, 1997.
5. BERGER, L; MAILLOUX-POURIEX, D. Pessoas Idosas: uma abordagem global. Processo de Enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
6. BOSI, E. Memória e Sociedade. Lembranças de Velhos. São Paulo: Ed. da Univ.de São Paulo, 1987.
7. CALDAS, CP. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2. out., 1995.
8. FRANÇA, LH. Planejando uma Aposentadoria com Qualidade: Formação de Facilitadores de Programas de Preparação para a Aposentadoria. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2000 (no prelo).
9. GONÇALVES, LHT; STEVENSON, JS; ALVAREZ, AM. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. Texto e Contexto — Enfermagem. Florianópolis/ UFSC, v. 6, n. 2, mai/ago, 1997.
10. HAZZARD, WR et al. Principles of geriatric medicine and gerontology. 3. ed. New York: McGraw Hill, 1994.
11. HELIOPOULOS, C. Gerontological nursing. 2. ed. J.B. Philadelphia: Lippincott Company, 1987.
12. LLERA, FG; MARTÍN, JPM. Síndromes y cuidados en el paciente geriatrico. Barcelona: Masson, 1994.
13. MOTTA, LB. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, Ano 3, n. 6, 2º semestre/2001.
14. PITAUD, P. La dependencia y su prise en charge (responsabilidad) en Francia. In: El reto de la dependencia al envejecer (Moragas, R.M. ed). Barcelona: Herder, 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 27

Clientes em Re(H)Abilitação: As Lesões Neurológicas e as Situações de Cuidar em Enfermagem

Wiliam César Alves Machado
Nébia Maria Almeida de Figueiredo

"Quem conhece sua ignorância revela a mais alta sapiência. Quem ignora sua ignorância vive na mais profunda ilusão".
Lao Tsé

INTRODUÇÃO

Na esfera da prática assistencial de enfermagem, as situações que envolvem importantes lesões neurológicas nos clientes estão, sem a menor dúvida, entre as que mais irão requerer cuidados complexos[1], desde a fase aguda, geralmente redundando num pré e pós-operatório, passando pelas fases de adaptação à nova condição de vida e também em nível de planejamento a longo prazo, posto que os prognósticos são imprevisíveis, considerando que as respostas e ganhos funcionais dependem da capacidade singular de reorganização do enigmático sistema nervoso do corpo humano. A propósito, o cérebro e o corpo encontram-se indissociavelmente interligados através de circuitos bioquímicos e neurais recíprocos, dirigidos um para o outro. A via em que normalmente se pensa primeiro é a constituída por uma rede de nervos motores

[1] CUIDADOS COMPLEXOS envolvem uma intrincada rede de detalhes técnico-científicos que se desenha desde as atividades (cuidados) mais simples, como, por exemplo, um banho, que requer do enfermeiro sistemática observação dos sinais e sintomas corporais do cliente, até aqueles cuidados altamente especializados que demandam o uso de todo um aparato tecnológico para o seu desempenho, mas que não dispensam a sensibilidade, intuição e subjetividade de quem os executa.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e sensoriais periféricos que transportam sinais de todas as partes do corpo para o cérebro, e do cérebro para as demais partes do corpo. Entretanto, existe uma outra via que nos vem menos facilmente à mente, embora seja bem mais antiga em termos evolutivos, representada pela corrente sangüínea, que transporta substâncias químicas, como os hormônios neurotransmissores e neuromoduladores (Damásio, 1996).

Parece-nos que as ações de cuidar na enfermagem tenham vínculo maior com os efeitos dos hormônios transportados pela corrente sangüínea, em especial com a endorfina, enquanto analgésico natural e liberado pelo organismo humano nas interações que veiculem intenção de proporcionar conforto, segurança, amor ao tocar o corpo do cliente para prestar-lhe cuidados. As endorfinas, substâncias analgésicas semelhantes à morfina, produzidas pelo cérebro, proporcionam uma sensação de conforto e calma, por serem narcóticos naturais que ocupam os locais receptores que não podem, então, receber as mensagens do transmissor neurônico da dor. Normalmente, não sentimos a eletricidade, sentimos as sensações, mas, se o código elétrico para a dor não for liberado pelo cérebro, não a sentiremos (Ackerman, 1992).

A estrutura e funcionamento da complexa máquina cerebral dependem da integridade de cerca de 10 bilhões de células nervosas, ou neurônios, que estão interligados numa imensa rede com 1.000 bilhões de junções, as sinapses (Capra, 1997). Portanto, considerando que uma lesão neurológica medular ou cerebral, resultante de acidentes traumáticos ou de processos degenerativos, geralmente compromete importantes conexões desse complexo circuito, os resultados em termos de respostas funcionais dos clientes irão depender da singularidade de cada um. O que implica necessariamente em que os profissionais da equipe de reabilitação não estabeleçam padrões de respostas, no que tange aos ganhos funcionais de seus clientes, devendo, portanto, levar em consideração a singularidade de cada caso em particular. Atualmente acreditamos que todos os neurônios do corpo estejam ligados a qualquer sensação, segundo códigos elétricos (Ackerman, 1992).

Aliás, a plasticidade neuronal, tema que ganhou destaque na mídia brasileira no segundo semestre de 2001 em decorrência das surpreendentes respostas e ganhos funcionais de um músico e artista famoso, considerado, a princípio, como caso de poucas possibilidades em termos neurológicos, é a propriedade do sistema nervoso que permite o desenvolvimento de alterações estruturais em resposta a experiências. Uma forma de adaptação a condições mutantes e ao tipo de estímulo recebido. Não temos dúvida que o mapa cortical de um cliente adulto esteja sujeito a constantes alterações de forma e estrutura, em decorrência da resposta aos estímulos recebidos na pele, como caminho sensorial periférico que reflete diretamente no cérebro.

Assim, quanto mais o corpo for tocado e estimulado nos exercícios diários e sistemáticos de fisioterapia, maiores serão as possibilidades de reorganização do cérebro como um todo. Da mesma forma, o tocar para cuidar pode representar importante papel nesse processo. Portanto, a cada nova experiência ou estímulo que o cliente recebe, suas redes de neurônios são remanejadas, fazendo com que outras tantas sinapses sejam solicitadas e múltiplas possibilidades de respostas ao tratamento sejam possíveis. Eu Wiliam, em minha própria experiência, sou um exemplo disso, pois meu mapa cortical apresentou grandes modificações no decorrer dos últimos sete anos. Tenho esperança de que ele ainda venha a me surpreender muito mais.

Por outro lado, como muito bem observa Morin (2000, p. 53) *"O cérebro humano contém:*

a) paleocéfalo, herdeiro do cérebro reptiliano, fonte de agressividade, do cio, das pulsões primárias,

b) mesocéfalo, herdeiro do cérebro dos antigos mamíferos, no qual o hipocampo parece ligado ao desenvolvimento da afetividade e da memória a longo prazo,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) o córtex, que, já bem desenvolvido nos mamíferos, chegando a envolver todas as estruturas de encéfalo e a formar os dois hemisférios cerebrais, hipertrofia-se nos humanos no neocórtex, que é a sede das aptidões analíticas, lógicas, estratégicas, que a cultura permite atualizar completamente".

O que nos sugere uma profunda reflexão sobre como interagimos com nossos clientes ao lhes prestar cuidados, baseados na máxima do Dalai Lama —, nossos inimigos externos não são permanentes. Se lhes mostrarmos respeito, eles se tornarão nossos amigos. Mas o inimigo interno é um eterno inimigo a quem nunca devemos ceder. Esse inimigo mora em nossos corações. Não podemos transformar todos os maus pensamentos em nossos amigos, mas precisamos confrontá-los e controlá-los.

Dentro dessa perspectiva, o ato de interagir com os clientes para prestar cuidados deve ser permeado de sensibilidade, empatia, compaixão, servindo de instrumento eficaz para amenizar sua dor e sofrimento, até porque, os nossos pensamentos podem afetar o equilíbrio dos corpos dos clientes. Como bem aduz Sivananda (1997), o pensamento é uma força vital e viva, a força mais vital, sutil e irresistível em todo o universo, a ponto de você se tornar aquilo que pensa, por exemplo, se você pensar com firmeza "eu sou forte", é o suficiente para se tornar forte, ou pense "sou um sábio" e o será, desde que concentrado na força dessa energia. O que não significa, obviamente, que uma pessoa portadora de deficiência física possa, através da força do pensamento, fazer com que as seqüelas deixadas em seu corpo físico, simplesmente, desapareçam de repente, mas ao menos pode torná-la muito mais forte para enfrentar as adversidades da vida.

Ao interagirmos com nossos clientes para prestar-lhes cuidados, devemos estar munidos de bons sentimentos, desapego, amor, fraternidade, compaixão e empatia, particular e especialmente quando se trata de portadores de deficiências. Aqui, busco apoio no pensamento do Dalai Lama (2000) quando ele diz que aqueles cuja profissão é tratar dos outros — e os que em casa dedicam toda a vida a cuidar de alguém ficam às vezes tão exauridos por seus deveres, que se sentem prostrados. A exposição constante ao sofrimento, combinada ocasionalmente com a sensação de não ter seu esforço ou valor reconhecido, pode provocar sentimentos de impotência e até de desespero. Ou levar as pessoas a desempenharem tarefas indiscutivelmente generosas de maneira indiferente, sem pensar, apenas como rotinas. O que, sem dúvida, é melhor do que nada. Mas pode levar à insensibilidade diante do sofrimento dos outros. O melhor a fazer é afastar-se por algum tempo e fazer um esforço deliberado para reavivar a sensibilidade — nesses momentos é importante lembrar que o desespero nunca é a solução. A propósito, uma reflexão que deveria ser feita por todos aqueles que cuidam de pessoas que dependam de ajuda, como as portadoras de deficiências, por exemplo.

Dentro da mesma perspectiva Boff (1999) defende a tese de que o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, que sua essência se encontra no cuidado, pois o colocar cuidado em tudo que pratica e planeja é uma característica singular da condição humana sã. Como a ação de cuidar implica necessariamente o toque, ele acrescenta que a mão que toca é capaz de curar, desde que veicule sentimentos puros, devolvendo ao cliente confiança, conforto e acolhimento. A mão faz nascer a essência humana naqueles que são tocados. É importante esclarecer que a cura referida por Boff, não deve ser confundida apenas com as estruturas materiais do corpo físico, mas como princípio para a construção de novos pilares de sustentação da dimensão suprafísica e sutil de seus corpos, podendo, inclusive ser materializada, caso haja comunhão e bênçãos de nossos mentores espirituais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 1

EU ENFERMEIRO PROFESSOR..... EU CLIENTE DO CUIDAR A PARTIR DA FASE CRÍTICA DE LESÃO CEREBRAL E EM RE (H)ABILITAÇÃO

"Em outubro de 1994, eu, Wiliam C A Machado fui violentamente agredido por um psicopata, agressão que me fez passar por várias situações de receptor dos cuidados de enfermagem, em decorrência da perfuração do crânio por arma branca como, por exemplo:

a) Duas craniotomias, sendo que a primeira complicada por uma infecção hospitalar e, conseqüentemente, muito mais agravo ao que já era considerado grave;

b) Fiquei impossibilitado de expressar qualquer som vocal durante 14 dias, portanto, tentando me comunicar através da linguagem não-verbal;

c) Fiquei 30 dias em situação de quase-morte, 50 dias em situação de alto risco, e

d) 18 meses de internação num programa de reabilitação na condição de cliente do Sistema Único de Saúde (SUS);

e) Fiquei exposto a uma série de provações que me possibilitaram sentir na própria pele o significado de se estar do outro lado, ou seja, como simples "paciente" no contexto de serviços de saúde, freqüentemente questionáveis do ponto de vista qualitativo".

"A experiência no serviço de emergência do Hospital Municipal do Rio de Janeiro foi algo trágico, tendo em vista que:

- *a) Por estar lúcido meu pensamento girava em torno de lembranças nada agradáveis, por ocasião de várias experiências na instituição como estudante e docente de enfermagem.*
- *b) Sem poder falar e ninguém para interceder, acabei sendo operado e encaminhado para uma unidade intermediária no pós-operatório imediato que mais parecia uma arena circense fétida, tamanha algazarra decorrente do alto tom da voz da equipe, linguagem vulgar e debochada, associada ao intenso ruído vindo da parte externa que dava para uma auto-estrada congestionada, além do forte odor de fezes, urina e suor que impregnava todo o ambiente.*
- *c) Embora meio dopado pelo efeito da anestesia e as freqüentes doses de solução analgésica, pude perceber que os amigos docentes e estudantes de enfermagem estavam a assessorar meus familiares, empenhados em agir rápido para que eu fosse transferido para o hospital que trabalhava, apesar de afastado para doutoramento, na época.*
- *d) Hipótese nada recomendável pelos neurologistas do Hospital Municipal, porém o que estava em jogo era a preservação da minha vida e não as elucubrações mentais de quem quer que fosse.*
- *e) Após 48 horas, assinado termo de responsabilidade, fui transferido com a condição de passar num hospital de Botafogo para fazer ressonância magnética".*

"Atender às sugestões dos neurologistas que monitoravam o exame era praticamente impossível, pois eles insistiam que eu deveria me esforçar em não fazer qualquer movimento. O que por mais que me esforçasse, não conseguiria, tendo em vista as muitas formas de convulsão manifestadas nas mais diversas partes do corpo, em resposta ao edema cerebral, crise hipertensiva, febre etc. Pensava, no meu silêncio imposto: "meu Deus, o que será de mim!"

"Os 50 dias que estive internado no hospital que trabalhava foram determinantes, tanto para mim, quanto para aqueles incansáveis colegas empenhados na ferrenha batalha no limiar vida/morte. A despeito do desgaste de ambas as partes,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tivemos oportunidade ímpar de avaliar as dimensões objetiva e subjetiva que envolvem o cuidado de enfermagem. Era como se estivéssemos a todo instante adentrando nas inúmeras vielas que formam o mosaico da complexidade do cuidar em enfermagem. E, para nós, particularmente, por se tratar de uma situação complexa de lesão neurológica e a necessidade de implementar medidas de cuidado e conforto convencionais de enfermagem, teríamos o desafio de adequá-las à reabilitação — área de conhecimento pouco abordada nos vários níveis de formação profissional da enfermagem. Uma série de improvisações se fizeram necessárias, em função da falta de estrutura para prestar cuidados específicos de reabilitação num hospital geral, desde a falta de conhecimento da equipe, inclusive da enfermagem — passando pela inadequação da planta física, recursos materiais, dentre outros. Apesar de tudo, conseguimos reverter o quadro de 'sombrio', do ponto de vista da neurocirurgia em 'poucas possibilidades de ganhos funcionais', do ponto de vista da fisiatria, enquanto especialidades médicas."

Minha experiência no programa de reabilitação numa instituição da cidade do Rio de Janeiro, dezoito meses internado, representou o desvelar de outro universo de prática profissional da enfermagem que pouco conhecíamos em termos teóricos, além da incipiente visão do que poderia requerer no cotidiano em termos de conhecimento e qualificação específica. Como se tratava de enfermaria do SUS, tudo era muito difícil, pois a política da instituição era deixar claro para os clientes, família e pessoas significativas que os serviços prestados deveriam ser atribuídos a uma espécie de favor, para justificar o caráter 'beneficente' da mesma. Dentro dessa conjuntura, os clientes tinham como imposição acatar ou acatar as normas estabelecidas, caso contrário, corriam sérios riscos de receber alta por indisciplina. Abuso de poder, intransigência, imprudência, falta de qualificação profissional e, sobretudo, sensibilidade para lidar com clientes portadores de deficiência física, dentre outros aspectos, caracterizavam o perfil distorcido da equipe do programa de reabilitação que, teoricamente, deveria ter enfoque em medidas terapêuticas trandisciplinares voltadas para atender às necessidades funcionais dos clientes, orientando-os, bem como à família e/ou pessoas significativas, a dar continuidade ao processo de cuidar em nível domiciliar."

"A enfermagem, por sua vez, não fugia à regra do contexto distrófico do resto da equipe, exercendo uma prática muitas vezes desumana para com os clientes, chegando, inclusive, a adotar condutas antiéticas que nos faziam questionar sua pretensa filosofia humanística no discurso teórico. Enfim, foram 18 meses nos quais pude constatar o quanto precisamos investir na formação das novas gerações de enfermeiros generalistas, não apenas voltados para a maioria, ou seja, uma abordagem do cuidado restrita ao âmbito clínico e cirúrgico, mas ampliando o espectro para todas outras variáveis da condição humana, particularmente no que se refere aos portadores de deficiência(s)."

"Tendo recebido alta em outubro de 1996, ainda que sem qualquer visita da equipe para orientação e planejamento do ambiente domiciliar, tive outro desafio a superar, aprender a adequar minhas limitações funcionais como princípio de um longo processo de cuidado a longo prazo, porém menos complicado do ponto de vista do conhecimento técnico-científico, se comparado a outros tantos clientes e seus familiares. Assim, nos últimos cinco anos, desde que recebi alta do programa de reabilitação "sem saúde", tive oportunidade de vivenciar outra contraparte da reabilitação em termos de excelência qualitativa no âmbito do serviço público, onde permaneço como cliente de atendimento ambulatorial e eventuais necessidades de internação, adaptações na cadeira de rodas, feitura de órteses, próteses, entre outros".

(Depoimento do autor enfermeiro e cliente do cuidado de enfermagem)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REABILITAÇÃO ENQUANTO PROCESSO DE RESPOSTAS SINGULARES DO CORPO

A reabilitação é um processo genuinamente dinâmico, orientado para a promoção da saúde e qualidade de vida do indivíduo enfermo ou incapacitado de alcançar seu maior nível possível de independência funcional física, mental, espiritual, social e econômica (Potter e Perry, 1999). Segundo as autoras, durante o programa de reabilitação o cliente deve ser auxiliado a ajustar-se à sua incapacidade, aprendendo a melhor forma de usar seus próprios recursos com ênfase nos potenciais existentes e a sobreviver com dignidade em face de suas limitações residuais, muitas vezes, permanentes. O cliente deve exercer papel de participante ativo no estabelecimento dos objetivos da reabilitação, princípio fundamental para que ele possa alcançar metas de auto-suficiência, desempenhando com habilidade e destreza as atividades da vida diária (AVDs). A família e pessoas significativas devem ser inseridas no planejamento, implementação e avaliação do programa de reabilitação, uma vez que o mesmo deverá ter continuidade em casa, após a alta da instituição. Quanto mais progressivos forem os ganhos funcionais do cliente no programa de reabilitação, mais e mais motivado e disposto no empenho de esforços para alcançar novos patamares ele se apresentará, aliás, reflexo natural da sensação de resgate da auto-estima e independência, objetivando minimizar sua dependência de ajuda dos outros.

A equipe de um programa de reabilitação é composta por profissionais de várias áreas de conhecimento empenhados em ajudar o cliente e a família a se ajustar ao novo padrão de vida, decorrente das seqüelas deixadas pela lesão neurológica. O cliente é o elemento-chave da equipe, participando ativamente no estabelecimento de metas a serem alcançadas e aprendendo a melhor maneira de utilizar as capacidades residuais no ajuste de conviver com as incapacidades. Ele é ajudado e orientado pela equipe a atingir o ponto máximo de independência, resgate da auto-estima, e uma melhor qualidade de vida. A família do cliente é incorporada à equipe, proporcionando apoio contínuo e participando ativamente na resolução dos problemas, além de receber treinamento para dar continuidade aos cuidados em nível domiciliar (Potter e Perry, 1999).

Cabe ao enfermeiro da reabilitação:

a) O desenvolvimento de um processo interacional e transdisciplinar que favoreça o planejamento,
b) Implementação e avaliação de medidas terapêuticas de enfermagem voltadas para a educação e promoção da saúde com enfoque no autocuidado,
c) Propiciar o envolvimento e a participação ativa e sistemática do cliente, família e pessoas significativas em relação aos cuidados a serem desempenhados em casa.

Assumindo um tipo de liderança na equipe de reabilitação, o enfermeiro precisa contar com a atuação de outros profissionais, cada qual exercendo sua função em prol do alcance das metas estabelecias, como, por exemplo, o médico neurocirurgião e/ou neurologista, o fisiatra, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o psicólogo, o assistente social, técnicos especializados na confecção de próteses e órteses, o engenheiro e o arquiteto especializados em projetos para atender às necessidades especiais das pessoas portadoras de limitações físicas ou dificuldades de locomoção.

O diagnóstico de enfermagem para clientes de reabilitação, como nas demais situações clínicas ou cirúrgicas, deverá ser pautado em dados coletados na avaliação que, freqüentemente, indica:

a) deficiência no autocuidado, como banho e higiene pessoal, vestir-se, calçar-se, alimentar-se,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) falta de coordenação dos movimentos,
c) limitações ou incapacidade de executar as transferências da cadeira para a cama e vice-versa, cadeira de rodas para a cadeira higiênica e vice-versa, entre outras.

Para facilitar a compreensão dos leitores, resolvemos abordar o tema seguindo o fluxo habitual dos acontecimentos, como se estivéssemos diretamente envolvidos em:

a) atendimento,
b) encaminhamentos,
c) procedimentos,
d) medidas terapêuticas e
e) de educação para o autocuidado,

Isto por estarmos convictos de se tratar de clientes com potenciais propensões de seqüelas e dependência do ponto de vista de cuidados de longo prazo. Embora o que temos vivenciado na prática de cuidar em enfermagem, particularmente quando se trata de prestar assistência ao cliente portador de lesão neurológica e reabilitação, freqüentemente, não corresponda ao que se veicula no âmbito do discurso teórico, ainda assim dispomos na rede pública federal de serviços em nível de excelência qualitativa, onde os enfermeiros planejam, implementam e avaliam os cuidados para que sejam prestados em casa pelo próprio cliente, família e pessoas significativas. Exceções à regra, mas exemplos da excelente utilização dos recursos públicos para o setor de saúde (Machado, 2000).

Quando o tema é cliente portador de lesão neurológica, em primeiro lugar faz-se necessário estabelecer distinções, pois dependendo do tipo e área comprometida, irá requerer dos profissionais de enfermagem atenção a determinados aspectos especiais, tanto na fase aguda quanto na tardia, particularmente no que se refere ao planejamento, implementação, orientação e avaliação dos cuidados. Cuidar de clientes deficientes físicos realmente exige certo conhecimento específico, porém não tem qualquer mistério. Antes de tudo, é preciso identificar:

a) O tipo de lesão neurológica que resultou nas dificuldades funcionais para o cliente se autocuidar,
b) Traçar o perfil do nível de dependência que ele possa ter no que diz respeito às suas necessidades em relação às medidas terapêuticas de enfermagem.

Caso o cliente seja portador de lesão medular e não apresente:

a) alterações no nível de consciência.
b) avaliação da capacidade para autonomia.
c) coordenação de movimentos, da força e massa muscular dos MMSS.
d) destreza e coordenação de movimento das mãos, do equilíbrio de tronco e do movimento de quadril.

Tornam-se essenciais parâmetros para determinar que tipo de cuidados devem ser orientados para que ele os desenvolva sozinho ou com ajuda. É importante enfatizar que um cliente tetraplégico, ou seja, aquele portador de:

a) Seqüela medular alta (em nível de cervical) ou
b) Seqüela de lesão cerebral extensa (aquela que comprometa a área motora do cérebro).

PODERÁ SER DEPENDENTE TOTAL DA ENFERMAGEM para:

a) higiene e conforto,
b) bestir-se e alimentar-se,
c) além de precisar de cateterismos vesicais de alívio como procedimentos invasivos, de 6/6 horas (lesão medular alta)
d) ou de ajuda para desprezar a urina do patim (lesões cerebrais com preservação do controle dos esfíncteres).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 2 — UM PROGNÓSTICO SOMBRIO

No que tange aos portadores de lesão medular que resulta em tetraplegia, busco na experiência de vida de Galli (2001:80) seus reflexos, quando ele narra seus conflitos em face de prognósticos tão sombrios para seu filho de 17 anos. *"Jeffrey teria que ser içado da cama todas as manhãs e colocado novamente à noite, por meio de uma espécie de elevador mecânico. Teria que ser virado na cama com freqüência, para evitar a formação de escaras. (...) Alguém teria que ajudá-lo a evacuar, provavelmente na cama, e alguém teria que cuidar dos cateteres para sua urina. Ele precisaria ser vestido e despido. Teria que ser alimentado e barbeado, e seus dentes, escovados. Seria preciso aspirar o muco de seus pulmões por meio de um aparelho de sucção e de tubos enfiados em sua traquéia. Poderíamos contratar pessoas para nos ajudar — enfermeiras ou acompanhantes. Mas alguém teria que fazer isso durante vinte e quatro horas por dia, todos os dias, pelo resto da vida de Jeffrey. Não haveria feriados".*

Por outro lado, sirvo-me de minha própria experiência para atribuir o significado e a dimensão de um prognóstico de tetraplegia, embora resultante de lesão cerebral e sem contar com aparatos tecnológicos para içar meu corpo na cama todas as noites e manhãs, tarefa confiada aos meus irmãos e prestadores de cuidados ao longo dos últimos sete anos. Desafio que venho superando com empenho e a determinação de superar limites, aparentemente intransponíveis, apenas transcendidos a partir da ampliação do nível de consciência e um longo caminho a trilhar com a força do pensamento (Machado, 2000).

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 3 — O DRAMA DA ELA

Numa outra face da mesma realidade que nos aflige, chama-me atenção uma situação de doença neurológica degenerativa — ELA (esclerose lateral amiotrópica), aliás, a mesma doença do físico Stephen Hawking, quando o professor Morie Shwartz delega ao ex-aluno a elaboração de seu último estudo acadêmico, qual seja, registrar sistematicamente a degeneração de todas as suas estruturas funcionais e a conseqüente dependência para as necessidades mais fundamentais do ser humano. Um exemplo de superação contida nas palavras:

> *"Este Morie que não pode mais dançar, nadar, tomar banho, andar a pé. Este Morie que não pode mais abrir a porta, não pode se enxugar depois do banho, nem mesmo se virar na cama — Como pode ser tão resignado?"* (Albom, 1998:41).

A resignação que se refere Albom era demonstrada pelo velho professor, quando fazia questão de deixar registrada na sua experiência que devemos nos dedicar a amar uns aos outros, a partir da comunidade em que estamos inseridos e empenhados na criação de algo maior para dar sentido e significado à nossa vida. Toda essa grandeza interior o velho professor fazia brotar de dentro do seu Eu Interno, a despeito de sua progressiva dependência de ajuda para as mais fundamentais necessidades humanas.

Retomando os casos acidentais, como o de um cliente paraplégico, ou seja, aquele cuja lesão medular tenha comprometido regiões mais baixas (torácica ou lombar), este terá:

Um NÍVEL DE DEPENDÊNCIA MENOR PARA A ENFERMAGEM, desde que esteja devidamente orientado acerca DE:

a) cateterismo,
b) medidas preventivas contra os processos de escarificações da pele e mucosas, em decorrência, certamente, da perda de sensibilidade tátil e térmica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Entretanto, por mais ágil e habilidoso que o cliente possa se apresentar é sempre imprescindível recomendar cautela, quando:

a) executa as transferências de uma superfície para outra, considerando o alto risco de se ferir sem sentir e desenvolver escaras.

O mesmo se aplica ao tempo em que o cliente permanece sentado na cadeira, devendo ser recomendada:

a) periódica elevação do corpo do acento, pelo período mínimo de 3 minutos a cada 2 horas, para promover a revascularização da área comprimida.

Afinal, a perda da sensibilidade e o fato de não estar sentindo desconforto do tipo ardência pode se tornar fator agravante, altamente suscetível a eventuais complicações.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 4 — ESCARAS — O CALCANHAR DE AQUILES DO DESCUIDO DE ENFERMAGEM?

Questão abordada com muita pertinência por Galli (2001), ao chamar atenção para os riscos de se contrair escaras, independente dos recursos econômicos do cliente e tecnológicos da instituição, como no caso do famoso ator Christopher Reeve (O SUPER MAN), com todo o seu dinheiro, contatos e influência, ainda assim, ele teve escaras que chegaram até os ossos. Riscos quase inevitáveis para os clientes com lesão medular em nível da cervical, devido ao fato de permanecer numa mesma posição (decúbito dorsal) e usando colete cervical sob tração. Muitos fazem até escaras no couro cabeludo, mais especificamente nas proeminências ósseas occipitais. Portanto, não houve qualquer avanço na prevenção e tratamento de escaras nos últimos anos.

A propósito da preocupação de Galli acerca da grande probabilidade de o filho ser acometido de escaras, cabe esclarecer alguns detalhes técnicos de procedimentos para com clientes portadores de lesão cervical. Bem, em casos de lesão medular cervical, os clientes precisam permanecer longos períodos com um tipo de tração chamada craniana, pode também ser encontrada como Crutchfield, através da fixação de pinos no crânio e visando alinhar a parte cervical da coluna vertebral comprometida. Há também o halo veste, halo craniano conectado a hastes que ligam ao colete. Um tipo colete cérvico-toraco-lombar. O que, por certo, irá requerer:

a) o uso de colchão de ar com sistema intermitente para massagear as áreas de atrito com a superfície e a conseqüente revascularização dos tecidos.

Vale lembrar o que aconteceu com Pecci (1980), jovem paraplégico de classe média alta do Rio de Janeiro que, apesar da grande influência no meio artístico e cultural, os profissionais de saúde não orientaram sobre os riscos da formação de escaras e elas surgiram muito rapidamente, algumas tão profundas que chegavam até o osso. Em seu relato ele conta que teve que ficar exposto ao sol da manhã dias e dias, para que as escaras cicatrizassem. Sacrifício que bem poderia ser evitado, caso tivessem ele e a família recebido orientação da enfermagem.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA 5 — A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONHECIMENTO

Por falar em paraplegia, chama-me atenção os relatos de Tormin (1998:179), como ela na condição de leiga do ponto de vista domínio de área de conhecimento, arrebanhou forças e uma mente sadia para continuar seus estudos, prestar concurso público, exercer função de delegada de polícia, educar seus 4 filhos em idade escolar e preservar seu casamento, dando um exemplo de que a mente sã e o pensamento bem direcionado são fundamentais para a superação de limites. Ela diz:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"O deficiente precisa se descobrir. É necessário empreender uma expedição exploradora ao seu interior, recriando uma vida melhor. Tudo é comandado pela mente que, direcionada, apresentará conquistas surpreendentes no vasto campo de si mesmo".

Como a maioria dos deficientes paraplégicos que tiveram oportunidade de publicar suas sagas, Tormin queixa-se de um tipo de dor simbólica, ou melhor, aquela resultante da perda da sensibilidade tátil e térmica, nas partes do corpo abaixo da lesão medular.

Por outro lado, quanto aos clientes portadores de lesão cerebral, a avaliação deverá ser mais ampla, inclusive envolvendo uma acurada observação do nível de consciência, para se traçar o perfil do nível de dependência da enfermagem. Uma vez lúcido e orientado no tempo e espaço, mas impossibilitado de executar sozinho movimentos corporais suficientes para as transferências da cama para a cadeira de rodas e desta para a higiênica, coordenação dos movimentos voluntários, equilíbrio na marcha, dentre outros aspectos, o cliente deverá precisar da ajuda da enfermagem para fazer sua higiene e para vestir-se, bem como outras medidas de cuidado/conforto. Em quaisquer das circunstâncias, porém, é importante que se aproveite a ocasião para orientar a família quanto ao autocuidado em nível domiciliar, com vistas à minimização das freqüentes dúvidas quanto à maneira de se cuidar sozinho ou com a ajuda de terceiros, muitas vezes leigos do ponto de vista técnico-científico. É o exercício pleno do conhecimento e responsabilidade dos exercentes da enfermagem em prol da promoção da qualidade de saúde dos clientes extramuros institucionais. Aliás, nada mais do que o cumprimento do que dispõem a Resolução COFEN 240 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), a Resolução COFEN 181 (Código de Processo Ético) e a Lei 8.078/90 — Código de Defesa do Consumidor.

É interessante observar que o discurso humanístico tende a deixar o âmbito da filosofia, sociologia, e, agora, no Brasil, já constitui objeto de projeto político através da PORTARIA Nº 881, DE 19 DE JUNHO DE 2001, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS — o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, considerando a necessidade da criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários nas instituições prestadoras de serviços de saúde, objetiva o desenvolvimento e sustentação de iniciativas humanizadoras, introduzidas progressiva e permanentemente, visando, em seu conjunto, à construção de novos padrões de cultura de atendimento à saúde da população, pautados no respeito à vida humana.

Entretanto, ao que nos parece, de nada adiantariam quaisquer determinações legais sem um trabalho voltado para a ampliação do nível de consciência e responsabilidade cósmica para com nosso semelhante. Algo que faça despertar a sensibilidade dos membros da equipe de saúde com vistas ao desempenho de processos interacionais que transcendem a dimensão do mundo das formas, como, por exemplo, o compromisso transpessoal de passar a ver o outro como se fosse reflexo de si no espelho do coração, representado pela imagem do arquétipo sagrado indissociável às práticas de cuidar em enfermagem. Dentro dessa perspectiva, cabe ressaltar o pensamento do Dalai Lama (2000), quando ele diz que o que inibe a compaixão é a falta de contenção interior que já identificamos como origem de toda conduta antiética, pois cada um de nossos atos tem dimensão universal. Por causa disso, a disciplina ética, a conduta íntegra e um discernimento cuidadoso são elementos decisivos para uma vida feliz e significativa, para superar nossa tendência de ignorar as necessidades e direitos dos outros, precisamos continuamente lembrar a nós mesmos o que é óbvio: que basicamente todos somos iguais.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"O ato de ajudar o semelhante deve ser automático quanto o de retirar a mão ao tocar em um objeto incandescente".
Neto

Machado (2000)[2] opta por dividir o que denominam processo de reabilitação em fases distintas e progressivas, todas enfocando o grande conflito emocional que se instala no cliente, em face de suas questionáveis perspectivas de vida a curto, médio e longo prazos. Portanto, sugere a análise de cada uma delas e o respectivo papel do enfermeiro na relação profissional-cliente-família e/ou pessoas significativas:

- **Fase de impacto ou choque:** o momento em que a mudança na performance física é recebida como fator estressante. O cliente entra num estado de confusão mental, no qual não consegue perceber a magnitude do acontecido, tem a sensação de que seu mundo partiu, fica perplexo, em estado de pasmo ou choque emocional, podendo tornar-se desorientado, intratável, errático, confuso e com distúrbios de percepção. Nessa fase ele interrompe seu vínculo com o mundo exterior, numa tentativa inconsciente de proteger a sua imagem corporal, mantendo-a íntegra. Uma fase que requer do enfermeiro maturidade para compreender os conflitos do cliente, particularmente se predispondo a ouvir as suas queixas, angústias e dúvidas, com a máxima serenidade e imparcialidade.

Freqüentemente a reação imediata é caracterizada por:

a) muito medo do desconhecido,
b) instala-se o pânico de se perceber e sentir estático, como objeto inanimado,
c) fica altamente dependente para suas necessidades mais fundamentais,
d) busca de fuga da realidade obtida pela aplicação de sedativos,
e) o sono pode representar uma forma de postergar o enfrentamento da realidade.

O cliente pode também:

a) se recusar a aceitar as novas limitações, e
b) às vezes apresentar uma reação de confiança exagerada, sem a menor justificativa, na recuperação rápida do quadro,
c) essas falsas esperanças podem estar autocentradas, fazendo com que ele se mostre infantil nas suas exigências,
d) freqüentemente usa de chantagem para manter as pessoas mais presentes ao seu redor.

O mecanismo de negação é útil até certo ponto, porém a realidade da situação deve ser mostrada para que ele possa superar a tristeza e depressão, conseqüentes da avaliação de suas perdas (Potter e Perry, 1999).

Por outro lado, o estado de pânico pode ser uma reação do cliente e da família em face do desconhecido e emerge como dilema para Galli (2001), pois todos os hospitais que visitavam por indicação da equipe, ainda que especializados em reabilitação, não estavam preparados para receber clientes dependentes de respiração artificial, outros não tinham equipamentos adequados, não tinham programa adequado, tampouco equipe especializada para cuidar dele nem mesmo por algumas semanas, até que a família tivesse tempo para adaptar o ambiente domiciliar. A raiva

---

[2] MACHADO, Wiliam C. A. O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência. São Paulo, Rede Entre Amigos de Informações sobre Deficiência (online), www.entreamigos.com.br/nimage/temas/xreabili/xopapel.html.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cresce quando é cultivada, por isso não devemos permitir que o pessimismo nos domine. Da mesma forma, Jeff ficava inseguro e em estado de pânico com a hipótese de ser abandonado pelos pais.

REAÇÕES COMUNS NA CONSTATAÇÃO DA REALIDADE

Aliás, pânico, insegurança e medo de ser abandonado pela família e pelos amigos foi o que mais me passava pela cabeça nos primeiros dias pós-acidente. Portanto, procurava nas expressões e gestos de todos aqueles que julgava presenças indispensáveis algum sinal de desinteresse, cansaço, além de estar sempre atento ao que conversavam para saber se estariam a conspirar e me deixar sozinho (Machado, 1999). E, talvez este seja um dos maiores riscos, pois o cliente deixa de acreditar e passa a desconfiar daqueles que lhe são indispensáveis em momentos muito especiais. Ademais, este modo de se comportar pode interferir nas respostas do corpo ao ser cuidado. Portanto, este é um aspecto da interação cliente/enfermagem que precisa ser trabalhado desde o início. Por exemplo, o cliente deve ser orientado acerca dos limites daqueles que estão a lhe prestar cuidados e que, por mais que tenham respeito e consideração, em determinados momentos os corpos (físico, mental e emocional) de quem cuida se apresentam mais vulneráveis ao desequilíbrio de suas polaridades e sintonia com níveis sutis da realidade.

ORIENTAÇÃO SOBRE CUIDADOS SIMPLES DE ENFERMAGEM

Sendo caracterizada como fase em que o cliente permanece acamado por vários dias, ainda que em observação diagnóstica, cabe ressaltar os cuidados de enfermagem sugeridos por Potter e Perry (1999) como medidas preventivas de queda plantar e rotação externa de quadril. Assim, como o quadril é uma articulação do tipo esférica e apresenta certa tendência de rodar para fora quando o cliente permanece deitado na posição dorsal, deve-se:

a) Colocar um rolo no trocânter, que se estenda desde a crista ilíaca até a meia altura para impedir a deformidade.
b) Com a colocação correta de um rolo no trocânter, este fará o papel de uma cunha mecânica sob proteção do trocânter maior.

Para impedir a tão comum queda plantar, decorrente de repouso prolongado no leito, falta de exercício, posicionamento inadequado e até mesmo o peso das roupas de cama forçando os dedos para flexão plantar, basta:

a) Um suporte para os pés ou almofadas para mantê-los em ângulos retos em relação às pernas quando o cliente estiver na posição supina (decúbito dorsal).
b) Os pés devem ser posicionados de maneira que ambas as superfícies plantares estejam firmemente contra o suporte para os pés ou almofadas. A queda plantar é uma deformidade na qual o pé apresenta uma flexão plantar (o tornozelo dobra-se na direção da sola do pé).

Via de regra, o atendimento começa em nível emergencial, quando o cliente chega nas instituições hospitalares acompanhado da família, equipe de resgate ou pessoas que, eventualmente possam direta ou indiretamente estar envolvidas com a situação. Tudo acontece de forma quase instantânea, e, de repente, você se dá conta que já não é mais capaz de estabelecer os comandos cerebrais para movimentar seu corpo, agora, estático. Foi o que aconteceu comigo em outubro de 1994, quando fui violentamente agredido por um psicopata (Machado, 1999), recebendo primeiros-socorros em casa pela equipe do Corpo de Bombeiros, que me transportou numa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ambulância até o serviço de emergência de um hospital do Município do Rio de Janeiro, ocasião em que marcou o recomeço de uma nova vida, tendo como desafio aprender a sobreviver com outra roupagem ou invólucro do corpo físico.

A bem da verdade, o começo de um grande desafio que coloca em cheque todos os potenciais de equilíbrio emocional do cliente, membros da família, pessoas significativas e um número surpreendente de voluntários empenhados na emissão de energias positivas, seja através de mensagens escritas, reunião em grupos de oração etc. Qualquer descuido que se possa ter pode refletir no desnível do fiel da balança que mantém equilibradas as polaridades positiva e negativa, características da condição humana, assim como o tênue fio que une e separa vida da morte. Enquanto ardia em febre alta sem ceder a qualquer tipo de procedimento técnico, como a aplicação sistemática de compressas frias nas regiões corporais de maior circulação sangüínea, vários grupos de oração se reuniam nos mais diversos pontos do país, concentrados na emissão de vibrações de LUZ e AMOR para me retirar do vale da morte (Machado, 1999).

Em relato similar, Galli (2001:107) destaca que com tantas pessoas pensando em nós ao mesmo tempo, emitindo vibrações positivas através de orações, seus pensamentos estavam por toda parte em nosso mundo, como o próprio ar, como o clima. Demonstração de solidariedade registrada numa das inúmeras mensagens que a família recebeu na fase mais crítica: *"Não há palavras para expressar o que estamos sentindo agora. Por favor, tenham certeza de que pensamos sempre em vocês e esperamos que de algum modo essas preces coletivas e o apoio de todos possam ser de algum conforto para vocês"*. Todo esse envolvimento dos amigos e de anônimos voluntários formou um vórtice de energia que fazia com que tudo fluísse para a vida.

Assim que Jeffrey voltou a falar, apesar do emaranhado de fios, tubos e aparelhos que o mantinham respirando, a primeira coisa que perguntou ao pai foi se poderia voltar a andar, ao que, embora difícil, não pôde omitir a verdade e respondeu que não, então, imediatamente, solicitou que lhe fosse aplicado medicamento para dormir (Galli, 2001). Reação muito própria de clientes portadores de lesões neurológicas de grande proporção, como no meu caso, que preferia permanecer sedado e entregue à neutralidade da consciência não-ordinária em relação ao mundo das formas que, através de sonhos, preservava meu corpo com integridade e plena liberdade de movimentos (Machado, 1999).

Após tomar ciência das possíveis seqüelas, os clientes entram num processo de busca de um estado semiconsciente proporcionado por sedativos, procurando refúgio nas lembranças do passado. Quando sonham, na fase aguda, mediata ou tardia, estão com seus corpos inteiros e livres para andar, correr etc. (Galli, 2001).

Existe algo em comum nas experiências da família e amigos de Galli (2001), Tormin (1998), Machado (1999) e Pecci (1980), uma espécie de busca na esperança de que a força de pensamentos positivos e orações voltadas para Deus, possa interceder a favor da transcendência nos momentos mais críticos e ofereça alicerces firmes para sustentar o peso do que está por vir. A canalização de energias positivas e de amor emitidas de diversas fontes gera potente vórtice de LUZ, capaz de dissipar toda e qualquer corrente antagônica. Como bem diz Questão (1996) o amor é uma vibração fundamental e a mais poderosa do universo.

Este pensar em Deus e na nossa experiência existencial surge como uma ferramenta de ordem subjetiva que indica o quão imprescindível é, tanto para os clientes como para os enfermeiros, a necessidade de acreditar, ter fé, esperança, e, sobretudo, na força da prece. Normalmente, temos por hábito rezar só para nós mesmos, quando em situações especiais, por alguém próximo. Na verdade, a enfermagem precisa reservar espaço no seu processo de cuidar para a crença religiosa dos clientes como uma forma de terapêutica espiritual.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Entretanto, não temos dúvidas que muitos tendam a sustentar esperanças "vagas" de cura, apenas ou exclusivamente da contraparte física de seus corpos — demonstrando o quanto estamos limitados ao mundo das formas. Mas acredito que a busca da transcendência do plano físico como forma de ampliação da consciência para a emergência da interface subjetiva e/ou suprafísica da realidade é o que nos dá forças e sabedoria, capaz de alicerçar nosso Eu Superior para viver plenamente em um corpo limitado. Esperança e vida são dois termos entre os quais há uma relação transcendente.

- **Fase de repercussão ou negação:** durante ela o indivíduo procura fazer um balanço do que perdeu, avaliando as implicações da perda sofrida e começando a perscrutar alguma forma de substituí-la. Freqüentemente, o cliente percebe a sua situação de maneira distorcida, em decorrência de suas dificuldades para aceitá-la, tentando manter assim a sua imagem corporal antiga. Esta fuga da realidade evita que ele entre em estado de depressão e/ou ansiedade, posto que cria uma espécie de casulo ou carapaça, fazendo com que reaja de forma regressiva e aceite as orientações da equipe de maneira passiva, sem nenhuma iniciativa. As reações observadas nessa fase são: raiva, ansiedade, depressão, sentimento de culpa, que podem ser manifestados abertamente, através de crise de choro, ou, veladamente, sob a fachada de autocontrole emocional. Nessa fase, é importante que o enfermeiro mantenha a postura de cauteloso ouvinte dos conflitos existenciais do cliente, procurando despertar seu potencial de introspecção para que ele descubra a força de seu Eu Superior. Esta fase, o enfermeiro tem oportunidade para começar a coleta de informações que lhe serão fundamentais para elaborar o planejamento de cuidados de longo prazo. Uma modalidade de cuidado mais detalhada encontra-se em capítulo específico a seguir.

A propósito da atividade do sistema neurocerebral e a capacidade de o imaginário criar certas fantasias como processo de fuga de uma realidade que não se quer enfrentar, Morin (2000:21) assim diz:

> *"A importância da fantasia e do imaginário no ser humano é inimaginável; dado que as vias de entrada e de saída do sistema neurocerebral, que colocam o organismo em conexão com o mundo exterior representam apenas 2% do conjunto, enquanto 98% se referem ao funcionamento interno, constitui-se um mundo psíquico relativamente independente, em que fermentam necessidades, sonhos, desejos, idéias, imagens, fantasias, e este mundo infiltra-se em nossa visão ou concepção do mundo exterior".*

Portanto, nossa própria estrutura neurocerebral é favorável à edificação de sólido casulo para nos proteger do meio externo, quando precisamos de momentos introspectivos e silêncio para refletir. Afinal, qual é o ser humano que já não usou tal recurso, ainda que sem conhecimento de sua dimensão.

Minha experiência, por exemplo, enquanto portador de lesão traumática cerebral é típica de quem se isolou num casulo o maior tempo possível como mecanismo de fuga de uma realidade que tinha pleno conhecimento do ponto de vista de formação profissional. Os primeiros 50 dias pós-agressão foram basicamente caracterizados pela luta entre a vida e a morte, uma vez que tive que ser submetido a duas craniotomias, uma de emergência e outra para "consertar" os estragos da primeira em termos de infecção hospitalar. Portanto, tive que superar três grandes desafios, a saber: sobreviver à agressão, reunir forças para resistir às duas cirurgias e fortalecer o meu Eu Interno para transcender as dores decorrentes de comandos e mensagens cerebrais em curto-circuito (Machado, 1999). A propósito, a metáfora do casulo mui-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

to bem se aplica às reações dos enfermeiros no cuidado-casulo, ou seja, muitas vezes, na tentativa de se preservar e não fantasiar diante da realidade de seus clientes, sem saber ao certo o que dizer, pensar e acreditar, estando conscientes de que não seria ético fazer julgamentos, tampouco emitir opiniões acerca do que não lhes compete, continuam a prestar cuidados com toda imparcialidade que a função requer.

Assim, tive que partir de um quadro tetraplégico, o qual se caracteriza pela perda dos movimentos voluntários e coordenação psicomotora dos membros superiores e inferiores, com grandes possibilidades de comprometer também a articulação da fala e o controle dos esfíncteres, devido à dimensão da área cerebral afetada. Nem mesmo os neurologistas, neurocirurgiões e fisiatras de bom senso que me avaliavam ousavam arriscar prognósticos tardios, exceto um neurocirurgião auto-referente e insensível a ponto de dizer em voz alta dentro do meu quarto, no segundo pós-operatório imediato: *"Esse rapaz, se conseguir sobreviver, deverá passar o resto da vida, como uma planta..."*. Sem considerar a hipótese óbvia de eu poder estar ouvindo suas palavras (Machado, 1999). Parece-nos oportuna uma consideração especial sobre o que os profissionais de saúde, ou melhor, "sem saúde" falam diante dos clientes, independente da "suposta" ausência dos sentidos. Este (des)cuidado é identificado como hábito antigo e acontece com freqüência nos centros cirúrgicos, enfermarias, unidades de tratamento intensivo, dentre outras, embora pouco relatado pelos clientes em decorrência de várias circunstâncias, desde a falta de oportunidade, receio, medo de represálias, até a própria falta de bom senso e reconhecimento dos profissionais para a gravidade de uma expressão verbal inadequada.

Não fosse o empenho dos enfermeiros, docentes e estudantes de enfermagem no planejamento, implementação e sistemática avaliação dos cuidados, a despeito da situação de quase-morte e sombrio prognóstico médico, a força energética do tocar com amor 8.8 vezes por hora foi fator determinante para que a Dama de Branco (Enfermagem) transcendesse a Dama de Negro (Morte), trazendo o cliente para as pulsões de vida (Figueiredo *et al.*, 1997). Essa capacidade de amar e a necessidade de ser fraternos indicam que somos, de fato, amorosos por natureza, pois a paz, a tranqüilidade e os cuidados que nos são prestados pelos outros são essenciais à recuperação de nossas doenças e pulsões de vida. Assim, nossa natureza prefere a vida à morte, o crescimento à decadência, a construção à destruição (Morin, 2000).

A harmonização do ambiente favorece em muito as respostas satisfatórias de um cliente com lesão cerebral e a música pode representar instrumento decisivo no processo de cuidado e conforto. Segundo Ackerman (1992), as nossas pupilas dilatam-se e nosso nível de endorfinas sobe quando cantamos, considerando que a música toma conta de todo nosso corpo, do cérebro, inclusive, produzindo ainda uma qualidade curativa. Musicoterapêutas e demais membros da equipe de reabilitação usam a música para se comunicar com crianças deficientes, especialmente com aquelas que apresentam deficiências múltiplas. Ademais, a musicoterapia é muito usada na Reabilitação de Pessoas Portadoras de Lesões Cerebrais. Trago na mente recordações da expressão de euforia e grande satisfação dos clientes portadores de lesão cerebral que freqüentavam comigo as sessões de musicoterapia (Machado, 1999).

Existe um componente eletromagnético de extrema importância na relação som/emoção, um tipo de processo muito sutil para que a percepção humana comum seja capaz de captar a natureza de sua manifestação, embora possamos usufruir seus resultados. Trata-se do poder e força dos mantras. Experimente cantar OM, ou qualquer outro mantra, emitindo um som sólido e prolongado e sentirá vibrar os ossos de sua cabeça, assim como a cartilagem do esterno. A sensação é a de uma massagem interior, de efeito calmante. Outro dos motivos que fazem com que essa emissão de mantras conduza à meditação é que ela cria um ruído branco interior, que cancela os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ruídos externos, transformando o corpo numa cabine a prova de som (Ackerman, 1992). Trago muito viva a lembrança de como o mantra OM foi importante para que eu voltasse a falar, após 14 dias em estado de choque emocional (Machado, 1999).

A maneira distorcida de compreender para melhor aceitar a nova situação é uma das características do mecanismo de defesa ou forma que o imaginário do cliente encontra para o enfrentamento do que está por vir. Por isso, uma fase que requer muita prudência do enfermeiro ao abordar a situação e suas conseqüências, em termos de perspectivas de cuidados, educação e/ou orientação para se autocuidar, é ao começar a coletar informações acerca de seu domicílio, recursos da comunidade, acessibilidade, fazendo com que ele desperte e saia do casulo para a realidade. A ajuda de familiares e de pessoas significativas é de fundamental importância para a elaboração do diagnóstico das condições a serem trabalhadas extramuros institucionais, mas, lamentavelmente, no Brasil, raras são as instituições que adotam políticas e/ou filosofias de assistência preocupadas com o que irá acontecer com o cliente e família após receber alta. As exceções bem poderiam ser contadas com os dedos de uma só mão, infelizmente (Machado, 2001).

Aliás, realidade que pouco se diferencia de países ricos como os Estados Unidos da América, conforme pode ser constatado pelo depoimento angustiante de Galli (2001) em face de sua exaustiva procura de um hospital que atendesse às necessidades de seu filho. Segundo ele, a reabilitação, enquanto processo terapêutico consiste em ensinar o deficiente a viver com suas limitações. Num hospital de reabilitação todos são envolvidos no processo de aprendizado, o cliente e a família. Depois do treinamento básico, "você é mandado para a guerra". Metaforicamente falando, a guerra seria o desafio de sobreviver o resto da vida com tamanho nível de dependência da ajuda de terceiros.

Creio mesmo que o portador de deficiência física precisa reunir forças lá do fundo de seu ser, com vistas na superação gradativa das limitações deixadas pela seqüela neurológica, ainda que as respostas sejam alcançadas através de pequenas, mas significativas mudanças e/ou ganhos funcionais capazes de, aos poucos, devolver-lhe a sensação de satisfação de executar sozinho uma simples operação de higiene pessoal, ou mesmo força e coordenação psicomotora para executar sozinho uma aparentemente simples tarefa como uma transferência da cadeira de rodas para outra superfície (Machado, 2000). Na conjuntura dos portadores de lesões neurológicas a expressão reunir forças passa a representar o legado do cotidiano, considerando que a despeito de todas as dificuldades que venham enfrentar para sobreviver com as limitações impostas pela seqüela, precisam sempre olhar pelo ângulo positivo dos fatos e circunstâncias, mantendo o bom humor e canalizando cargas energéticas positivas para vibrar em harmonia com aqueles que lhes prestam cuidados.

Tormin (1998) embora tenha enfrentado muita dificuldade em compreender o que se estava passando em seu corpo físico, num processo gradativo de perda dos movimentos voluntários e comandos cerebrais, em decorrência de uma infecção adquirida pela manipulação inadequada de procedimento anestésico no pré-operatório, o que lhe custou uma paraplegia com perda da sensibilidade tátil e térmica dos seios para baixo, acredita que os problemas também têm o seu lado positivo, conduzindo-nos na busca de soluções, emprestando-nos crescimento extraordinário. Neles está sempre presente a semente da oportunidade a serviço de nossa própria evolução, não obstante todos os desafios que temos de superar, eles ressaltam o mérito da conquista da alma, devolvendo-nos a felicidade que é provedora da qualidade de vida. Apesar do exemplo de ampliação do nível de consciência de Tormin, no início, também teve que enfrentar as crises existenciais como qualquer mortal que viva a situação de deficiência física.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Para nós enfermeiros, melhor sempre é que os clientes manifestem suas angústias através do choro, comportamento agressivo, pois, quando eles se fecham em estado de profunda depressão, maior é o risco de eles cometerem atos que atentem contra a própria vida, como, por exemplo, a ingestão de doses excessivas de determinadas drogas, inalação de gases tóxicos, entre outras formas de dar fim à própria vida. Quantas vezes eu mesmo não me flagrei arquitetando uma maneira menos dolorosa de cometer suicídio, acabando de vez com todo o sofrimento e dor física que me estava sendo imposto. Sem me dar conta de que a situação em si, nada mais era do que uma forma de ascese. Ainda bem que conseguia afastar os pensamentos negativos e deixar que a minha essência ou Eu Superior conduzisse meus corpos (físico, mental e emocional) a refletir sobre o significado suprafísico e subjetivo do que estava acontecendo em termos de resgate para crescimento e evolução existencial (Machado, 2000).

No que tange a oportunidade de o enfermeiro começar a coletar informações do cliente e família acerca do ambiente domiciliário e as respectivas adaptações da planta física, equipamentos e materiais, bem como dos recursos de apoio comunitário em termos de políticas públicas, como parâmetros essenciais ao planejamento dos cuidados de longo prazo, a NBR 9050 da ABNT[3] traz em detalhes todas as orientações necessárias ao atendimento das necessidades especiais da clientela deficiente, desde as referentes ao ambiente institucionalizado em nível hospitalar, até sugestões criativas que assegurem plena acessibilidade nos espaços e mobiliários de casa.

- **Fase de ajustamento ou reconhecimento:** a persistência do quadro resultante das seqüelas neurológicas, o início do processo de reabilitação e o contato com outras pessoas que experimentam a mesma situação fazem com que o cliente comece a tomar consciência de sua realidade. Contudo, as evidências geram uma depressão ou uma sensação de desvalorização pessoal tão forte, que podem surgir idéias suicidas. Superadas as crises existenciais, ele começa a se recuperar dos aspectos negativos da mudança, passando a examinar os problemas relativos à possível necessidade de adaptações em seu ambiente domiciliar, por exemplo. Os sentimentos de dor diminuem e dão margem à emergência de alguma esperança no futuro, passando a se ocupar em aprender coisas novas e adquirir mais conhecimento e experiência. Nessa fase, o enfermeiro deve procurar ocupar o cliente com orientações sobre o autocuidado, para que sua mente não gire em torno de idéias pessimistas, mostrando-se também interessado em compartilhar com ele seus conhecimentos sobre adaptações e/ou adequação dos ambientes domiciliares, inclusive, agendando com a família uma visita a sua casa, visando obter dados essenciais para planejar os cuidados a longo prazo.

Uma vez ciente de que se deve investir na conquista de ganhos funcionais, geralmente, o deficiente portador de lesão medular ou cerebral empenha-se ao máximo nos exercícios a ponto de cultivar esperanças de conseguir movimentos voluntários e coordenados, como o caso de PECCI (1980) que, ao descrever sua experiência, mostra o quanto esperava a qualquer momento mexer um músculo das pernas inertes. A bem da verdade, seu empenho nos exercícios de fisioterapia, embora não lhe tenha devolvido a capacidade de acionar comandos cerebrais para que suas pernas se movimentassem, por uma questão do rompimento de parte do circuito condutor do estímulo, ao menos serviu como instrumento de descoberta e aceitação de seus limites.

---

[3] NBR 9050 de Setembro de 1994, Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas, Rio de Janeiro, 1994.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A despeito da possibilidade de o cliente ainda estar suscetível a quadros depressivos, inclusive com riscos de atentar contra a própria vida, quando se mostra muito resistente a assumir a nova condição de imagem externa, a fase de reconhecimento é propícia para que ele se lance por inteiro na descoberta de suas potencialidades. O contato com outros que passam pela mesma situação é um fator relevante, considerando a oportunidade da identificação e compartilhamento de suas intimidades, muitas vezes, inconfessáveis a outras pessoas "normais" do ponto de vista da performance física. Assim, o que parecia bizarro torna-se aceitável.

Manter a mente ocupada com alguma atividade, por mais rotineira que possa parecer, é sempre medida relevante, adotada para impedir que pensamentos e vibrações negativas inundem o imaginário do cliente deficiente. Leituras de textos de cunho religioso também são indicadas, como forma de fortalecer a ampliação do nível de consciência e o despertar para realidades suprafísicas do universo (Machado, 2000). Entretanto, confesso que meus primeiros contatos com outros clientes no programa de reabilitação da ABBR me deixaram meio chocado, talvez pelo fato que até então, ninguém tivesse se dirigido a mim pelo termo aleijado, ainda que de maneira descontraída e amigável (Machado, 1999). Ao que pudemos perceber no decorrer do convívio com vários clientes portadores de deficiência física, ainda que intuitivamente, eles se beneficiavam com as muitas risadas que davam ao brincar com a própria (des)graça, fazendo com que o cérebro liberasse endorfina suficiente para aliviar a dor, relaxar a musculatura e passar o tempo.

É notório que a maioria das pessoas experimenta sentimentos de bondade ou de solidariedade quando se vê diante de alguém que sofre de uma deficiência física ou mental ou está em situação desvantajosa, até porque, é o mínimo que se pode demonstrar em face ao sofrimento alheio. Quando estimulamos nossa sensibilidade para o sofrimento dos outros através de uma abertura pessoal deliberada, acredita-se que sejamos capazes de ampliar gradualmente essa compaixão. Ela atinge um ponto em que somos tocados pelo sofrimento alheio, mesmo em sua forma mais sutil, que desenvolve em nós uma irresistível noção de responsabilidade por todos os nossos semelhantes. Isto faz com que a pessoa compassiva se dedique inteiramente a ajudar os outros a superarem tanto o sofrimento quanto suas causas (Dalai Lama, 2001). Se olhássemos uns para os outros como iguais, talvez sentíssemos o desejo de nos unirmos, formando uma grande família humana no mundo, independente de raça, credo, religião, roupagem e/ou invólucro da performance física. Melhor seria se nos dispuséssemos a desenvolver a noção de consciência planetária, como marco decisivo rumo à consciência cósmica, onde o mundo das formas não tem o menor sentido.

Contudo, considerando as nossas amarras aos corpos tridimensionais, vejo algo de grande valia no pensamento de Tormin (1998:151) quando ela diz: *"É fundamental, para o novo alicerce, a afirmação e o reconhecimento dos potenciais que se encontram na mente e não materializados nas pernas, como muitos pensam"*. Reflexão que bem cabe para os deficientes físicos que fantasiam e vivem em função da idéia de que de repente voltarão a andar, embora tenhamos que reconhecer que a capacidade de reorganização do complexo sistema nervoso, às vezes, nos prega grandes surpresas, dada a singularidade da condição humana. Ainda assim, creio não ser prudente que nos espelhemos em exceções, alimentando vagas esperanças e confundir reabilitação com recuperação.

É sempre bom estar lembrando aos clientes portadores de lesões neurológicas participantes de programas de reabilitação que o termo recuperação não é sinônimo de reabilitação, pois enquanto o primeiro seja caracterizado pelo pleno restabelecimento das funções neurológicas, a despeito das possíveis alterações na forma, o segundo, por sua vez, fundamenta-se no empenho da equipe em oferecer o máximo em termos de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ganhos funcionais para que o cliente consiga sobreviver com suas limitações funcionais. Definitivamente, nós enfermeiros não devemos alimentar falsas esperanças nos clientes. Deixemos que a força do pensamento, da fé, da esperança que a Vontade Maior aja, intercedendo na capacidade de reorganização do cérebro.

Segundo Boff (2000) o ser humano transcende tudo, pois através de seu pensamento ele pode habitar as estrelas e romper todos os espaços, uma vez que nós, seres humanos, temos uma existência condenada a abrir caminhos, sempre novos e surpreendentes. Sendo assim, nada impede que nossos clientes tentem transcender seus limites ao máximo, desde com os "pés no chão", por mais paradoxal que possa parecer.

Ao que nos parece, os paraplégicos portadores de seqüelas medulares, a despeito da perda da sensibilidade, controle dos esfíncteres, e muito mais suscetíveis a escaras, o fato de haver preservado íntegros movimentos, coordenação das mãos, braços e equilíbrio de tronco, além de agilidade para as transferências, funciona como um tipo de compensação da Vontade Maior, fazendo com que mais rápido se adaptem à condição de cadeiristas. Sirvo-me das palavras de Pecci (1980:47) quando ele diz: *"A cadeira de rodas me possibilita incursões surpreendentes. Mesmo sentado, eu recompunha meus pedaços ativos, e o ajuntamento deles me andava sem pernas. Eu começava aprender a andar sem elas".* Por outro lado, o olhar de um tetraplégico é bem diferente, muitas vezes, fazendo da imagem dos paraplégicos com toda aquela agilidade, a representação de uma meta a ser alcançada, um ideal.

Como os clientes portadores de lesão medular perdem controle dos esfíncteres, ainda têm que conviver com outro "fantasma" — a possibilidade de evacuar ou desconectar o coletor urinário sem perceber, causando muito constrangimento e tendo que fingir não perceber as expressões faciais dos outros em relação aos odores. A propósito, Morin (2001:40) diz que: *"Nossas atividades biológicas mais elementares — comer, beber, defecar — estão estritamente ligadas a normas, proibições, valores, símbolos, mitos, ritos, ou seja, ao que há de mais especificamente cultural; nossas atividades mais culturais — falar, cantar, dançar, amar, meditar — põem em movimento nossos corpos, nossos órgãos; portanto, o cérebro".* Ao que nos sugere que não há em que se preocupar com os outros, uma vez que reproduzem o modelo do padrão cultural em que estão inseridos seus mitos e falsos valores. O mais importante numa situação como essa é que os profissionais de enfermagem ou os prestadores de cuidados estejam a postos e não demonstrem nojo, para que o cliente não fique ainda mais constrangido. Procedam naturalmente e encorajem-no a não se intimidar pelo fato.

Situação que o professor Morie aos poucos teve que se acostumar, quando o odor de suas fezes impregnava toda a sala de estar, considerando que ele já não podia se dar ao luxo de se movimentar de um lugar para outro, de fechar a porta do banheiro quando entrava, tampouco de borrifar um desodorizante quando saía (Albom, 1998). Pertinente também é a colocação de Pecci (1980), que é muito mais fácil ter pernas inertes do que um intestino descontrolado, preguiçoso ou explosivo, pois, muitas vezes, a paraplegia é mais social do que física, considerando que a sociedade exige dos indivíduos intestinos limpos e bexigas vazias.

Nas práticas hospitalares isto também não é diferente, pois via de regra, o trabalho do médico só começa após a higienização e/ou banho do cliente, atividade reservada aos profissionais de enfermagem. Além disso, raros são os profissionais que lidam com odores ou restos biológicos sem manifestar expressão de nojo, causando grande sensação de desconforto aos clientes. É a influência da condição humana com a consciência limitada à esfera material de nossa existência, independente do padrão de cultura, até porque, ao menos as ditas mais "civilizadas", não escapam à regra de conceber a imagem e representação da doença e, conseqüentemente, do doente como o de mal cheiroso, fétido, como se o belo e saudável não fedesse na sua intimidade. No

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

âmbito da prática hospitalar, o odor que mais incomoda é o do cliente acamado, imobilizado, deficiente, dependente, enfim, aquele desprovido de capacidade para eliminar seus odores, secreções, excreções, com privacidade.

É importante destacar essa fase como momento decisivo para que o enfermeiro estabeleça vínculo de aproximação com o universo do cliente, ocasião ideal para o agendamento de visita domiciliar a fim de obter informações essenciais ao planejamento dos cuidados de enfermagem a longo prazo. Munido da NBR 9050 de setembro/94 e cônscio dos recursos financeiros da família, avalia o ambiente e traça com a ajuda de profissionais de engenharia e arquitetura, além de membros da família, estudo apresentado e discutido *a posteriori* com o cliente para atender as suas necessidades. Caso esteja além das possibilidades orçamentárias do cliente e família, convém levantar os recursos comunitários ou de políticas públicas que apóiem tais iniciativas. No Brasil, a CORDE — Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, órgão do Ministério da Justiça, tem um programa denominado — Município e Acessibilidade, no qual as prefeituras devem solicitar recursos financeiros para o atendimento das classes menos favorecidas. Há, ainda, a Lei 10.098 de 19/12/2000, que dispõe sobre o tema — Acessibilidade para Todos, além do Decreto 3.298 — Estatuto das Pessoas com Deficiência. No âmbito do Ministério da Saúde a Portaria Nº 818, de 5 de junho de 2001, dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implementação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, visando a qualificação dos processos de reabilitação funcional e da prescrição, fornecimento e adequação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, com ênfase na qualificação de pessoal para contribuir decisivamente na melhora das condições de vida, integração social e ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária.

Instrumentos legais que podem em muito contribuir no planejamento dos cuidados a longo prazo, oferecendo aos enfermeiros oportunidade ímpar para o exercício liberal da profissão, extramuros institucionais, aliás, *locus* que precisamos assumir em toda sua dimensão.

- **Fase de reconstrução:** começa quando o cliente renuncia ao seu passado e se empenha na descoberta de soluções para os problemas deixados pelas seqüelas neurológicas, buscando meios para a reconstrução do presente e organização do futuro. Fica entusiasmado com os resultados obtidos com o programa de reabilitação e começa a se sentir recompensado por seus esforços. Ele substitui o que perdeu e começa um processo de valorização dos novos elementos, testando sua natureza e seus limites. Nesse momento, cabe ao enfermeiro avaliar periodicamente o planejamento que estabeleceu visando alcançar o maior nível de independência do cliente para desempenhar sozinho os procedimentos técnicos de autocuidado, bem como as atividades da vida diária (AVDs). É também importante enfatizar a força da fé, determinação e coragem como instrumentos essenciais para continuar sobrevivendo com dignidade, ainda que com a roupagem física diferente.

Algumas observações e considerações sobre o funcionamento do organismo dos clientes portadores de seqüelas neurológicas medulares são fundamentais, em função de cuidados especiais que eles precisam adotar no cotidiano, como medidas preventivas de complicações. As principais alterações metabólicas, por exemplo, a começar pela bexiga, que pode sofrer alterações importantes relacionadas à sensibilidade e controle após a lesão medular, necessitando de observação e cuidados especiais, além da possibilidade de trazer riscos à saúde pelo comprometimento do trato urinário superior e constrangimentos no âmbito do convívio social, devido à incontinência, exigindo do indivíduo o uso de dispositivos externos (bolsas coletoras) ou procedimen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tos invasivos, como o cateterismo vesical de alívio (na dependência da ingesta líquida), refletindo nas relações interpessoais tanto socialmente, quanto na sexualidade.

Tive oportunidade de vivenciar o estado de ansiedade no cotidiano dos paraplégicos que, por total falta de informação e orientação da equipe de "saúde", optavam por evitar beber líquidos para não passar por constrangimentos nos setores de fisioterapia frente aos colegas. Da mesma forma, recusavam as refeições por receio de evacuar na frente dos outros (Machado, 1999).

Por isso, é fundamental que não se perca de vista que, assim como a bexiga, o intestino também apresenta alterações inclusive de peristaltismo, levando à necessidade de cuidados ligados à alimentação, ingesta hídrica e estimulações periódicas, entretanto, não podemos deixar de considerar a singularidade de cada caso e as dificuldades de adaptação ao que estabelecemos como padrão em termos de funcionamento. Outro aspecto importante que influencia em muito as respostas dos clientes é o precário nível de qualificação dos profissionais para lidar com temas tão específicos. Os clientes portadores de lesão medular tinham por hábito ingerir doses duplas ou triplas de geléia de tamarindo, no plantão noturno de quinta-feira, deixando que o efeito se desse nos finais de semana, quando passavam em casa na companhia da família (Machado, 1999).

Renunciar ao passado talvez seja a mais difícil prova, considerando o quanto nossos padrões culturais cultivam o apego ao mundo das formas, tanto as subjetivas como as lembranças ou elaborações mentais, quanto as objetivas, representadas por todo e qualquer bem ou patrimônio material que nos proporcione certo conforto e sensação de bem-estar. Penso que seria melhor tomarmos o exemplo dos budistas, que recomendam não se prender às coisas, porque, na verdade, tudo é transitório. O verdadeiro doador sabe que na realidade não é ele quem doa, partindo do princípio de que tudo pertence à Vontade Maior, o que passa por suas mãos jamais lhe pertenceu.

Aos poucos vamos nos acostumando e aceitando a nova performance física, como muito bem pontuou Pecci (1980:117) *"Sinto-me normal em minha anormalidade (...) caminho levando comigo a força mais musculosa que um homem pode carregar: a da amizade"*. Ao que acrescento, meu caminhar é seguro, pois sinto que não estou sozinho em momento algum e a certeza de que meus passos são protegidos por Ele, me faz seguro e deveras realizado.

O processo de descoberta para a reconstrução de novas vias para as funções neurológicas, por si só, já se constitui um desafio para quem sofre algum tipo de lesão neurológica e funcional, além de requerer um sistemático programa e acompanhamento diário de profissionais habilitados, exige também um esforço da parte do cliente como fato indispensável para o alcance de qualquer meta traçada. O mais difícil é renunciar ao passado, pois as lembranças do quão prazerosa era a vida de antes inunda nossa mente, como uma avalanche de pessimismo e dor (Machado, 2000).

Meu "caminhar com a mente" nos últimos 7 anos, foi como se tivesse nascido para uma nova vida, com pequenas, mas significativas conquistas graduais no âmbito dos corpos físico, mental e emocional, o que me possibilitou uma melhor compreensão da complexa multidimensionalidade que permeia a realidade de nossas existências, aqui, no planeta Terra. Agora posso compreender que a dimensão espiritual que envolve a nossa existência — enquanto seres humanos em processo de evolução —, é o caminho para a ascese que conduz à eternidade cósmica, galgado de forma cíclica e constituído de muitas idas e vindas ao mundo das formas, aqui, ou noutro planeta do infinito universo, independente de nossa vontade e domínio, estando, portanto, exclusivamente regida por determinação da Vontade Única ou Deus.

Como enfermeiro e docente da Área de Enfermagem Fundamental, o conhecimento de causa constituiu fator decisivo na qualidade dos cuidados que recebi desde

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o momento em que pude me comunicar verbalmente, ou seja, 14 dias após a agressão. Desde então, passei a sugerir alternativas como medidas de cuidado e conforto que, não estivesse do outro lado, certamente, não estaria desperto para tal. Aliás, nada substitui o significado de uma situação, como a oportunidade de vivenciá-la, no entanto, isso não quer dizer que as pessoas não devam ser sensíveis na tentativa de interpretar o significado e dimensão daquilo que não tenham vivido. Creio que o exercício da empatia seja o melhor caminho, pois ao se colocar no lugar dos clientes, com certeza, estaremos mais predispostos a desempenhar cuidados fraternos, sensíveis, permeados de amor e bem-querer.

Porém, ainda que com muito pesar, acredito que a inadequada interpretação e o ineficiente uso das políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades dos portadores de deficiências quando recebem alta hospitalar, começa desde que eles entram num programa de reabilitação e percebem a falta de interesse dos profissionais com o que pode acontecer com eles e suas famílias, numa demonstração clara de que o compromisso acaba a partir da alta. Em suma, a metáfora de Galli (2001) — "quando a pessoa recebe alta do programa de reabilitação é mandada para a guerra" — aplica-se perfeitamente à realidade das instituições especializadas em reabilitação do Brasil, as exceções a esta regra oferecem, como arma e munição para sobreviver a tal guerra, os folhetos, folders, e manuais com recomendações de medidas padrão da ABNT.

A grande maioria dos deficientes físicos brasileiros não tem acesso a programas de reabilitação quaisquer, até porque eles estão concentrados nos grandes centros urbanos e mal dão conta da demanda local. Sem receber orientação acerca dos cuidados básicos para com o corpo "diferente", o resultado é todo tipo de complicação e muito sofrimento. Creio que o pensamento do Dalai Lama (2001) deveria servir para reflexão dos profissionais de saúde. Segundo ele, quando estimulamos nossa sensibilidade para o sofrimento dos outros através de uma abertura pessoal deliberada, acredita-se que sejamos capazes de ampliar gradualmente essa compaixão. Ela atinge um ponto em que somos tocados pelo sofrimento alheio, mesmo em sua forma mais sutil, que desenvolve em nós uma irresistível noção de responsabilidade por todos os nossos semelhantes. Isto faz com que a pessoa compassiva se dedique inteiramente a ajudar os outros a superarem tanto o sofrimento quanto suas causas. Portanto, faz-se necessário que passemos a assumir uma postura e conduta mais compassiva para com o sofrimento que os deficientes enfrentam no cotidiano, somando forças para mudar esse quadro desumano, cruel, desigual.

A propósito da consciência terrena, busco inspiração nas idéias de Morin (2000) quando ele diz que é necessário aprender a estar aqui, no planeta Terra. Aprender a estar aqui significa: aprender a viver, a dividir, a comunicar, a comungar; é o que se aprende somente nas — e por meio de — culturas singulares. Precisamos doravante aprender a ser, viver, dividir e comunicar como humanos do planeta Terra, não mais somente pertencer a uma cultura, mas a condicionar, melhorar, compreender. Ao que eu acrescento, compartilhar o que aprendemos ou sabemos ser de vital importância para aqueles menos favorecidos e com pouco acesso à informação acerca de seus direitos, neste caso, as pessoas portadoras de deficiência.

Retomando a reflexão de Galli (2001) concordo que a dependência é uma necessidade que o amor ou a amizade não conseguem preencher. Partindo de minha própria experiência ao longo de 7 anos sem sentir o prazer de ficar embaixo do chuveiro na vertical, andar descalço na areia da praia, assim meio sem destino, percebo claramente a valor de pequenas coisas que dão sentido de liberdade e independência a uma simples rotina de vida.

Ainda de acordo com o pensar do Dalai Lama (2001:178), o que inibe a compaixão é a falta de contenção interior que já identificamos como origem de toda conduta

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

antiética, uma vez que cada um de nossos atos tem dimensão universal. Por causa disso, a disciplina ética, a conduta íntegra e um discernimento cuidadoso são elementos decisivos para uma vida feliz e significativa. Para superar nossa tendência de ignorar as necessidades e direitos dos outros, precisamos continuamente lembrar a nós mesmos o que é óbvio: que basicamente todos somos iguais. E acrescento: *"Uma das grandes vantagens de desenvolver essa noção de responsabilidade universal é nos tornarmos sensíveis a todos os seres — e não só aos que estão mais perto de nós. Passamos a ver melhor a* ***necessidade de cuidar*** *antes de tudo daqueles membros da família humana que sofrem mais".* Uma maneira de confirmar que nada nos acontece por obra do acaso. Se somos ou estamos enfermeiros, creio que é por determinação da Vontade Única. Então, façamo-lo com amor.

As políticas públicas estão evoluindo e oferecendo oportunidades para que os profissionais de saúde intercedam a favor dos portadores de deficiência física, portanto, é tudo uma questão de elaborar projetos com minuciosa argumentação e exposição de motivos que abarque toda a complexa estrutura de recursos materiais, equipamentos e qualificação profissional para atender a demanda social. O enfermeiro, como elemento-chave nesse contexto, precisa assumir seu percentual de responsabilidade na mudança dessa realidade tão desigual, desumana, omissa, no que tange ao cuidado de longo prazo, particular e especialmente. Enfim, precisamos romper com o modelo de cultura que nos fez julgar que nossa prática profissional estaria restrita ao *locus* institucional, até porque, no fundo, ela traz o jargão da subordinação de nosso saber e fazer à medicina. Uma questão de historicidade que precisa ser refletida e eliminada, já que estamos no começo do novo milênio.

Outro aspecto que a sociedade do novo milênio começa a se preocupar é o da plena inclusão social do portador de deficiência nas conjunturas do sistema de produção de riquezas, prestação de serviços, formação e qualificação profissional, e os espaços de atuação dos profissionais de enfermagem precisam estar abertos para receber portadores de deficiência que se interessem em compartilhar, seja no âmbito do ensino, pesquisa, extensão, ou assistencial, enquanto segmentos da prática social. Ademais, sendo a enfermagem uma área de conhecimento e prática pautada no sensível, subjetivo, por quê não compartilhar seus espaços de prática profissional com os deficientes, já que são seres humanos despertos para a dimensão sensível da condição humana?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBOM, M. A última grande lição: O sentido da vida. 11. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.
2. ACKERMAN, D. Uma História Natural dos Sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
3. BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do Humano — compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
4. _____. Tempo de Transcendência: O ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
5. CAPRA, F. A Teia da Vida — Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1997.
6. DALAI LAMA. Uma Ética para o Novo Milênio. 4. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
7. DAMÁSIO, A. O erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano. São Paulo: Schwarcz, 1996.
8. DROUT, P. Cura espiritual e imortalidade. Rio de Janeiro: Nova Era, 1996.
9. FIGUEIREDO, NMA; MACHADO, WCA; PORTO, IS; FERREIRA, MA. A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. In: Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
10. GALLI, R. Salvando meu filho. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

11. MACHADO, WCA. Minha prisão sem grades: Uma abordagem semiótica de reabilitação em enfermagem. Goiânia: Kelps, 1999.
12. _____. Tempo, espaço e movimento: O "(d)eficiente" físico, a reabilitação e o desafio de sobreviver com o corpo partido. Rio de Janeiro: Papel e Virtual, 2000.
13. MORIN, E. Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2000.
14. _____. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2001.
15. NETTO, JT. ERKS — Mundo interno. São Paulo: Pensamento, 1995.
16. PECCI, JC. Minha Profissão é andar. 2. ed. São Paulo: Summus, 1980.
17. POTTER, PA; PERRY, AG. Fundamentos de Enfermagem: Conceito, Processo e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
18. SIVANANDA, S. O poder do pensamento pela ioga. São Paulo: Pensamento, 1997.
19. TORMIN, G. Pássaro sem asas. 3. ed. Goiânia: Kelps, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 28

Cuidar de Longo Prazo e Reabilitação do Cliente

Wiliam César Alves Machado
Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Ana Paula Scramin

INTRODUÇÃO

Antes de entrarmos nos pormenores do cuidado a longo prazo em reabilitação, gostaríamos de chamar atenção dos leitores para os aspectos lingüísticos das terminologias usadas para caracterizar e/ou definir cada situação, tendo em vista o seu uso muitas vezes tendencioso à conotação de caráter pejorativo para mascarar o preconceito que as pessoas têm em relação aos deficientes. Aliás, nada mais são do que reflexos dos padrões culturais e como tal precisam ser muito bem trabalhados, com vistas a mudanças da mentalidade e comportamento da sociedade como um todo. O fato de apresentarmos as especificações abaixo para estudantes, docentes, pesquisadores e enfermeiros, com suas equipes que militam nos mais diversos espaços de prática social de enfermagem, demonstra o quão preocupados estamos em corrigir certas distorções da linguagem falada e escrita.

No entender de Sassaki (2001), usar ou não usar termos técnicos corretamente não é uma mera questão semântica ou sem importância, se desejamos falar ou escrever construtivamente, numa perspectiva inclusiva sobre qualquer assunto de cunho humano. E a terminologia correta é especialmente importante quando abordamos assuntos tradicionalmente eivados de preconceitos, estigmas e estereótipos, como é o caso das deficiências que aproximadamente 10% da população possuem.

Os termos são considerados corretos em função de certos valores e conceitos vigentes em cada sociedade e em cada época. Assim, eles passam a ser incorretos quando esses valores e conceitos vão sendo substituídos por outros, o que exige o uso de outras palavras. Estas outras palavras podem já existir na língua falada e escrita, mas, neste caso, passam a ter novos significados. Ou então são construídas especificamente para designar conceitos novos. O maior problema decorrente do uso de termos

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

incorretos *reside no fato de serem inadvertidamente reforçados e perpetuados* os conceitos obsoletos, as idéias equivocadas e as informações inexatas (Sassaki, 2001).

A seguir, ele apresenta vários termos incorretos e seus equivalentes corretos, seguidos de comentários, conforme se apresenta na Tabela 28.1, com o objetivo de subsidiar o trabalho de estudantes de qualquer grau do sistema educacional, pessoas com deficiência e familiares, profissionais de diversas áreas (reabilitação, educação, mídia, esportes, lazer etc.), que necessitam falar e escrever sobre assuntos de pessoas com deficiência no seu dia-a-dia. Ouvimos e/ou lemos esses termos incorretos em livros, revistas, jornais, programas de televisão e de rádio, apostilas, reuniões, palestras e aulas.

Tabela 28.1
Aspectos Lingüísticos e Culturais sobre o Uso de Terminologias

Não Diga e Não Escreva	*Diga e Escreva*	*Comentários*
PPD's	*PPDs*	Não se usa apóstrofo para designar o plural de siglas. A mesma regra vale para siglas como ONGs (e não ONG's). No Brasil, tornou-se bastante popular, acentuadamente entre 1986 e 1996, o uso do termo pessoas portadoras de deficiência. Hoje, o termo preferido passou a ser pessoas com deficiência, motivando o desuso da sigla PPDs
Aleijado; defeituoso	Pessoa com deficiência	Aqueles dois termos eram utilizados com freqüência até a década de 1980
Cadeira de rodas elétrica	Cadeira de rodas motorizada	Trata-se de uma cadeira de rodas equipada com um motor
Deficiências físicas (como nome genérico englobando todos os tipos de deficiência)	Deficiências (como nome genérico, sem especificar o tipo, mas referindo-se a todos os tipos)	Alguns profissionais não-pertencentes ao campo da reabilitação acreditam que as deficiências físicas são divididas em motoras, visuais, auditivas e mentais. Para eles, *deficientes físicos* são todas as pessoas que têm deficiência de qualquer tipo
Deficientes físicos (referindo-se a pessoas com qualquer tipo de deficiência)	Pessoas com deficiência (sem especificar o tipo de deficiência)	
Ele é surdo-cego	Ele é surdocego	Também podemos dizer ou escrever, por exemplo: '*ele tem surdocegueira*'
Ele manca com bengala nas axilas	Ele anda com muletas axilares	No contexto coloquial, é correto o uso do termo *muletante* para se referir a uma pessoa que anda apoiada em muletas

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Tabela 28.1 (*cont.*)
Aspectos Lingüísticos e Culturais sobre o Uso de Terminologias

Infelizmente, meu primeiro filho é deficiente; mas o segundo é normal	Tenho dois filhos: o primeiro tem deficiência e o segundo não tem	A normalidade, em relação a pessoas, é um conceito questionável, ultrapassado. E a palavra *infelizmente* reflete o que a mãe pensa da deficiência do primeiro filho: '*uma coisa ruim*'
Inválido (referindo-se a uma pessoa)	Pessoa com deficiência	A palavra *inválido* significa *sem valor*. Assim eram consideradas as pessoas com deficiência desde a Antiguidade até o final da Segunda Guerra Mundial
Língua dos sinais	Língua de sinais	Trata-se de uma língua viva e, por isso, novos sinais sempre surgirão. A quantidade total de sinais não pode ser definitiva
Linguagem de sinais	Língua de sinais	A comunicação sinalizada dos e com os surdos constitui uma língua e não uma linguagem. Já a comunicação por gestos, envolvendo ou não pessoas surdas, constitui uma linguagem gestual. Uma outra aplicação do conceito de linguagem se refere ao que as posturas e atitudes humanas comunicam não-verbalmente, conhecido como a linguagem corporal
Sistema inventado por Braile	Sistema inventado por Braille	O nome Braille (de Louis Braille, inventor do sistema de escrita e impressão para cegos) se escreve com dois l. Braille nasceu em 1809 e morreu aos 43 anos de idade
Sistema Braille	Sistema braile	Conforme Martins (1990), grafa-se Braille somente quando se referir ao educador Louis Braille. Por exemplo: '*A casa onde Braille passou a infância* (...)'. Nos demais casos, devemos grafar: [a] *braile* (máquina braile, relógio braile, dispositivo eletrônico braile, sistema braile, biblioteca braile etc.) ou [b] *em braile* (escrita em braile, cardápio em braile, placa metálica em braile, livro em braile, jornal em braile, texto em braile etc.)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Acreditamos que as informações acima possam contribuir para que nossos registros nos prontuários dos clientes com deficiência não corram o risco de parecer preconceituosos, desumanos e/ou discriminadores para com nosso semelhante, além de nos ter esclarecido sobre a forma correta de usá-los no cotidiano.

UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO CUIDADO A LONGO PRAZO NA ENFERMAGEM

A história é testemunha de que foi através de estudos e pesquisas clínicas de enfermagem nos Estados Unidos e Canadá, do trabalho insistente dos lobistas representantes da categoria nos escalões políticos e intelectuais, da luta pelo reconhecimento social da importância dos cuidados enquanto ação interativa em prol da prevenção e promoção da saúde e pela ampliação do campo de prática extramuros institucionais, que o cuidado de longo prazo se tornou o sinônimo da prática liberal da profissão e ganhou destaque como objeto das pesquisas acadêmicas dos últimos anos (Machado, 1999). Ainda que a despeito de muita prudência e, porque não dizer, desconforto de alguns setores conservadores da área de saúde, sintomaticamente incomodados com as novas perspectivas político-intelectuais reservadas para a enfermagem, a partir de então. Afinal de contas, tratava-se de uma mudança paradigmática a exemplo do surgimento da enfermagem moderna com os postulados de Florence Nightingale.

De acordo com Potter e Perry (1999), o cuidado a longo prazo constitui-se de um conjunto de intervenções de enfermagem que podem estar ou não relacionadas com as tradicionais prescrições médicas, dependendo, pois, em sua grande maioria, do processo e do diagnóstico de enfermagem. Por se tratar de procedimentos voltados para a orientação com enfoque no autocuidado, acompanhamento, avaliação do grau de aprendizado, dentre outras intervenções que visam a preservação, promoção, recuperação e melhora da qualidade de vida e saúde dos clientes na esfera da reabilitação, o resgate da auto-estima, a sensação de utilidade e o direito de cidadania perdidos em função das incapacidades funcionais do corpo físico, contribuíram substancialmente para consolidar o cuidado de longo prazo como prática liberal de enfermagem. Faz mister situar o papel social que o enfermeiro deve exercer como gerente do cuidado de longo prazo, empenhando-se para que todas as suas etapas e metas estejam direcionadas para a integração dos clientes aos meios de vida da sociedade produtiva, poupando-os de ter que levar o resto da vida enclausurados nas instituições de prestação de serviços de saúde, ou num ambiente domiciliar inadequado para atender as suas necessidades. O monitoramento das evoluções para o ajuste, a integração e a adaptação às novas condições de vida é rigorosamente acompanhado por uma equipe transdisciplinar, mas cabe ao enfermeiro o papel de gerenciamento do caso, recebendo os seus honorários pelo plano de saúde do cliente (caso ele tenha) ou por reembolso da previdência pública (Potter e Perry, 1999).

Ainda pautados nas idéias dos autores acima mencionados, cabe ressaltar a importância dos programas de ensino de enfermagem em nível de pós-graduação para que se fosse alcançado este estágio. A definição dos padrões de diagnósticos de enfermagem não foi uma luta apenas travada entre os estudantes e as teorias de seus docentes, mas as universidades contribuíram muito para que a American Nurses Association (ANA) pressionasse os políticos para aprovar as propostas da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Com as especializações clínicas de enfermagem fortemente embasadas nos programas de mestrado e doutorado, as pesquisas acadêmicas revelaram o alto custo da internação hospitalar que onerava em muito, tanto as empresas de seguro de saúde do

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

setor privado da economia, quanto os cofres públicos, indicando como medida de redução de custos a alternativa de se criar políticas institucionais voltadas para o fomento da educação para a saúde com enfoque no autocuidado em nível domiciliar. Essa convergência de fatores criou uma situação oportuna e, por que não, a condição ideal para se reivindicar e ocupar este grande espaço político-intelectual e, assim, poder contribuir com a prestação de serviços de alta qualidade para os clientes que têm alguma dependência crônica resultante de seqüelas, doenças endócrinas, degenerativas, deficientes físicos, pessoas idosas, e muitas outras com dificuldades de locomoção.

Foi a partir daí que surgiram os hospices (inicialmente dedicados ao atendimento de clientes em fase terminal), as casas de enfermagem (dedicadas ao atendimento diversificado, abrangendo desde crianças abandonadas, idosos, deficientes físicos etc.) e os grandes condomínios de alta classe média, *locus* em que o papel do enfermeiro era o de gerente de caso, cabendo-lhe a responsabilidade e o compromisso de envolver o cliente, a família e as pessoas significativas no processo de educação para a saúde com ênfase na independência do cliente. Assim, as medidas terapêuticas poderiam ser planejadas, implementadas e sistematicamente avaliados os esquemas de treinamentos para as atividades da vida diária (AVDs), incentivando o cliente a alcançar um ótimo nível de independência, respeitados os seus limites, certamente. Enfim, uma oportunidade ímpar para ancorar a prática autônoma de Enfermagem num universo diversificado de situações que é da responsabilidade do enfermeiro (Potter e Perry, 1999).

Por outro lado, em se tratando da realidade brasileira, a questão não despertava atenção nem mesmo nos órgãos formadores da enfermagem em seus vários níveis e, mais grave ainda, quando se trata das lideranças de classe, como muito bem acentua Machado (2000), ao criticar a pouca disposição e/ou interesse dos docentes em abordar a temática enquanto conteúdo programático das disciplinas curriculares, deixando à margem do conhecimento da profissão cerca de 10% da população, numa expressiva ausência de senso humanitário, bem como o de respeito aos cidadãos, independente da *performance* de seus corpos. A bem da verdade, embora o discurso teórico da enfermagem contemporânea aborde com certa ênfase o conhecimento estético, contraditoriamente, deixa de lado o que foge aos padrões da estética ocidental, particular e especialmente quando se trata de pessoas com deficiências. Essa poderia ser a nossa primeira questão a ser refletida. Por quê as lideranças, no âmbito do ensino e assistência de enfermagem, não despertaram para este fato? Quais as implicações éticas para a omissão?

Quanto à primeira questão, intuo, por experiência em ambos os lados, que o ostracismo associado a uma certa dose de receio de se deparar com uma realidade da prática, que preferiam fingir não existir, foi fator determinante para que tal postura indiferente fosse consenso, pois me reportando ao período que permaneci internado num programa de reabilitação numa instituição da cidade do Rio de Janeiro, onde exercia as funções docente e assistencial de enfermagem, raros foram os dias dos dezoito meses que recebi visita de colegas do hospital ou da universidade. Não fosse a dedicação de uma docente e uma ex-aluna que me visitavam diariamente, certamente, eu não teria conseguido atingir e superar as metas traçadas pelo programa e o desfecho poderia ser o mesmo dos muitos clientes colegas de enfermaria do SUS. A grande maioria recebia alta do programa sem a menor orientação de como proceder para se autocuidar em casa, quando não, com outras complicações resultantes da inobservância, imperícia e descaso da equipe de "saúde". Por falar no SUS, as condições do ambiente das enfermarias eram por demais inadequadas em termos de ETHOS reservado para o tratamento de qualquer cliente, desde a planta física, higiene e limpeza, materiais e equipamentos, além da mais absoluta falta de preparo da equipe de enfermagem em lidar com clientes deficientes (Machado, 1999).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No que tange à questão ética que envolve a omissão das lideranças ou elites no âmbito da enfermagem, percebemos que a questão não passa de mero preconceito por parte de alguns, além de uma parcela significativa de acomodação da grande maioria em se dar o trabalho de mudar o *status quo* e, para tal, sugerimos uma reflexão sobre o que dispõe o Código de Ética Profissional de Enfermagem, que certamente abomina qualquer tipo de discriminação da equipe em sua responsabilidade e competência de prestar cuidados ao ser humano, em quaisquer circunstâncias. Aliás, o exercício da empatia seria suficiente para sensibilizar os exercentes da arte de Enfermagem e mudar substancialmente suas atitudes e condutas pessoais e profissionais.

A bem da verdade, nós mesmos apenas despertamos para a questão deficitária dos ambientes institucionais para atender com dignidade as necessidades dos clientes deficientes após vivenciarmos a situação atípica que se passou comigo, o que não significa dizer que a questão nunca nos tenha chamado atenção, ao contrário, ainda que tomássemos qualquer iniciativa isolada para chamar a atenção de colegas no ensino e na assistência, não haveria ressonância no grupo. Ademais, tal atípica experiência foi sistematicamente registrada, analisada, categorizada e divulgada em eventos através de pesquisas da prática de cuidar de deficientes, o que nos credencia tecer algumas observações sobre o que para nós representa o termo cuidado a longo prazo. Assim, o fato de observar e acompanhar a evolução, reações e singularidades de vários casos dentro do mesmo contexto de reabilitação física, nos levou a compreender o cuidado a longo prazo como necessidade que o próprio cliente precisa descobrir em si, enquanto sujeito singular, portanto, deve partir das reações dele desde o pós-acidente ou pós-operatório, seus ganhos e progressos no programa de reabilitação, sua adaptação ao ambiente domiciliar, inclusão social, entre outros aspectos. Enfim, um conjunto de fatores fundamentais para desenhar e determinar seu nível de dependência e/ou restrições para o desempenho de certas atividades. Em outras palavras, diríamos que o cuidado a longo prazo é um tipo de ação a ser desempenhada essencialmente em parceria, entre a pessoa deficiente e seu prestador de cuidados, que pode ser um profissional de enfermagem ou não neste caso devidamente orientado por algum.

Em estudo que envolveu 16 enfermeiros e 22 estudantes de enfermagem, Figueiredo, Machado, Chavarria e Porto (2001) recomendam que os enfermeiros fiquem atentos para o momento mais oportuno para se cortar os "fios de prata" que os ligam e levam, mesmo que inconscientemente, a interferir no processo de adaptação, autodescoberta e independência do cliente com deficiência adquirida, ocasião e circunstância em que precisam superar as próprias emoções, transcender medos, sentimentos de culpa e a sensação de desconforto por estarem deixando de interagir diretamente nas ações de cuidar. O estudo conclui que os enfermeiros precisam ser para seus clientes, em vez de estarem com eles, e os clientes dependentes devem estar com os enfermeiros e não pertencerem a eles, pois o mais importante é que ambas as partes não se deixem levar pelas nossas características humanas de imanência, e sim por aquelas que nos permitem transcender.

Dentro dessa perspectiva, Machado (2000) tece relevantes esclarecimentos no que tange ao aspecto singular do cuidado a longo prazo, enquanto enfermeiro e supervisor de seus prestadores de cuidados desde 1994, após assalto que resultou em severa lesão cerebral que jamais o impediu de estar sempre atento a cada detalhe, bem ao estilo dos docentes de Enfermagem Fundamental. O mesmo se pode observar nos relatos de França (2001), ainda que o faça nas entrelinhas de sua linguagem, ao narrar seu desempenho no papel de enfermeira e docente de enfermagem vigilante e atenta às respostas de seu corpo em face de lesão medular, assessorada por sua irmã, também enfermeira, na luta contra o tempo para que as escaras cicatrizassem, condição imposta pelo programa de reabilitação institucional. Percebo que para nós enfer-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

meiros deficientes, o cuidado a longo prazo em reabilitação tem outra conotação, além de representar menos riscos em termos da possibilidade de complicações, até porque as nuances do cuidado nos são muito familiares.

Faz mister esclarecer que independente de sermos ou não enfermeiros, nós, pessoas com deficiência adquirida, trazemos identidade comum, ou seja, todos passamos pela desagradável sensação de perceber que nosso pequeno mundo foi violado enquanto estávamos internados, como, por exemplo, ao receber alta e retornar para casa e depararmo-nos com as coisas arrumadas de forma diferente que nosso gosto e jeito. Por melhor que as pessoas façam para nos agradar, geralmente parentes, nunca fica de acordo com a expectativa do deficiente, pois somos sujeitos singulares em toda nossa dimensão humana. Preocupados em não deixar passar a impressão de que estamos insatisfeitos com todo o empenho por eles demonstrado para nos agradar, na maioria das vezes limitamos a esboçar sorriso "amarelo" em agradecimento. No fundo, é tudo um grande jogo de aparências que faz parte das regras sociais, até que tenhamos reconquistado o controle e equilíbrio de nossas dependências físico-funcionais.

Entretanto, a questão qualitativa da assistência institucionalizada aos cidadãos deficientes, que nos parecia girar sempre em torno do mesmo eixo — a falta de preparo e/ou qualificação dos profissionais de enfermagem para lidar com situações que envolvem prestar cuidados a clientes que não se enquadrem no modelo de performance-padrão, sejam aqueles com deficiência congênitas, seja adquiridas; inadequação dos ambientes, materiais e equipamentos; agora deixou de ser objeto postergável para os órgãos formadores e passou a tomar configuração política para atender às críticas veementes da sociedade. Portanto, o *status quo* já apresenta prenúncio de mudanças substanciais no âmbito do ensino e assistência de enfermagem, não como obra do acaso, mas em decorrência de antigas reivindicações sociais para inclusão de políticas públicas mais democráticas, visando atender às pessoas com deficiências congênitas e/ou adquiridas com a mesma deferência qualitativa dispensada às pessoas ditas normais, do ponto de vista da performance física. Já não era sem tempo!

Assim, o Ministério da Saúde, por sua vez, tratou de editar portarias (Portaria SAS/Nº 202, de 19 de junho de 2001, que institui o PNHAH — Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, Portaria Nº 881 de 19 de junho de 2001, Portaria SAS Nº 185, de 05 de junho de 2001 e a Portaria Nº 67, de 31 de janeiro de 2002) que visam desde a humanização da assistência de saúde aos clientes em geral, recomendando que as instituições prestadoras de serviços de saúde em todos os níveis de atendimento disponham de percentuais da capacidade instalada para atender clientes com deficiências, tanto no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais em geral, quanto a adequação da planta física, materiais e equipamentos. A partir de então, espera-se que as universidades promovam eventos abertos para que a sociedade possa se manifestar sobre suas necessidades e expectativas, além da premência de se rever as grades curriculares dos cursos da área de saúde, com vistas à inclusão de disciplina obrigatória que contemple a temática "PESSOA DEFICIENTE: SAÚDE, ACESSIBILIDADE, INCLUSÃO E CIDADANIA". Da mesma forma, em todas as demais áreas de conhecimento, fazendo com que o tema "PESSOAS DEFICIENTES: INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA" seja oferecido como disciplina curricular e que represente objeto de grande reflexão e debate entre docentes, estudantes e comunidade.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

"Cliente paraplégico, 24 anos, vendedor ambulante, vítima de assalto com disparo de projétil (tiro) nas costas", operado num Hospital Geral do qual recebeu alta sem qualquer orientação para o autocuidado, considerando que portava sonda vesical

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de demora (Foley), apresentava importante quadro espástico, perda de sensibilidade a partir da cicatriz umbilical até os MMII, aguardando ansiosamente em casa vaga no Programa de Reabilitação do Hospital Y. As instalações da planta física de sua casa não eram nada adequadas às suas novas necessidades, mas esperava ser devidamente orientado ao ser admitido no programa de reabilitação. Ao dar entrada no Hospital Y, estava deveras emagrecido, pálido, febril, acentuado quadro espástico e com grande dificuldade para fazer sozinho as transferências da cama para a cadeira de rodas ou higiênica, aliás, nunca antes havia visto uma cadeira higiênica. Estava muito preocupado, pois não evacuava há sete dias, além de a urina retida no coletor apresentar aspecto leitoso e odor fétido. Ao pedir ajuda para tomar banho, foi imediatamente advertido pelo auxiliar de enfermagem, "escalado" para os banhos naquele plantão: "Olha meu fio, aqui, a gente só dá banho nos tetra! Se vira! Deixa de preguiça. O banheiro é logo no final do corredor." Embora a equipe de enfermagem tivesse enfermeiros de plantão, nenhum deles participava da avaliação dos clientes na admissão, tampouco tinham como rotina visitar os clientes ao assumir um plantão."

QUESTÕES PARA REFLETIR

1) Como deveria a equipe de enfermagem do hospital geral em questão ter procedido na orientação do cliente, antes de ele receber alta?
2) Ao ser admitido num programa de reabilitação, o cliente com lesão medular deve ser avaliado e orientado pelo enfermeiro em quais aspectos?
3) Como o enfermeiro deve elaborar a escala de tarefas para seus auxiliares e qual o seu papel no contexto das atividades?

RESPOSTAS

1) A equipe de enfermagem de qualquer hospital sob orientação de um enfermeiro deveria ter orientado o cliente quanto ao autocuidado, tomando como parâmetros:

a) o fato de ele portar sonda vesical de demora;

b) ainda depender de avaliação urodinâmica para traçar o esquema a ser seguido em termos de esvaziamento da bexiga;

c) recomendar a importância da lavagem das mãos antes de tocar a extremidade da sonda para desconectar e desprezar a urina coletada;

d) alertar para a necessidade de os tecidos das áreas corporais em compressão serem irrigados, oxigenados e nutridos pela circulação sangüínea, bastando para isto que ele faça elevação do assento da cadeira por cerca de 3 minutos de 3/3 horas,

f) quando deitado, fazer mudanças de decúbito, como medida preventiva de escaras;

g) apresentar alguns materiais e equipamentos que lhe serão de uso no cotidiano, como a cadeira higiênica, além de instruir sobre seu uso correto.

h) uma visita ao seu domicílio, para avaliar e orientar quanto à necessidade de adaptações, é imprescindível antes de dar alta para os clientes deficientes.

2) Conforme descrição apresentada, o enfermeiro, ao receber o cliente no programa de reabilitação, deverá:

a) avaliar seu nível de dependência para com a enfermagem a partir de sua capacidade físico-funcional para executar sozinho as atividades de higiene corporal,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) identificar as dificuldades apresentadas para o desempenho de alguma delas por falta de habilidade e/ou treinamento.

c) elaborar o seu perfil em termos de dependência da enfermagem,

d) proceder ao devido treinamento, procurando:

— executar a atividade de forma pausada para facilitar seu aprendizado.

— depois de demonstrar a atividade, solicitar que ele o faça,

— atentar para eventuais esclarecimentos, até que todas as dúvidas sejam sanadas.

4) Uma escala de tarefas para a equipe de enfermagem deve:

a) em primeiro lugar enfatizar que o enfermeiro está exercendo função de liderança técnico-científica-administrativa do grupo,

b) deixar claro que ele deverá desempenhar os cuidados mais complexos requeridos pelos clientes sob sua responsabilidade e competência profissional,

c) nunca deve ser fracionada, como a da situação exposta (responsável pelos banhos),

d) ser direcionada para o cliente como um todo.

Reeducação Vesicointestinal: O Cliente com Lesão Medular e o Aprendizado em Face de seu Novo Corpo

Nos últimos 30 anos, o tratamento da bexiga e intestino neurogênicos tem recebido maior atenção, com objetivo de minimizar as complicações que, no passado, aumentavam em escala exponencial a morbimortalidade dos clientes com lesão medular. Embora a mortalidade tenha diminuído, ainda é freqüente a incidência de clientes com lesão medular que apresentem alterações no aparelho urinário e intestinal, que os impede de usufruir uma melhor qualidade de vida, reinserção social e profissional após a lesão neurológica (D'Ancona e Netto, 2001).

Conforme nos esclarece Delisa (1992), a lesão medular tem sido relatada desde a Antigüidade, seu número é crescente à medida que a sociedade se confronta cada vez mais com índices assustadores de violência urbana, comparáveis a estatísticas de guerra. A medula tem papel preponderante na manutenção de estímulos e informações aferentes e eferentes, conectando dessa forma o comando central e as demais estruturas corporais. Sabe-se que a lesão medular pode causar:

a) perdas motoras expressivas,

b) alterações na percepção corporal,

c) disfunções neurogênicas nos órgãos sexuais, na bexiga e intestino.

CAUSAS DE LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA

O tipo de anormalidade é determinado pela etiologia, pelo nível e extensão da lesão. O traumatismo da medula causado por fraturas ou luxações das vértebras advindos de acidentes de automóvel, lesões por arma de fogo ou por arma branca, além do mergulho em águas rasas, está entre as causas mais freqüentes de lesão medular traumática; mas algumas doenças como a esclerose múltipla, a paraparesia tropical pelo vírus HTLV- 1, diabetes melito e outras moléstias como tumores que acometem a medula espinhal podem trazer anormalidades também. O indivíduo com lesão medular após os primeiros cuidados de manutenção da vida e percepção/entendimento do fato ocorrido pode estar sendo acompanhado por um programa de reabilitação. O momento emocional em que ele se encontra é de suma importância, pois as fases de enfrentamento do trauma muitas vezes o impossibilitam de apreen-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

der as orientações oferecidas no programa de reabilitação, tanto ele quanto a família e/ou pessoas significativas.

É o sujeito que "virtualmente" foi partido ao meio, mesmo que aparentemente esteja inteiro e espiritualmente sem compreender por que já não mais pode andar, mover-se como antes. Este fato requer uma profunda introspecção para entrar em sintonia com os planos elevados da consciência como meio de transcender a sensação de perda da condição de "normal", do ponto de vista físico-funcional do corpo para movimentos autônomos e, de repente, ter de enfrentar a realidade de ser humano dependente de outrem para as mínimas necessidades de sobrevivência. Tendo como desafio aprender a superar o desejo de estar de pé (na vertical), quando seu legado será a passagem e aceitação de outra performance, ou seja, a de uma posição deitado-sentado do tipo horizontal e semiverticalizado.

DESCOBRINDO-SE COMO DEFICIENTE

Descobrir-se com lesão medular é o mesmo que perder o chão onde pisa, é apagar o que era real e chocar-se consigo mesmo. Então, a pessoa passa a desenvolver estratégias de morte e de vida/sobrevivência, dependendo da maneira como foi cuidado nos momentos mais críticos do pós-lesão, do apoio recebido das pessoas mais próximas. Ainda assim, viver ou morrer depende mesmo de sua capacidade de superação, desapego, e, sobretudo, da sintonia com sua essência existencial.

A propósito do trauma emocional que envolve tanto a vítima de lesão medular quanto as pessoas mais próximas, como os pais, por exemplo, o relato de Galli (2001) muito bem acentua o quanto o emocional pode entrar em desequilíbrio na proporção em que a raiva cresce quando é cultivada, podendo, inclusive, desencadear insegurança e estado de pânico na pessoa com lesão medular em face da hipótese de ser abandonada pelos pais, como no caso exposto. Aliás, situação que não só se passa na cabeça dos jovens após sofrer um tipo de lesão neurológica que comprometa sua independência físico-funcional, dado que o mesmo tipo de medo encontra-se presente no relato de outros deficientes mais maduros e com grande experiência de vida, como Machado (1999), Pecci (1982), Tormin (1999) e França (2001). Tudo indica que a sensação de insegurança em forma de medo e pânico provenha das projeções mentais, onde a pessoa imagina as conseqüências de ser abandonado sem ter como se cuidar sozinho. Sentimo-nos como crianças com todas as incertezas da vida sem receber apoio e cuidado dos pais.

A reabilitação é um conceito que deve permear o sistema inteiro de prestação de saúde, conforme nos chama atenção Delisa (1992), devendo, pois, ser abrangente e incluir prevenção, reconhecimento precoce, programa de assistência em nível ambulatorial de internação e de extensão. A equipe envolvida no programa de reabilitação deve estar capacitada a atender as necessidades desse cliente, por isso a variedade de profissionais se faz necessária, como enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, médico, psicólogo, professor de educação física e professor hospitalar, professor de arte, tantos outros que forem necessários, mas principalmente o cliente com lesão medular que é parte ativa nesse processo. Quanto ao aspecto qualitativo das ações desenvolvidas pela equipe do programas de reabilitação, Machado (1999), discorre sobre sua experiência num contexto de prática absolutamente desorganizado e crítico por expor os clientes a riscos de complicações significativas do quadro neurológico, estado emocional e toda sua complexa condição humana. Em contrapartida pode vivenciar situação oposta com serviços de excelente qualidade e perfeita sintonia entre os membros de outro programa de reabilitação, particularmente os enfermeiros que desempenhavam suas funções voltadas para o autocuidado

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

através da orientação do cliente, família e/ou pessoas significativas, devidamente treinados para exercer o papel de prestador de cuidados em nível domiciliar quando o cliente recebesse alta do programa (Machado, 2000). Embora seu tipo de lesão neurológica fosse cerebral, sempre esteve preocupado com as dificuldades e os dilemas dos clientes com lesão medular.

QUESTIONAMENTO

Aqui emerge outra importante questão para refletirmos. Diante do argumento exposto, qual seria o papel da enfermagem no processo de reabilitação do cliente adulto com lesão medular, com ênfase na reeducação vesicointestinal?

Como sabemos, a enfermagem enquanto prática social voltada, essencialmente, para a promoção da saúde, prevenção de doenças e com medidas de cuidado e conforto de seus clientes, configura-se como profissão fundamentada num corpo de conhecimento de dimensão técnico-científica multirreferencial, é elemento indispensável numa equipe transdisciplinar, cujo objetivo, aqui delimitado, é atender clientes com lesões neurológicas do tipo medular nos programas de reabilitação. Porém, ainda que existam inúmeros argumentos que expliquem nossa omissão nessa área da assistência institucionalizada ou domiciliar, por mais convincentes que possam ser, definitivamente não justificam nossa postura acomodada em face de tamanha demanda social. Aliás, os dados estatísticos indicam cerca de 10% da população do planeta como deficientes físicos, dentre os quais muitos com lesão medular e seus problemas de adaptação ao funcionamento distrófico da bexiga e intestino. Não seria informação suficiente para nos sensibilizar, lançando-nos ao desafio de contribuir efetivamente para a melhora da qualidade de vida e saúde deles?

Para nosso desalento, o que vemos na realidade dos programas de formação profissional de enfermagem em nível de graduação, é a forte tendência de continuar evitando abordar conteúdos de ensino voltados para a reabilitação, contrariando as recentes políticas públicas do Ministério da Saúde que recomendam a premência da qualificação profissional para atender a demanda nacional. Assim, as instituições formadoras tendem a passar aos estudantes a limitada idéia de que a reabilitação está apenas algo relacionada com idosos ou dependentes químicos.

Por outro lado, é bom lembrar que na universidade, quando a temática é a atuação do enfermeiro em nível preventivo, freqüentemente, o enfoque tende a ficar muito restrito à alçada das práticas de saúde pública, mais especificamente aos programas de controle sanitário e imunização. A propósito, este é um estigma que nós enfermeiros da área docente precisamos transcender, transmutar, superar, com vistas na compreensão mais ampla da abrangência de um fazer que se propõe preventivo no âmbito do setor saúde, onde quer que se apresentem situações que requeiram medidas preventivas, independentemente ou não de se estar atuando na esfera da saúde pública. Da mesma forma constata-se certa tendência pelo menos questionável, embora tradicional, quando se põe em questão as diversas possibilidades de atuação nos hospitais, momento em que predomina abordagem para cuidados de pronto atendimento, serviço de emergência, tanto clínico quanto cirúrgico, além das superequipadas unidades de tratamento intensivo, unidades coronarianas e outras tantas unidades em suas especialidades, porém, sem deixar margem para que sejam apresentados aspectos preventivos às possíveis complicações pós-alta institucional. Ademais, percebemos que fica uma lacuna, muitas vezes questionada, no silêncio que nos é imposto, seja na condição de estudantes nos programas de graduação, seja no início de carreira profissional no desempenho de atividades que envolvam cuidar dos "pacientes" que fogem ao padrão de normalidade em nosso modelo de cultura.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Aí, então, percebemos que faz parte do jogo de aparências no contexto institucionalizado de cuidar em enfermagem um tipo de política meio camuflada voltado para mascarar a realidade, tudo conspirado para fazer do cliente e família objeto de especulação indo e vindo de uma para outra instituição sem receber o atendimento em nível de internação, porém sem deixar a menor brecha ou espaço para que se questione o caráter desumano que fica nas entrelinhas do processo interacional. Quantos de nós já não questionamos para onde iriam os inúmeros clientes deficientes que passaram como relâmpagos nos serviços de Emergência e/ou Pronto Atendimento dos hospitais que atuamos? Se é que paramos para pensar...

Por falar em pensar, a propósito, é importante destacar que dentre as atividades de um programa de reabilitação, a enfermagem norteia suas ações junto ao cliente INFORMANDO SOBRE:

A — autocuidado,
B — alterações e complicações pós-lesão medular,
C — orientação sexual,
D — reeducação vesicointestinal.

Pelo menos no plano do discurso teórico e, em algumas raras exceções, na dimensão prática de seu imenso campo de atuação. Afinal, o que nos falta para assumir o papel que a sociedade nos designa? Intuímos não ser nada prudente deixar o espaço de prática social vago por muito tempo, pois outros, que outrora nos eram de direito, por muito menos já estão sendo ocupados e exercidos por outras categorias profissionais afoitas em fincar bandeira no que a linguagem coloquial denomina de "terra de ninguém".

POR QUE ENFOCAR ENFERMAGEM EM RVI?

Acredita-se que um organismo, um corpo para funcionar harmoniosamente, necessita de um intercâmbio de todos os órgãos, com funções qualificadas. Em lesão medular, muito se discute sobre os novos métodos de regeneração celular, regeneração neurológica, a fim de possibilitar a reinterligação entre o sistema nervoso central e o corpo como um Todo indissociável, sendo peça chave desta simbiose a medula espinhal. Evidentemente, não se discute a validade e necessidade destas pesquisas, que felizmente têm mostrado boas possibilidades de sucesso. Mas enquanto não se alcança a cura da lesão medular, precisamos e devemos minimizar e prevenir as complicações da lesão medular. Talvez isto responda o porquê de enfocar enfermagem em reeducação vesicointestinal (RVI).

É fundamental então, repensar alguns de nossos conceitos e o primeiro deles é saúde. Não raro, reportamos nossas experiências na qualidade de estudantes nos campos de estágios curriculares, onde o lema de "salvar vidas a qualquer custo" alimenta o sentimento de que realmente dispomos de uma interface divina, embora, muitas vezes ofuscada pelo racionalismo que permeia os conteúdos de ensino de cunho científico. Dentro dessa perspectiva, mais adequado seria conceber tal lema como:

"MANTER A VIDA NA SUA MELHOR PLENITUDE
E NAS MELHORES CONDIÇÕES POSSÍVEIS",

ainda que fosse preciso uma reformulação da idéia de que saúde não é a inexistência da doença, tampouco os que mesmo "não doentes", mas com limitações de movimento ou expressão, poderiam ser considerados saudáveis e não inferiores por não usufruírem da totalidade de todo funcionamento orgânico. Newman (*In:* George, 2000 p. 87) expôs sobre isso de forma esclarecedora em 1994, quando coloca que:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"manifestar saúde, englobando a doença e a não doença pode ser encarado como a explicação do padrão subjacente de pessoa-ambiente."

Segundo ela, nosso crescimento e evolução são fruto da experiência do desequilíbrio e aprendizado para se alcançar um novo sentido de equilíbrio. Ela ainda se baseia em alguns escritos de outros autores para evidenciar a tendência de mudança do paradigma da visão do que é saúde. Segundo seus estudos, atualmente há:

A — uma maior preocupação na procura de padrões do que no tratamento dos sintomas,

B — uma nova atenção para a comunicação corporal e

C — a visualização do corpo como um campo de energia dinâmico que é contínuo a um campo maior,

D — em vez da visão do corpo como uma máquina em vários estágios de conserto ou estrago, e

E — a visão da doença como um processo mais do que como uma entidade.

Ao expandirmos nossos conceitos e perspectivas acerca do que é preservação da saúde, tornamos-nos mais abertos para compreender as maneiras de melhor intervir no contexto dos programas de reabilitação, definindo com maior clareza os papéis que nos cabem exercer com empenho e dedicação ao nosso semelhante.

Nosso papel como enfermeiros é trabalhar ao lado do cliente com lesão medular, mostrando-lhe que muito se pode e deve ser feito para a garantia de um corpo sadio, mesmo que ele — o corpo — adquira uma nova expressão, uma nova dinâmica, seja ela externa ou interna.

O QUE FAZ O ENFERMEIRO EM REEDUCAÇÃO VESICOINTESTINAL?

Antes de abordar a questão com enfoque nos clientes com lesão medular, gostaria de esclarecer alguns aspectos acerca da minha experiência na condição de pessoa com lesão cerebral adquirida e de grande dimensão. No início tudo é muito difícil, pois você viveu até ali sem a menor preocupação com eventuais cólicas intestinais ou, de repente, sentir vontade de urinar em plena atividade social e/ou profissional, até porque bastava pedir licença e dirigir-se naturalmente ao banheiro mais próximo, e tudo resolvido. Porém, quando se é pego de surpresa e na maioria dos casos, assim ocorre, parece que o caminho a seguir é similar ao aprendizado das crianças. Isto quando se mantém preservado controle dos esfíncteres. E foi assim que tracei planos de como começar a fazer minha reeducação vesicointestinal. Confesso que não foi nada fácil, mas consegui.

Todo o processo envolve grande esforço pessoal para controlar a densidade do corpo com seus órgãos e sistemas, o mental, o emocional e o espiritual, reunindo e convergindo forças internas antes desconhecidas. Lembro de quantas vezes tive que condicionar o mental para a mudança de horário da evacuação diária, em função da rotineira falta de pessoal (auxiliares de enfermagem) escalado para banhar os clientes tetraplégicos, além de me haver sido imposta a condição de conciliar horário de evacuar com o de banho, já que eu tinha "mania" de evacuar todos os dias (Machado, 1999). Hoje, passados sete anos, ainda estou dependente de ajuda para tomar banho e continuo aproveitando a ocasião para a evacuação diária. Tudo para não dar mais trabalho aos meus prestadores de cuidados de longo prazo.

No que se trata da função urinária, tive que resistir muito ao parecer da urodinâmica no primeiro programa de reabilitação para não me ver no esquema de cateterismo de alívio de 6/6 horas, conforme rotina de serviço na instituição. Às vezes, precisava ser contundente ao negar acatar o parecer da urodinâmica, insistindo com argumento de que estava apto a controlar as micções, precisando apenas da

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ajuda de alguém para desprezar a urina do patim. O que em nada a idéia era receptiva aos membros da equipe de enfermagem, que preferiam que os clientes mesmos fizessem o cateterismo e desprezassem a urina. Ademais, nos dois primeiros meses quando investia pesado nos exercícios de fisioterapia para recuperar o movimento do braço e mão esquerdos, um quadro atípico de tetraparesia, precisava de ajuda para colocar e retirar o patim, procedimento muitas vezes negado por alguns auxiliares. Eu não fazia por menos. Pedia que os colegas paraplégicos (com lesão medular) de enfermaria tocassem a campainha até que alguém se apresentasse, mesmo que de má vontade (Machado, 1999).

Um dos pontos iniciais da relação entre enfermeiro e o cliente com lesão medular é estabelecer um contato que possibilite a identificação de necessidades e a partir disso o planejamento de cuidados e atividades que possam promover a satisfação dessas necessidades relacionadas aos sistemas urinário e gastrointestinal. Esse primeiro contato determina a relação entre enfermeiro e cliente com lesão medular, e é fundamental uma abordagem singular, pois somos indivíduos, individuais, complexos corpo, mente, emoção e espírito únicos. Sendo assim, mesmo havendo um modelo de atividades a serem realizadas individualmente ou em grupo, particularizar possibilita atender um maior número de necessidades que o cliente precisa.

Na admissão ao programa de RVI, o enfermeiro responsável e os demais membros da equipe envolvidos apresentam os objetivos do trabalho, que são:

a) melhorar as características das eliminações vesicointestinais;
b) estabelecer uma regularidade nas eliminações, considerando ainda seus hábitos pré-lesão medular, seu contexto social e cultural;
c) elucidar suas dúvidas sobre as repercussões da lesão medular no seu corpo, mas principalmente no contexto vesicointestinal;
d) elaborar junto a ele, à família e/ou pessoas significativas uma forma de minimizar e prevenir as complicações, tornando assim as atividades a serem desenvolvidas algo em que ele se sinta agente.

A admissão pode acontecer em dois momentos; ou no ambulatório ou na enfermaria durante a internação. Após a admissão o cliente é acompanhado a fim de ser identificado seu perfil vesicointestinal e a necessidade de intervenção. Nota-se muitas vezes que é necessário uma linguagem adequada a cada pessoa, e o reforço das orientações de forma sistemática e algumas vezes repetitivas, pois a maioria da clientela é composta por pessoas com nível insuficiente de escolaridade.

Além do acompanhamento individual podem ser feitos grupos informativos, onde são mostradas anatomia e fisiologia dos sistemas urinário e gastrointestinal, complicações mais freqüentes e formas de prevenção destas complicações. Nestas abordagens são usados recursos audiovisuais que possibilitam apreensão da atenção e melhor compreensão do conteúdo exposto. Algumas vezes, em função da desigualdade do perfil escolar entre os clientes, aqueles que possuem nível de escolaridade muito inferior ou inexistente, ou aqueles que apresentem dificuldade de compreensão pela forma de apresentação do conteúdo, são feitas abordagens individuais, onde se procura utilizar uma linguagem cada vez mais próxima de sua realidade, para que lhe permita uma melhor compreensão.

Como boa parte do conteúdo exposto nos grupos informativos é rica em fatos e informações novas, que muitas vezes se mostram assustadores, o enfermeiro conduz os grupos como se fosse um bate-papo, procurando ser o mais informal possível como estratégia para envolver o grupo e torná-lo mais participativo. Na maioria das vezes os próprios clientes trazem fatos de seu cotidiano e conseguem se mostrar como exemplos dos conteúdos expostos. O mais importante é a forma com que o enfermeiro conduz o grupo, para isso, quanto maior seu embasamento sobre lesão medular, bexiga e intestino neurogênicos, muito mais fácil será conversar com o grupo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No grupo informativo mostra-se que os distúrbios da bexiga neurogênica podem ser classificados segundo o tipo de déficits neurológicos, como puramente sensitivos, puramente motores ou mistos, quando há comprometimento motor e sensitivo. A etiologia, o nível e o grau de comprometimento medular vêm a definir comportamentos vesicais distintos. Teoricamente estes comportamentos têm sido estabelecidos como oriundos de lesão do neurônio motor superior e inferior, quando alguns autores colocam que a bexiga e as extremidades inferiores respondem de forma semelhante ao traumatismo ou à doença. Nesse ponto há uma discordância em relação a nossa prática, pois nem sempre isso ocorre de forma tão rígida como descrita na literatura, sendo assim é de suma importância não julgarmos um comportamento vesical baseado nas características apresentadas pelos membros inferiores. Isso significa que não se pode crer que uma bexiga seja espástica apenas porque os membros inferiores sejam espásticos, ou vice-versa.

De qualquer forma e em quaisquer circunstâncias, recomenda-se que o enfermeiro planeje, implemente e avalie intervenções que visem a orientação para o autocuidado em nível domiciliar, com vistas à prevenção das complicações decorrentes do inadequado manuseio de materiais para o desempenho com segurança dos procedimentos técnicos invasivos, inclusive com uma abrangência na assistência pós-alta institucional (Black e Matassarin-Jacobs, 1996).

Hoje, a urodinâmica é um instrumento que permite não nos precipitarmos nas avaliações. Sendo um comportamento espástico identificado por exames neurofisiológicos e por diagnósticos de imagem como a ultra-sonografia, uretrocistografia miccional, uretrografia retrógrada e outros exames, pode-se prever ou identificar alterações como espessamento e trabeculação do detrusor, esvaziamento incompleto da bexiga, dessinergismo esfíncter-detrusor, refluxo vesicoureteral, litíase no trato urinário, estenose uretral e outras alterações que tendem a interferir na dinâmica do trato urinário, contribuindo para a morbimortalidade da pessoa com lesão medular. Essas alterações segundo Smith (1999), trazem as principais complicações da bexiga neurogênica que são a infecção do trato urinário, a hidronefrose e a formação de cálculos. Ele ainda postula que o tratamento de qualquer uma das formas de bexiga neurogênica visa a:

a) manter uma capacidade funcional relativamente boa,
b) combater a infecção urinária de repetição,
c) principalmente preservar a função renal.

Tais aspectos têm sido mais valorizados nos programas de reabilitação, pois tem havido uma melhor compreensão de que a incontinência urinária não é somente um aspecto fisiológico alterado, mas sim um aspecto desagradável para homens e mulheres com lesão medular.

PROBLEMA COM A AUTO-ESTIMA

Na convivência diária com clientes de lesão medular de ambos os sexos, ao longo de 18 meses em regime de internação, pude perceber o quanto a incontinência urinária resultante da perda de controle dos esfíncteres compromete a auto-estima e desencadeia reação de pessimismo, sentimento de inferioridade, insegurança, particularmente nos jovens com seus planos "frustrados" de namorar, casar e constituir família, de acordo com os padrões de normalidade (Machado, 1999). Não raro éramos convocados pelas famílias dos clientes mais jovens para interceder numa e noutra crise existencial.

Atualmente, a incontinência urinária do cliente com lesão medular tem sido melhor acompanhada e pesquisada e nos centros de reabilitação a própria urologia tem galgado degraus mais sólidos nesse sentido. Geralmente nos primeiros dias de sua

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

avaliação, seja numa unidade intensiva ou semi-intensiva, são realizados alguns procedimentos que permitam aos profissionais uma boa avaliação do impacto da lesão medular. A sonda vesical de demora geralmente utilizada, permite esvaziamento contínuo do conteúdo vesical, monitoramento do volume vesical e suas características.

Há de se ENFATIZAR que assim que estejam restabelecidas condições clínicas seguras:

A — a sonda vesical de demora pode ser retirada e ser iniciada a reeducação vesical, mesmo que a pessoa MANTENHA NÍVEL DE INCONSCIÊNCIA.

A sonda vesical de demora tende, com o tempo, a:

a) aumentar as colonizações bacterianas mais resistentes,
b) favorecer com maior freqüência a litíase vesical,
c) acelerar a atrofia da parede muscular vesical,
d) interferir na qualidade da elasticidade e da expansibilidade da bexiga, que posteriormente serão de suma importância para a reeducação vesical;
e) provocar traumatismos uretrais devido aos balonetes insuflados intra-uretra,
f) causar riscos devido às catastróficas fístulas penoescrotais pelo mau posicionamento das sondas em homens,
g) e nas mulheres o uso prolongado de sonda vesical de demora leva a um aumento ou alargamento da luz uretral, que contribui também posteriormente às freqüentes perdas urinárias (Smith, 1999).

Não poderíamos falar de intervenções terapêuticas de enfermagem na incontinência urinária de clientes com lesão medular, sem nos referirmos ao cateterismo intermitente limpo (CIL), que há anos melhorou significativamente a expectativa de vida de muitas pessoas deficientes com lesão medular.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Em 1972 Lapides[1] e colegas introduziram pela primeira vez o conceito da CIL no tratamento de numerosos tipos de disfunções de armazenagem e esvaziamento vesical, oriundos de dismorfismos medulares ou mielomeningocele em crianças. O envolvimento da CIL teve também implicações no tratamento de infecções urinárias crônicas. A princípio, o esvaziamento vesical asséptico intermitente via cateterização estéril foi usado em instituições especializadas na reabilitação de clientes com lesão na medula espinhal. Esta técnica requeria o uso de luvas e a preparação e uso do cateter estéril só uma vez. Lapides adaptou este procedimento para uso ambulatorial numa mulher de 30 anos com esclerose múltipla e disfunção neurogênica de esvaziamento vesical. Ele entendia que a resistência do hospedeiro era a principal barreira contra a infecção, mais do que os fatores bacterianos. Portanto, seria possível usar as mãos limpas sem luvas, e se a própria pessoa pudesse realizar o procedimento sozinha diríamos que foi uma autocateterização e se requeresse o auxílio de uma terceira pessoa ou execução por outro então chamaríamos de cateterismo assistido. Com isso, foi verificado menor índice de infecções e que as mesmas ocorriam, mas sem sintomatologia que exigisse terapêutica medicamentosa, sendo chamada infecção urinária ou bacteriúria assintomática.

Nesse ponto é importante ressaltarmos que os sintomas da infecção urinária no cliente com lesão medular não se evidenciam da mesma forma que numa pessoa que não apresente tal tipo de lesão. Não podemos aguardar apenas hipertermia, inapetência, disúria (se não houver sensibilidade preservada, tal fato não ocorrerá) entre outros. A infecção urinária nesses clientes pode sinalizar-se através de:

[1] www.uronews.org.br.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A — alteração macroscópica da urina,
B — hipertermia,
C — inapetência,
D — aumento da espasticidade ou contrações involuntárias,
E — maior intensidade da dor neuropática
F — e principalmente aumento do volume e freqüência das perdas urinárias.

Sendo assim, precisamos estar atentos para não subdiagnosticar ou hipervalorizar alguns sinais e sintomas. A reutilização da sonda em ambiente domiciliar traz bastante discussão, mas alguns trabalhos e a nossa prática têm mostrado que os índices de infecção do trato urinário são bem menores se comparados a quem não realiza o cateterismo. Alguns que realizam o cateterismo com uso único do catéter apresentam índices de ITU (infecção no trajeto urinário) semelhantes àqueles que reaproveitam a sonda. O ponto chave da discussão é:

A — a higiene das mãos ao iniciar a técnica e após a higienização da genitália,
B — a lavagem da sonda em água corrente e
C — posteriormente seu acondicionamento em local limpo e seco,
D — uso de lubrificante hidrossolúvel,
E — em casos de sensibilidade preservada no canal uretral, hipo ou hiperestesia usar lubrificantes acrescidos de anestésicos, para que seja diminuído o desconforto.
F — Não usar produtos à base óleo ou vaselina, pois estes tendem a agregar resíduos urinários e com isso formar estruturas calculogênicas no interior da bexiga, aumentando muito mais o potencial e manutenção da infecção urinária.

A propósito, não era por acaso que eu criticava veementemente o uso por dias e dias de vaselina líquida "esterilizada" toda vez que o estoque da farmácia não dispunha de xilocaína geléia para fornecer aos clientes com lesão medular, que, embora tivessem perdido a sensibilidade ou não sentissem dor ao introduzir o cateter de alívio, certamente estariam expostos a outros tipos de complicação, momento em que os "carcereiros" se limitavam a responder que estavam seguindo orientação da própria urodinâmica. Como resultado, em poucos dias os quadros de infecção urinária aumentavam em muito, o que podia ser constatado pelo aspecto turvo da urina nos coletores, além dos acentuados sintomas característicos como febre, prostração, espasticidade, dentre outros (Machado, 2000).

Outrossim, o cateterismo intermitente limpo visa:

a) ao esvaziamento regular da bexiga para que sejam mantidas condições ideais para ela se manter mais resistente à infecção,
b) diminuir o risco de formação de cálculos,
c) diminuir o refluxo vesicoureteral e hidronefrose, dois potentes colaboradores para a deterioração renal,
d) diminuir ou impedir as perdas urinárias que interferem substancialmente na qualidade de vida do cliente com lesão medular e de sua família,
e) a um dos pontos que mais justificam o uso do cateterismo para prevenir infecções, segundo Lapides, é que a vascularidade da mucosa vesical é otimizada quando a bexiga é capaz de armazenar urina em baixas pressões e sem distensão excessiva,
f) por isso ao esvaziamento regular da bexiga reduz a probabilidade de multiplicação bacteriana significativa e, portanto, o risco de infecção.

Desde sua introdução, o cateterismo intermitente limpo tem sido aceito e utilizado no mundo inteiro.

Em relação ao intestino, a literatura contempla menos o assunto, mas informa que a lesão medular afeta a fisiologia de todos os segmentos do aparelho gastrointestinal. Existe, portanto:

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a) um retardo no esvaziamento gástrico, principalmente em tetraplégicos por alterações na função autonômica,
b) há ainda variação no tono abdominal, que pode resultar em ausência de ruídos hidroaéreos,
c) por isso aumentam as chances de atonia e íleo paralítico,
d) que podem causar vômitos e aspiração,
e) O retardo na evacuação, caracterizado pela constipação ou obstipação, deve-se à atonia pela diminuição do ritmo e intensidade peristálticos,
f) e grande parte dos clientes com lesão medular, em fase de choque medular ou fase aguda, que geralmente permeia os três primeiros meses pós-lesão, experimenta longos períodos no leito ou por estar aguardando definições quanto à mobilidade da coluna e por lesões concomitantes com o trauma medular, e isso aumenta muito mais o retardo da evacuação, que é incrementado pelo ressecamento do bolo fecal restrito à ampola retal.

Parte dessa complicação é de responsabilidade da enfermagem, pois muitos clientes não são estimulados a manterem a ingesta hídrica, a dieta não é mantida exclusivamente laxante e isso colabora sobremaneira para a constipação.

IMPORTÂNCIA DA DIETA ADEQUADA

A dieta laxante, ou rica em fibras ou balanceada, deve estar livre de alimentos que tornem o bolo fecal pesado e pobre em água. Evidentemente sabemos que a mudança do hábito alimentar nem sempre é uma experiência tranqüila, principalmente para alguém que acaba de "experimentar" a lesão medular; com um maior agravante de que o brasileiro verdadeiramente não sabe escolher seus alimentos de consumo, aliado ainda aos apelos gastronômicos da mídia. Outro ponto interessante é o duelo entre mudança de hábito alimentar, hábitos regionais (que no Brasil são muitos) e as crendices populares. É preciso ter muita cautela e tato mesmo ao abordar tal assunto. Mas é de fundamental importância que mostremos à nossa clientela que tais costumes não têm significado prático, como não comer abacaxi ou peixe de escamas grossas, pois impedem a cicatrização de feridas, sendo que ao mesmo tempo ele tem infecção urinária e o abacaxi poderia lhe ser bastante útil, da mesma forma que a proteína do peixe.

A falta de orientação, acompanhamento e avaliação do enfermeiro no que tange à ingesta e/ou aceitação da dieta, associada ao escasso volume de líquido ingerido nas 24 horas faz com que os clientes com lesão medular fiquem sobremaneira:

A — desidratados,
B — desnutridos
C — e mais vulneráveis aos quadros infecciosos, viróticos etc.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Machado (1999) constatou que os jovens paraplégicos (clientes com lesão medular) internados em programa de reabilitação optavam por ingerir pouco líquido e apenas comer após quarta-feira, por passarem os finais de semana em casa e, assim, poderem evacuar na privacidade da família. Viviam em constante estado de ansiedade temendo passar vergonha na frente dos companheiros e alegavam preferir "morrer de sede e fome" do que ter que "pagar mico" nas sessões de fisioterapia. Um aviltante quadro de falta de compromisso, respeito, seriedade, profissionalismo e senso humanitário da equipe para com os clientes, não obstante minhas freqüentes tentativas de chamar atenção dos terapeutas para o problema.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

George e col. (2000) revelam que, em 1980, Jonhson registrou que os padrões de características comportamentais têm uma finalidade na manutenção da homeostasia pelo indivíduo. O desenvolvimento dos padrões de comportamento que são aceitáveis tanto à sociedade quanto ao indivíduo favorecem a sua capacidade para adaptar-se às mudanças menores no ambiente. Em função destas alterações, o acompanhamento do cliente com lesão medular torna-se indispensável para a identificação e prevenção de alterações dos tratos urinário e gastrointestinal. Este acompanhamento precisa ser feito por equipe de profissionais que estabeleça um vínculo positivo, visando maior intercâmbio entre cliente e equipe.

A reeducação vesicointestinal tem ganhado espaço nos últimos anos, no que tange ao conteúdo dos periódicos e temas em palestras e congressos. O tema vem sendo abordado nos mais recentes eventos por estudantes de graduação em enfermagem; o que nos mostra que nossos acadêmicos estão sendo despertados para horizontes além da terapia intensiva, e que após tratamentos intensivos uma boa parte da clientela há de necessitar de cuidados de reabilitação, sendo assim, o profissional enfermeiro precisa estar preparado para esse contexto e demanda. Essa constatação, por sua vez, nos estimula a promover oficinas de sensibilização, seminários, dinâmicas de grupo na universidade e onde quer que sejamos convidados a discutir as questões que envolvem os programas de reabilitação para clientes portadores de lesão medular. Embora tenhamos de reconhecer que a produção de conhecimento de enfermagem na área de reabilitação seja modesta, acreditamos que as coisas tendem a mudar, ainda que para atender à demanda e as atuais políticas públicas de humanização da assistência. Mas, sobretudo, na sensibilidade e capacidade criativa dos enfermeiros empenhados na construção de novos parâmetros para o cuidar dessa clientela.

Vida Independente: História, Filosofia e Políticas

Vida independente, de acordo com o ponto de vista de Sassaki (1995), quando se refere às pessoas portadoras de deficiência, significa um estilo de vida jamais existente em toda a história da humanidade até épocas recentes, pois, no passado, existiram práticas importantes tais como: a reabilitação com todas as suas especialidades, física, psicológica, profissional e social, além da educação especial, práticas essas consideradas avançadas. Entretanto, por mais avançadas que fossem do ponto de vista técnico e conceitual, sempre veicularam características paternalistas, assistencialistas e autoritárias em relação às pessoas atendidas. Aliás, essas características são próprias do processo de institucionalização do atendimento a pessoas tidas como "problemáticas" ou que destoassem dos padrões de normalidade da sociedade.

Por outro lado, o conceito de vida independente surgiu exatamente em contraposição à prática da institucionalização do atendimento, tendo como essência a vida não-dependente da autoridade institucional e da autoridade familiar. Assim, no início da década de 1970, na Califórnia, EUA, um grupo de pessoas portadoras de deficiências com seqüelas muito severas abandonou as instituições onde estavam confinadas em regime de internação, pois recebiam tratamento considerado injusto e/ou desumano. Elas decidiram sair às ruas mesmo cientes de que não teriam onde passar as primeiras noites e dias, porém, convictas da necessidade de trazer ao conhecimento público e das autoridades a real situação dos deficientes. Apesar das grandes dificuldades enfrentadas pelo grupo, o objetivo foi alcançado, e pela primeira vez na história, a sociedade tomou conhecimento de uma outra imagem da pessoa com deficiência, ou seja, de que elas são seres humanos capazes de cuidar de si mesmas, que têm o direito a viver integradas em sociedade, usufruindo os mesmos bens, direitos e serviços disponíveis aos demais cidadãos e cumprindo com os mesmos deveres de cidadania (Sassaki, 1995).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Acreditamos ser indispensável esclarecer os conceitos de:

a) impedimento,
b) deficiência e
c) incapacidade

que permeiam o discurso de vida independente, para que estudantes, docentes e exercentes da enfermagem possam melhor assimilar as idéias que giram em torno da questão.

O IMPEDIMENTO é qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, como, por exemplo,

a) falta de uma perna,
b) perda dos globos oculares,
c) baixo nível de inteligência,
d) perda parcial/total da audição,
e) não-crescimento das pernas etc.

que irão requerer medidas de prevenção de primeiro nível como saneamento básico e educação sobre prevenção de acidentes.

A DEFICIÊNCIA caracteriza-se por qualquer tipo de restrição resultante de um impedimento que comprometa a capacidade de:

a) desempenhar uma atividade de forma considerada normal para o ser humano, tais como as deficiências: — física, visual, mental, auditiva, de comunicação, múltipla e de desenvolvimento, as quais requerem medidas de prevenção de segundo grau em nível de reabilitação e educação especial.

A INCAPACIDADE, caracterizada como uma desvantagem para uma determinada pessoa (resultante de um impedimento ou deficiência), que limita ou impede o desempenho de um papel considerado normal para ela, dependendo da idade, sexo e fatores sócio-culturais, portanto, a incapacidade se refere a fatores sociais e ambientais que impedem ou limitam as ações de uma pessoa deficiente, como, por exemplo:

A — preconceitos,
B — atitudes discriminatórias,
C — ignorância sobre as questões da deficiência,
D — barreiras físicas nos espaços urbanos, nas edificações e nos transportes, requerendo medidas de prevenção de terceiro grau, ou seja, remoção das barreiras atitudinais (sociais) e físicas (arquitetônicas) (Sassaki, 1997).

ORIGENS E INFORMAÇÕES SOBRE OS CENTROS DE VIDA INDEPENDENTE

HISTÓRICO[2]

— Como, onde e quando surgiram os CVI's no mundo?

O movimento de VIDA INDEPENDENTE surgiu na cidade de Berkeley, Califórnia, E.U.A. no fim dos anos 60. Seu principal promotor foi Ed Roberts (falecido em 1994) que padecia de seqüelas graves de poliomielite que inclusive o obrigavam a usar um respirador artificial permanentemente.

A preocupação principal dos nove membros fundadores de Berkeley era libertar-se da pesada tutela das entidades de reabilitação que nos casos graves se transformavam em verdadeiros asilos.

---

[2] Fonte: Relatório 2000 – CVI de Maringá, PR.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É claro que não estamos falando de asilos ao estilo nos padrões do terceiro mundo e sim com acomodações adequadas. Porém, de qualquer modo, asilos pobres ou luxuosos, em qualquer parte do mundo, trazem um certo estigma de local para pessoas excluídas, e uma vez com nível educacional universitário não podiam aceitar ser tratados como crianças, levados pelo "nariz" de um lado para o outro.

Entendiam que tinham direito de viver em comunidade, entre as pessoas, como todo mundo. Haviam comprovado na prática que nenhum profissional ou técnico sabia mais do que as próprias pessoas com deficiência sobre seus problemas e as soluções para os mesmos. Estavam fartos de suportar os erros e a indiferença de alguns técnicos que pretendiam dirigir suas vidas.

A sociedade procurava fazer mais confortável a vida de todos, respeitando os direitos de cada um, menos o das pessoas com deficiência. Estas deveriam sofrer discriminação, pseudoprotecionismo com ares de paternalismo, barreira a cada passo nas cidades, falta de trabalho e, por conseguinte de recursos de toda ordem para assumir o rumo de suas vidas.

Impulsionados então por seu espírito de rebeldia frente à adversidade e envolvidos numa corrente renovadora, um grupo de pessoas colocou em marcha o primeiro Centro de Vida Independente.

— Qual a filosofia que norteou a criação dos CVIs?

A filosofia que norteou a criação dos CVI's e difundiu-se por todo o mundo até os nossos dias, denominou-se Filosofia de Vida Independente. Esta filosofia se baseia em alguns valores e princípios, a saber:

- — As pessoas com deficiência é que sabem quais são as suas *necessidades* por uma melhor qualidade de vida.
- — Suas necessidades são variadas como as de qualquer ser humano e por isso só podem ser atendidas por uma variedade de *serviços e equipamentos*.
- — A *Tecnologia Assistiva* pode significar a diferença entre a dependência e a independência em determinadas situações.
- — As pessoas com deficiência devem viver com *dignidade e integradas* na comunidade.
- — A cidadania não depende tanto do que uma pessoa é capaz de fazer fisicamente quanto das *decisões* que ela puder tomar.
- — A pessoa com deficiência é que deve ter o controle da sua *situação*.
- — A *autodeterminação*, a *auto-ajuda* e a *ajuda-mútua* constituem processos que liberam as pessoas com deficiência para controlar suas vidas.
- — A integração entre pessoas com diferentes deficiências facilita a *integração* entre deficientes e não deficientes.
- — Vida Independente é um *processo* que cada usuário ajuda a moldar e não um produto para ser consumido indistintamente por todos os usuários.

Obs.: É interessante observar que os termos do Relatório 2000 do CVI de Maringá seguem o mesmo estilo de linguagem usada por Sassaki, 1995.

— A criação dos CVIs no Brasil.

Ainda de acordo com o Relatório 2000 do CVI de Maringá, o primeiro Centro de Vida Independente brasileiro foi fundado em dezembro de 1988, no Rio de Janeiro, por um grupo de pessoas com deficiência, conhecidas ativistas do movimento de Auto-Ajuda do segmento, que já trabalhavam nesta área há mais de quinze anos.

A diretoria do CVI/RJ é composta exclusivamente por pessoas com deficiência, assim como a maioria dos integrantes do corpo técnico. As atividades e os serviços oferecidos pelo CVI/RJ se baseiam na filosofia internacional de Vida Independente, adequada à realidade de um país em desenvolvimento, com as características do Brasil.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ao longo das últimas duas décadas foram criados vários CVIs Brasil afora, inclusive o CVI Brasil, que representa uma histórica conquista de valor incomensurável para os deficientes no cenário político-social do País.

OBJETIVOS

A exemplo de todos os CVIs do mundo, o CVI/MGÁ tem como principal objetivo promover uma vida independente, produtiva, plena e de melhor qualidade para os indivíduos com deficiência, através do trabalho conjunto com as entidades atuantes na comunidade visando a não duplicação de serviços já existentes e o atendimento a todos os tipos de deficiências.

Para que tais objetivos sejam alcançados, o CVI-MGÁ vem trabalhando na implementação da filosofia de Vida Independente, o que ocorre através da prestação de serviços, quais sejam:

- Aconselhamento de pares para atender às necessidades afetivas e práticas de pessoas com deficiência.
- Informações sobre deficiências, recursos, organizações etc.
- Encaminhamento a outros recursos da comunidade.
- Defesa de direitos das pessoas com deficiência.
- Assistência habitacional, principalmente sobre acessibilidade arquitetônica.
- Provisão de atendentes pessoais.
- Oferta de oportunidade de lazer, esporte e de desenvolvimento pessoal.
- Organização de grupos de apoio à pessoa com deficiência, familiares, amigos e interessados.
- Assistência profissional sobre alternativas de emprego.
- Educação/conscientização/sensibilização do público a respeito de necessidades e potencialidades dos deficientes.
- Pesquisa e informação de aparelhos, equipamentos e adaptações especiais, ou seja, produtos da tecnologia assistiva capazes de promover maior independência aos usuários.

Estes serviços e equipamentos podem ser oferecidos, em parte ou no todo, por entidades *de* e *para* pessoas com deficiência ou por programas oficiais de caráter assistencial. O que se verifica no Brasil e, em particular na cidade de Maringá, é que raríssimos programas oficiais e entidades particulares obedecem à filosofia de vida independente, o que vai contra os objetivos do movimento de vida independente, levando, portanto, os CVIs a encontrarem outras maneiras de oferecer estes serviços aos seus usuários e à comunidade, através de convênios e trabalhos em parceria com organizações governamentais e não-governamentais.

SETOR DE LESÃO MEDULAR

Em agosto de 1999 o CVI/MGÁ criou o Setor de Lesão Medular (do qual Ana Paula é a coordenadora), considerando que o número de hospitais especializados em reabilitação é insuficiente em relação à demanda por este serviço, e não há nenhum em nossa região adjacente. Em função disso, as pessoas acometidas por lesão medular em Maringá e região, recebem o atendimento em hospitais gerais, e saem dos mesmos sem orientações mínimas sobre o quadro instalado, e acabam não passando por processo de reabilitação, o que dificulta seu retorno à vida social.

A filosofia básica do serviço consiste na Educação para a Saúde das pessoas com lesão medular e seus familiares. Seu objetivo principal é a prestação de serviços a toda a comunidade visando à melhora da qualidade de vida dessas pessoas. Com o

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

trabalho baseado na filosofia de vida independente, a pessoa deve assumir o controle de sua vida, utilizando o poder de fazer escolhas, tomar decisões que lhe convierem e influir na transformação da sociedade, exercendo sua plena cidadania, mesmo que fisicamente dependa de terceiros para realizar suas atividades de vida diária.

Realizando a busca ativa dessas pessoas, promovemos um encontro entre pessoas com lesão medular, seus familiares, alguns profissionais da área da saúde, e a equipe do CVI, com o objetivo de conhecê-las, levantar suas necessidades e expectativas, e discutir quais os maiores problemas vivenciados por elas, conseqüentes da lesão medular. Surgiu então o primeiro problema; muitas pessoas não compareceram por não haver transporte coletivo adaptado. A partir de então, iniciamos as visitas domiciliares a essas pessoas, com o objetivo de conhecer cada uma, dentro de sua realidade, onde levantamos alguns problemas e necessidades.

Realizamos o Curso *Noções Básicas sobre Lesão Medular* para pessoas com lesão medular, seus familiares e convidamos alguns enfermeiros (de hospitais, unidades básicas de saúde e universidade) e acadêmicos (enfermagem, fisioterapia e psicologia). Na verdade, poucos enfermeiros se inscreveram para participar do curso, e estes ou não compareceram, ou participaram de menos da metade dos encontros — oportunidade ímpar para saber pelas próprias pessoas com lesão e suas famílias a realidade que se apresenta durante e após o período de internamento hospitalar, sob seu ponto de vista. O objetivo inicial era oferecê-lo para pessoas com lesão medular e seus familiares, pois na maior parte dos casos, orientada ou não, é mesmo a família que acaba assumindo o cuidado de longo prazo em nível domiciliar. Mais tarde resolvemos abrir para outras pessoas interessadas.

Após a realização deste curso, continuamos "assistindo", impotentes, às pessoas com lesão medular internadas em instituições hospitalares (hospitais gerais), e saindo dessas internações sem qualquer informação, e na maioria das vezes, apresentando problemas como, por exemplo, escaras de decúbito. Nessas instituições, os profissionais "cumprem o seu papel" restringindo-se apenas a intervenções técnicas, cuidados de higiene, alimentação e medicação, porém, apresentando grande dificuldade numa abordagem mais específica da situação instalada, bem como os encaminhamentos que se fazem necessários para o processo de reabilitação.

Notamos em nossas visitas que, em alguns casos, os indivíduos após um período de busca e empenho pela recuperação (voltar a andar) sem êxito, acomodam-se. Aliás, expectativa comum relatada por grande parte dos clientes com lesão medular ou cerebral, pois a maior preocupação deles reside na capacidade de voltar ou não a andar. Talvez como forma de expressar o medo de se tornar dependente e até mesmo pela ansiedade causada pelo desconhecimento do tipo de dependência que a lesão irá resultar a curto, médio e longo prazos.

Porém, em se tratando de clientes com lesão medular, em quase todos os casos observamos que os problemas intestinais (constipação), e urinários (infecção) estão presentes. Quanto ao funcionamento intestinal, por orientação profissional em muitos casos, utiliza-se laxante rotineiramente para que ocorra a evacuação, e observamos ainda hábitos alimentares inadequados. Há o chamado "dia do laxante", onde a pessoa não sai de casa, e procura não receber visitas, pois a evacuação pode ocorrer a qualquer momento. A infecção urinária também representa grande problema, pois grande parte utiliza sonda vesical de demora, ou manobras (que acabam não esvaziando completamente a bexiga), ou mesmo cateterismo vesical intermitente (técnica nem sempre adequada, ou cuidado inadequado com o material), e há ainda aqueles que utilizam fralda (incontinência — não há garantia de que a eliminação seja completa). A automedicação é bastante freqüente (antibióticos), pois alegam que há dificuldade de acesso ao serviço de saúde especializado, e como as infecções são freqüentes ou contínuas, utilizam antibióticos por conta própria.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por falar no uso de fraldas, Machado (1999) relata com muita propriedade o quanto constrangedor era para seu uso para os jovens clientes com lesão medular, que chegavam a ponto de estabelecer escala hierárquica que excluía, do grupo de "safos" (independentes), aqueles que eventualmente precisassem delas em função de uma evacuação ou perda do fluxo urinário. Quando os paraplégicos (clientes com lesão medular) eram admitidos naquele programa de reabilitação, havia um ritual de iniciação imposto pelos mais experientes, recomendando que evitasse fazer uso de fraldas para não queimar a imagem do grupo frente às visitas diárias que circulavam livres pelos corredores e interagiam muito com todos, inclusive representando objeto de desejo e fantasia para grande parte deles. Embora a maioria entrasse no programa com certa dependência do uso de fraldas, em poucos dias deixavam de usá-las para serem aceitos no clã. Já os tetraplégicos (clientes com lesão medular alta — cervical), em decorrência da total dependência, eram aceitos sem quaisquer restrições.

Retomando as atividades do CVI Maringá, foi criado um programa chamado: "Do Hospital para Casa", que tem por objetivo o contato da equipe do CVI com o indivíduo com lesão medular e sua família, ainda no hospital, para fornecer informações sobre a lesão, os cuidados básicos e direcionamento sobre recursos disponíveis na comunidade, equipamentos e atividades de vida diária, dentre outras informações que se façam necessárias em cada caso específico, mas principalmente, servir de referência para essas pessoas após a alta hospitalar. Este projeto tem auxiliado não só os deficientes como também seus familiares no processo de reabilitação. Ainda compõem o programa: Curso sobre Lesão Medular, Curso para Formação de Prestadores de Cuidados Pessoais, e Grupos de Apoio à Família e ao Deficiente.

Relatamos a seguir o desdobramento de um atendimento realizado de acordo com os objetivos de tal programa:

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA — VISITA NO PRÉ-ALTA (03/01/2002)

"Virginia, com 27 anos de idade, solteira, tem namorado há alguns anos, cursando mestrado na área de ciências exatas (fase final da dissertação), apresentando lesão medular em nível C5, vítima de acidente automobilístico em 20/12/2001. Morava com três colegas, tem um irmão — um ano mais novo, os pais moram no sítio numa pequena cidade do interior. Pretende ficar na casa da avó, pelo menos temporariamente, aguardando encaminhamento para um programa de reabilitação numa instituição especializada. Na recepção do hospital, fomos abordadas por uma senhora bastante simpática, que quando me viu (na cadeira de rodas) quiz saber se era a pessoa que ia visitar a sobrinha dela e dar orientações. Achei-a simpática, receptiva, e muito ansiosa. Conversamos um pouco antes de ir até o quarto (pois não tínhamos informações sobre qual era o quadro real, quais as informações recebidas, como estava reagindo diante da situação, e, como e por quê havia sido internada naquele hospital). Ela relatou que a família ficou desesperada no dia do acidente, pois o estado era muito grave, e em nenhum hospital havia vaga pelo SUS; e no desespero levaram para o hospital particular. Agora a conta está muito alta e eles nem imaginavam como iriam pagar. E, que solicitaram ao hospital para que a transferissem para um hospital que atendesse SUS. A resposta de sempre era de que não havia vaga. E, que o médico prescreveu uma cadeira de rodas que é uma fortuna, também uma cama hospitalar, um colchão caixa de ovo (que ela não sabe o que é) e uma cadeira de banho. Também tem que contratar uma fisioterapeuta para ir à casa, e uma "enfermeira" pra cuidar dela. Conseguiram uma cadeira de rodas emprestada por quinze dias. Após o desabafo, entramos no quarto. Impressio-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nante como à primeira observação, notamos várias falhas, principalmente o posicionamento incorreto no leito. Ela estava usando colar cervical, deitada toda desajeitada, rotação de MMII, falta de anteparos nos pés que estavam caídos e em rotação externa (sobre luva de água que os tornavam mais instáveis ainda). Presença de uma 'bolha' no calcâneo direito (uma noite ficou sem proteção e pressionando a área — então foram orientados a passar um creme no local). Quando orientamos sobre o posicionamento, disseram que ninguém falou nada. Sugerimos então, que a posicionássemos melhor. Para posicioná-la, ninguém sabia por onde segurá-la (estavam o namorado e a tia). Ela comentou que estava ansiosa pela nossa chegada, pois a psicóloga do hospital disse que tinha feito contato conosco e que daríamos algumas orientações, e esclareceríamos algumas dúvidas. A primeira coisa que disse foi: "Estou com medo de ir pra casa, mas vou amanhã. Aqui no hospital as pessoas estão acostumadas a pegar a gente, e em casa, como vai ser; minha mãe é pequena e não é forte, e não sabe como fazer as coisas, minha avó é idosa e doente. Como vão conseguir cuidar de mim? Os médicos falaram que têm que contratar uma 'enfermeira' para ficar cuidando de mim em casa, daí minha mãe ajuda". Chegaram então o pai e o tio. A mãe estava em casa descansando, pois passaria a noite lá. Num determinado momento, entrou uma "visita", que provavelmente estava visitando outra pessoa, e se dirigiu a mim fazendo alguns comentários um tanto impróprios para o momento. Bastou uma simples troca de olhar para que alguém da equipe se encarregasse de nos deixar a sós. Foi muito oportuno, pois o pai estava desesperado, e não tinha com quem conversar e 'que entendesse exatamente seus sentimentos naquele momento'; uma pessoa bastante simples e desesperada (os pais normalmente ficam por conta da mãe de um colega tetraplégico que, muito hábil, participa ativamente das visitas, enquanto a cliente ficou na minha companhia — uma enfermeira paraplégica do grupo — funciona bem). Ficaram eles no corredor e nós duas ali. Foi ótimo, só depois de estarmos sozinhas é que ela revelou estar mais à vontade. Ela referiu ter muitas dúvidas, mas que ninguém falava nada. O que era a tal C5? Porque as pernas formigam tanto, parece que pesam uma tonelada e estão flácidas? Quando eu vou andar? Porque não consigo controlar as necessidades? Pois já fizeram algumas lavagens.... Já trocaram a sonda da urina uma vez. Vai ser sempre assim? Não tenho muita força pra tossir, tem um pouquinho de secreção. Dá tontura quando sento na poltrona. Como encontrar alguém pra cuidar de mim? Então, perguntei sobre o que cada profissional havia orientado. Segundo ela, não havia tido por parte de nenhum profissional, as informações que estava ansiosa por obter. O silêncio dos profissionais, no que se referia à lesão medular se fez presente, à exceção dos assuntos que se referem à cirurgia, troca de sonda, lavagem intestinal. Então perguntei da enfermagem; (pra ela todas são 'enfermeiras'), e a resposta não foi diferente; todos tratam bem mas evitam falar sobre qualquer coisa. Nós até procuramos a enfermeira do setor, para conversar sobre o caso, mas não a encontramos".

A propósito, uma situação muito habitual no contexto da assistência hospitalar do Brasil que, por representar a realidade, serve como tema para refletir em grupo sobre as QUESTÕES:

- Por quê os enfermeiros dos hospitais gerais têm tanta dificuldade em esclarecer as dúvidas dos clientes com lesão neurológica, como a da situação narrada?
- Qual seria a conduta profissional do enfermeiro para com a equipe de enfermagem, em face às dúvidas da cliente e família?
- Quais medidas de cuidado e conforto poderiam ser implementadas visando impedir o agravamento do caso?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ALTERNATIVAS DE SOLUÇÕES — VISITA DOMICILIAR À VIRGINIA (05/01/2002)

Equipe: Enfermeira Ana Paula, Fisioterapeuta Nadja e a Voluntária do CVI, Nélia (mãe de um tetraplégico).

"Quando chegamos ao domicílio havia algumas pessoas na calçada da rua — uma rua bastante íngreme (foi difícil até para a transferência do carro para a cadeira) e com um degrau na entrada da frente de casa, e, quando viram a minha dificuldade em passar com cadeira de rodas, já se prontificaram a fazer uma rampa — eram familiares, que nos receberam muito bem; a mãe (com quem não havíamos tido nenhum contato) veio chorando e me abraçou, ficamos alguns instantes assim, em silêncio, e então ela agradeceu por estar tendo tanta consideração com eles. Então todos foram apresentados. A fisioterapeuta, que me atende, com sua ampla experiência como docente na área de Neurologia; mas como agora a clínica da Faculdade está em recesso, ela se prontificou a atender no domicílio (por um valor que fosse razoável para ambas as partes), até que ela esteja melhor, e a clínica tenha voltado das férias (isso pelo receio de que ela caia em mãos despreparadas, que possam provocar danos irreparáveis, ou de pessoas que se aproveitam da situação para explorar financeiramente).

Observação e comentário de quem vem acompanhando de perto outras pessoas com lesão medular, que referem ter recebido atendimento bastante precário, ou por vezes adequado, porém com certa 'exploração financeira' por parte de alguns profissionais dessa área, o que nos traz preocupação. Quando entramos no quarto, estavam com ela, o namorado e uma auxiliar de enfermagem. A cama hospitalar (compraram um colchão de ar), diferente da utilizada no hospital, tinha apoio para os pés (como na cabeceira), então os pés estavam alinhados conforme orientação, porém os joelhos ainda estavam em rotação interna. Foi bem interessante fazer avaliação junto com a fisioterapeuta, e auxiliada pelo namorado, mãe e auxiliar de enfermagem, pois a cada passo, aproveitávamos para perguntar como estavam fazendo (muita coisa errada), e orientávamos a maneira correta de proceder. Ela saiu do hospital com nenhuma informação além daquela da quinta-feira (na nossa visita), momento aquele em que a maior parte das informações não foi assimilada em função do grau de ansiedade e da quantidade de informações.

Já fizeram o primeiro contato com uma instituição tida como centro de referência em reabilitação, em Brasília, então perguntamos se a equipe do hospital geral que prestou atendimento até então estava envolvida — a mãe disse que não. Relatou que na noite anterior teve febre, então ligaram para um dos médicos que disse apenas para fazer compressa e dar um antitérmico.Começamos a investigar; ela teve febre no hospital. Só sabe que fez alguns exames — não sabe quais. À ausculta, os pulmões estavam livres — descartada a hipótese de ser aí o problema. Pedimos para dar uma olhada nos medicamentos que estava tomando, e só tinha um antibiótico, um antiinflamatório e um antitérmico. Quando olhamos a bolsa coletora, a urina estava levemente turva; não havia sido orientado nada a respeito, apenas que a sonda deveria ser trocada quinzenalmente. A propósito, a sonda estava fixada de tal modo que estava tracionando o balão; estava bem esticada e a auxiliar disse que tinha feito mobilização de MMII, pedimos para ver como tinha feito, e, claro, tracionou bastante — mudamos a fixação e orientamos a maneira mais adequada. Havia duas pequenas lesões nas costas (início de escaras). Disseram que foi porque ela ficou deitada muito tempo 'de costas' lá no hospital.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quando olhamos a parte posterior da cabeça, havia dois curativos grandes (mal confeccionados) e estava toda raspada (a parte posterior da cabeça). Ela cortou o restante do cabelo que era comprido (até o dia anterior). Pedimos para retirar o curativo — duas lesões grandes (perda de parte do couro cabeludo) e infectadas; ela referia piora da dor no local. Orientamos também quanto ao curativo; para solicitar presença da equipe do PSF (Programa de Saúde da Família) na UBS (Unidade Básica de Saúde) daquela área de abrangência para se encarregar dos curativos diários. A mãe estava preocupada, pois a evacuação havia ocorrido duas vezes no mesmo dia; se havia problema. Investigando obtivemos informação de que fizeram lavagem intestinal duas vezes no dia anterior. A mãe disse que já estava sabendo das coisas que eu tinha falado pra ela no hospital, mas que tinha muitas dúvidas ainda.

Foi bom também o contato com mãe do colega tetraplégico (mãe com mãe — elas se entendem). A cadeira de rodas que conseguiram emprestada não vai ser possível utilizar — pior que uma 'carroça'. É uma 'coisa' reformada, tem o assento mais estreito que o encosto, os pés da cadeira estão caindo aos pedaços, o encosto fica em 90 graus ou então inclina demais e não oferece muita segurança. Tentaram colocá-la na cadeira — com auxílio da fisioterapeuta — mas foi um desastre, a cadeira é muito ruim. Fomos dar uma olhada, e a cadeira higiênica entra bem no banheiro, só que ela reclama da insegurança — por não conseguir equilíbrio de tronco. Verificamos um sofá em que seria possível sentá-la com o auxílio de alguns travesseiros. O CVI tem uma cadeira de rodas que foi doada, e que normalmente utilizamos (emprestamos por um período de tempo) em situações como esta — desespero de causa; então, a família ficou de buscá-la, pois é mais confortável e segura. Levamos também uma almofada de assento de ar, para que ela não vá para a cadeira sem usar almofada."

Desdobramento da situação anteriormente apresentada, agora sendo visitada no seu domicílio. Da mesma forma emergem QUESTÕES seminais, como, por exemplo:

— Por quê os enfermeiros do hospital geral não atentaram para a importância de se fazer visita ao domicílio antes da cliente receber alta?
— Quais seriam os principais aspectos que deveriam ser orientados no que concerne ao autocuidado?
— Não fosse a intervenção do CVI, como a família receberia informações sobre encaminhamento para serviço especializado?

Esta fase inicial é difícil para todos, para a pessoa que adquiriu a lesão, para o profissional e família. A fisioterapeuta relatou que no primeiro dia de atendimento, fizeram para ela praticamente as mesmas perguntas que fizeram pra nós: "Quando vou/vai voltar a andar?", "Existe alguma coisa que poderia ser feita pra melhorar?".....

A fisioterapeuta voltou a insistir sobre quais as orientações recebidas dos profissionais do hospital, e realmente não houve orientações. Interessante que quando a gente situa todos os envolvidos no caso, mostrando o 'caminho das pedras', eles sentem-se mais seguros, e as coisas acontecem sem que nada caia do céu. Cada um faz sua parte. As parcerias acabam funcionando bem.

Viabilização do Transporte Aéreo para o Centro de Reabilitação (18/01/2002)

"Passamos o dia todo com a assistente social da Secretaria Municipal de Saúde, viabilizando a liberação, através da Secretaria Estadual de Saúde, das passagens aéreas — para ela e sua mãe — para o Centro de Reabilitação em Brasília, que fez contato telefônico (nessa semana) agendando o internamento para o dia 22/01/2002 às 10:00 horas. Este processo para liberação de passagens aéreas deve ser iniciado com 30 dias de antecedência; porém, isso só é possível em casos onde há agendamento

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

prévio de retorno para o hospital ou comunicado de internamento em prazo superior a este; quando se trata de situações — como esta, por exemplo — em que o acidente ocorreu há menos de 30 dias, e o Centro de Reabilitação já disponibilizou a vaga, não dá pra adiar o internamento (processo de reabilitação) por questões burocráticas. Mesmo assim, fomos questionados quanto ao fato de não poder adiar o internamento por mais um mês para que todo o processo seja encaminhado conforme as normas; mas, com argumentos (preenchimento de papéis, laudo do médico que a atendeu, justificando a urgência) e muito empenho, obtivemos sucesso".

Existe boa vontade por parte de alguns profissionais, que na verdade desconhecem os procedimentos burocráticos para viabilizar o processo de encaminhamento, bem como questões específicas referentes à lesão medular. E a família acaba indo de um lado para outro, com informações desencontradas.

Muitas vezes faz-se necessário apelar aos "favores políticos", pois o Sistema não dá suporte para que as coisas fluam naturalmente, emperrando em burocracias.

Visita Domiciliar para mais algumas Orientações antes de Ir para o Centro de Reabilitação (19/01/2002)

"No período da manhã foi a fisioterapeuta, e à tarde fomos eu (enfermeira) e a mãe de um colega tetraplégico. A ansiedade pela ida ao Centro de Reabilitação era grande, tanto por parte dela como da mãe que a acompanharia. São informações de ordem prática sobre como proceder durante o transporte (carro, aeroporto, avião), internamento (documentação), e tantos detalhes que não fazem parte do cotidiano das pessoas. Quando chegamos, estava saindo do banho, e foi direto para a cadeira de rodas, onde permaneceu todo o período da visita, não apresentando sinais de hipotensão. Fez contato telefônico (pela primeira vez após o acidente) com o coordenador do curso de mestrado, comunicando sobre sua ida para o Centro de Reabilitação, e do interesse na conclusão de sua dissertação no retorno. Passamos boa parte da tarde (eu, ela e seu namorado) conversando assuntos referentes à lesão, à viagem, ao Mestrado, ao Centro de Reabilitação, e amenidades. Rimos muito, foi um período de descontração, que deu uma amenizada na tensão pela situação presente. Durante este período, as duas mães ficaram conversando em outro local".

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO 1 — CURSO PARA FORMAÇÃO DE PRESTADOR DE CUIDADOS

Proposta e Conteúdo

1. SOBRE A MEDULA ESPINHAL:
   1.1. O que É, e qual sua Função;
   1.2. O que É Lesão Medular;
   1.3. **Conseqüências** da Lesão Medular;
      1.3.1. Fase de Choque Medular;
      1.3.2. Espasticidade;
      1.3.3. Sensibilidade e Capacidade Motora;
      — níveis de lesão — completa ou incompleta;
      1.3.4. Alterações Gastrointestinais;
      1.3.5. Alterações com a Bexiga;
      1.3.6. Alterações Psicológicas;
   1.4. **Complicações** da Lesão Medular;
      1.4.1. Complicações Urinárias;
      1.4.2. Complicações com a Pele;
      1.4.3. Crise Autonômica Hipertensiva;
      1.4.4. Alterações Metabólicas;
      — Osteoporose, Ossificação Heterotópica;
      1.4.5. Alterações Circulatórias;
      — Trombose;
      — Edema;
      — Hipotensão Ortostática;
2. SISTEMA URINÁRIO:
   2.1. O Que É e como Funciona o Sistema Urinário;
   2.2. O Sistema Urinário e a Lesão Medular;
   2.3. Como Esvaziar a Bexiga após a Lesão Medular;
3. REEDUCAÇÃO INTESTINAL:
   3.1. Programa de Reeducação Intestinal;
   3.2. Recomendações quanto à Alimentação Adequada;
4. REABILITAÇÃO:
   4.1. O que É/Importância;
   4.2. Espasticidade/Deformidades/Posicionamento/Mobilização;
5. SEXUALIDADE:
   5.1. Função Sexual após a Lesão Medular;
6. TRANSFERÊNCIAS/EXERCÍCIOS:
7. EQUIPAMENTOS E ADAPTAÇÕES:
8. RECURSOS DA COMUNIDADE:
   8.1. Programa "SAÚDE DA FAMÍLIA";
   8.2. Órteses e Próteses disponíveis pelo SUS;
   8.3. Transporte Coletivo Adaptado;
9. FUNÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PESSOAIS;
10. ESPORTE E RECREAÇÃO;
11. SOBRE O CVI (CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE).

RECURSOS MATERIAIS

Os recursos utilizados foram: TV; Vídeo; Retroprojetor; Esqueleto; Maca; Cadeiras de Rodas; Cadeiras Higiênicas; Almofadas de Assento; Colchonetes; Travesseiros; Co-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

letores de Urina (opções); Sondas Uretrais (opções); Lubrificante para sonda; Uripen; Órteses (ex: goteira, fixador de punho, aranha com caneta para escrever, acessório auxiliar para uso de teclado de computador etc.); Para prática de alimentação: pratos, copos, talheres, canudos, guardanapos, e alimentos (gelatina, laranja, espaguete, sanduíche, suco, água).

DISPONIBILIDADE DE PESSOAL

Um Enfermeiro; 1 Psicólogo; 2 Prestadores de Cuidados Pessoais (pais de um colega tetraplégico); Presidente do CVI.

DINÂMICAS DE GRUPO

Nas aulas práticas, todos participam de dois papéis — deficiente e prestador de cuidados — para alimentação, transferências, manuseio das cadeiras de rodas e higiênica etc. Alguns se sentem, a princípio, constrangidos quando estão no papel de deficiente, tendo que sentar na cadeira de rodas, e na higiênica, sem poder fazer nada além de falar.

No banheiro, a cadeira higiênica é conduzida até o vaso sanitário e chuveiro — aprendendo que os "malabarismos" fazem parte da rotina, uma vez que dificilmente encontramos lugares acessíveis.

Os participantes sempre comentam sobre a importância de experimentar a situação da deficiência, os olhares na rua quando estão com as cadeiras de rodas, o medo de ser derrubado, a sensação de sentar na cadeira higiênica, de ser alimentado por outra pessoa, entre outras.

As atividades são realizadas sempre com uma pessoa no papel de deficiente físico, com dependência total para suas atividades, e duas pessoas como prestadoras de cuidados, sempre observando a postura do mesmo, a fim de que não haja prejuízo para sua saúde.

DESCRIÇÃO DAS AULAS PRÁTICAS

1 — Mudança de Decúbito/Posicionamento

Tanto na cadeira de rodas, quanto na cama (sentado, supino, prono, lateral D e E), considerar sempre a importância do conforto e da segurança da pessoa impossibilitada de movimentar-se sozinha. Orientar também sobre os perigos de um mau posicionamento. Utilizar almofada de assento, colchonete e travesseiros para demonstrar o posicionamento adequado.

2 — Manuseio das Cadeiras de Rodas e Higiênica

Sempre conhecer a cadeira que está sendo utilizada (nem sempre é o modelo mais adequado para a pessoa).

Se os apoios de braços e as rodas são removíveis, a importância de frear a cadeira antes de uma transferência, o cuidado com os pneus infláveis (se estão cheios o suficiente). Se os apoios dos pés são removíveis ou não, se a regulagem da altura está adequada para a pessoa que a utiliza. No caso da cadeira de rodas, a importância de usar almofada de assento sempre.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3 — Transferências da Cama (Maca) para a Cadeira de Rodas e Higiênica e Vice-Versa

Deve ocorrer lentamente, evitando-se movimentos bruscos; atenção para aqueles casos em que a pessoa se encontra deitada por longo período de tempo, ou casos em que a lesão é alta; pois há risco de ocorrer hipotensão. Sentar à beira da cama inicialmente, com as pernas pendentes, e após, passar para a cadeira. Lembrar sempre que os 'pontos-chave' no corpo quando for mobilizar são: ombros, quadris e joelhos. Observar que os movimentos devem ser coordenados — se um prestador de cuidados erguer muito as pernas, o peso vai sobrecarregar o outro que está segurando o tronco. A postura adequada do prestador de cuidados é de extrema importância, para preservar sua integridade física, e para que a tarefa seja executada de maneira efetiva.

4 — Transferência da Cadeira de Rodas para a Cadeira Higiênica e Vice-Versa

Cuidado com a distância entre as cadeiras, retirar o apoio de braço das cadeiras quando for possível, estar atento para que o prestador de cuidados mais alto/forte fique na posição atrás das cadeiras (responsável pela transferência da parte superior do corpo) que exige mais força. Realizar todos os movimentos de forma sincronizada.

5 — Alimentação: Pessoa Sentada e Deitada

Observar quantidade e tipo de cada alimento e líquido, e a maneira de oferecer, estando atento, por exemplo, para o tempo entre o oferecimento do alimento, e a maneira de oferecer determinados alimentos sem derrubar na roupa. Se a melhor opção é oferecer o alimento com colher ou garfo, no caso do líquido, se com canudinho ou não.

6 — Dinâmica na Rua: Condução de uma Pessoa que Utiliza Cadeira de Rodas pelas Ruas (no Papel de Prestador de Cuidados e de Deficiente)

Estar atento para a maneira de descer e subir a cadeira em uma calçada com guia rebaixada ou não. Para descer, a cadeira de rodas deve estar de costas, para evitar que a pessoa caia para frente (em casos onde a guia não é rebaixada, ou é muito íngreme). Em situações de rampas, adota-se o mesmo procedimento. Para subir, adota-se o procedimento inverso (cadeira de rodas sempre de frente).

Ter atenção ao atravessar a rua e aos obstáculos nas calçadas. Observar situações onde o piso for irregular, podendo provocar vibração e, por conseqüência, o aumento da espasticidade.

7 — Transferência da Pessoa da Cadeira de Rodas para o Carro e Vice-Versa

Posicionamento e distância da cadeira junto ao carro, com espaço suficiente para o movimento do(s) prestador(es) de cuidados e segurança do indivíduo. Na transferência da cadeira de rodas para o carro e vice-versa, utiliza-se o mesmo princípio da transferência de cadeira para cadeira, bem como os mesmos cuidados.

Atenção ao desmontar e guardar a cadeira de rodas para não esquecer nenhuma das partes da mesma (apoio de braço, por exemplo).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO 2 — RELATOS — CURSO DE PRESTADOR DE CUIDADOS

Ao término do 10º encontro, fizemos um balanço do curso, e cada um teve espaço para fazer suas colocações. Foi um grupo bastante heterogêneo, com profissionais de enfermagem (enfermeira, auxiliar de enfermagem), pessoas com lesão medular e pessoas interessadas, sem qualquer vínculo com alguém que apresente lesão medular. Alguns não falaram nesse momento, porém durante as aulas (principalmente as práticas) não houve quem não se manifestasse.

Dos profissionais de enfermagem, os relatos foram:

(Aux. Enfermagem): *"Foi importante demais. Eu que trabalho há tantos anos no posto de saúde, com gente de todo tipo o dia inteiro, nunca tinha aprendido essas coisas, isso foi novo, foi diferente. A gente viu aqui algumas coisas básicas, mas agora, no dia-a-dia é que a gente vai ajeitando conforme a pessoa que a gente tem que cuidar. O jeito de pegar principalmente, a gente não aprendeu que tem um jeito mais fácil pra gente e pra quem a gente tá pegando. Até no nosso trabalho na enfermagem, que tem que pegar as pessoas, não é ensinado direito como tem que fazer do jeito certo. No primeiro dia, quando eu cheguei aqui e não conhecia ninguém ainda, e eu vi a enfermeira chegando sozinha de carro; fiquei olhando, e quando ela desceu e usava cadeira de rodas, eu fiquei meio espantada porque eu nunca tinha visto isso. Agora eu já vejo diferente as pessoas que usam cadeira".*

(Aux. Enfermagem): *"Deu pra perceber que a pessoa que tem deficiência também pensa e quer as coisas, e que quem sabe o que é melhor pra ela, é ela mesma, não é como no hospital que as coisas são feitas quando e como a gente quer. A gente viu que mesmo com limitações, adaptando a maneira de fazer as coisas, dá certo. A gente tem que aprender a ver e ouvir as pessoas".*

(Enfermeira*): "A parte teórica foi muito boa, mas na prática, quando a gente que é 'normal' teve que passar para a condição de deficiente, nossa... não dava pra imaginar como é. A gente tá acostumado no trabalho a pegar a pessoa da cama e passar pra outro lugar, mas não pensa que é assim. É interessante passar por essa experiência, porque agora dá pra ter uma noção do que eles sentem. Quando falam que dá medo, eu vi que dá mesmo, porque a gente depende totalmente de outras pessoas que nem sempre a gente conhece. Além de passar para o lado de lá, o que foi muito bom mesmo foram os comentários das pessoas com lesão medular que estiveram no curso, contando como eles sentem, o que eles acham das coisas, quais as necessidades deles; se não tivesse tido isso acho que não teria sido tão rico. E a gente normalmente não ouve. Quando eles colocaram sobre as experiências deles, a maioria ruim, pra gente enriqueceu muito".*

Das pessoas que participaram do curso, que nunca tiveram qualquer contato com pessoas com lesão medular, os relatos foram:

"Eu amei o curso, e posso dizer que nos dezenove anos de vida que eu tenho, foi uma das melhores coisas que eu já fiz. Acho que tem que ser divulgado pra todo mundo, porque são coisas que as pessoas têm que ficar sabendo; principalmente não achar que uma pessoa que anda de cadeira de rodas é doente ou coitada. Eu não tinha essa visão sobre as pessoas que tem deficiência; mudou minha visão com relação a elas. É tão bom saber que são pessoas que têm tanta coisa pra ensinar pra gente. Nossa, vocês são excelentes profissionais, fiquei impressionada, e acho que muita gente que anda não é capaz de fazer isso que vocês fazem. O trabalho de vocês é de deixar qualquer um de boca aberta. E as aulas então, meu Deus, como eu aprendi coisas novas. Até coisas que são tão simples como tomar banho e comer, precisa saber fazer direito, porque a pessoa está dependendo da gente. A gente pára pra pensar na vida de um jeito diferente."

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"No começo, quando a gente dá de cara com pessoas na cadeira de rodas, a gente não sabe direito o que fazer. Teve vocês que deram o curso, e teve as pessoas com lesão que vieram no curso. Como a gente não está acostumado, dá um certo receio até de chegar e falar alguma coisa, mas agora mudou".

"Nunca ia imaginar como é, se não tivesse experimentado ficar no lugar da pessoa com deficiência. Como é difícil não poder fazer as coisas. Tem que ter muita paciência dos dois lados, porque, por mais bem feito que a pessoa faça pra gente, nunca vai ser igual a gente mesmo fazer. Quando foi pra comer a gelatina e não podia mexer nem as mãos, e caiu na roupa, não deu pra segurar o impulso de levantar a mão; agora eu imagino tantas outras coisas e a pessoa que não tem mesmo como se mexer, que desespero que deve dar".

Quanto às pessoas com lesão medular que participaram do curso, os relatos foram bastante ricos, e revelaram uma certa 'dor' quando relatavam a qualidade do tratamento a eles dispensado, muitas vezes humilhante. Foram feitas muitas críticas aos profissionais da área de saúde de modo geral, porém de maneira mais contundente à equipe de enfermagem, a falta de preparo para desenvolver tal função, bem como a maneira de abordarem a pessoa que apresenta uma limitação mais severa.

"Parecia que quando a A.P. estava explicando as coisas durante a aula, ela estava sabendo o que a gente sente lá dentro, tudo que acontece por dentro da gente, como que a gente sente essas coisas aí que ela explicou, e que a gente fala para os médicos e as enfermeiras e eles nem dão bola. Acho que eles não sabem, por isso não dão bola pra gente. As meninas que trabalham na enfermagem, estão fazendo muito bem de estar aqui aprendendo com quem sabe das coisas, que é pra não tratar a gente de qualquer jeito quando tem que internar no hospital. Eu tenho lesão alta e não consigo controlar nem os braços; as minhas pernas pulam de tanta contração; e as enfermeiras brigaram comigo no hospital porque não era pra eu me mexer, e eu falei que não tava fazendo nada... levei cada bronca, cada puxão nas pernas; essas enfermeiras têm que aprender essas coisas pra saber cuidar da gente. Pra esse pessoal parece que a gente tem que ficar com infecção urinária, que é normal; eles não imaginam o tanto que aumenta as contrações do corpo inteiro; eu tenho até que ficar amarrado na cadeira pra não cair, mas já cheguei a cair da cama por causa de muita contração".

"Em mais de dez anos que eu tenho lesão medular, eu nunca fiquei sabendo essas coisas aí que foram ensinadas. E olha que eu fiquei internado um monte de vezes, em um monte de hospitais diferentes e por problemas diferentes. As coisas que eu faço, aprendi tudo sozinho. A gente ia tentando as coisas e dava certo, mas agora a gente vê que dá pra ser feito de um jeito mais fácil. E se a gente soubesse o que é escara, e que é tão fácil não ter escara, não tinha sofrido tanto. Tive até que fazer colostomia pra não contaminar as escaras que estavam muito grandes, e elas apareceram quando eu ainda estava internado no hospital. Agora, vendo que é tão fácil não ter escaras, e que dá pra treinar o intestino,... não sei nem o que falar".

Tarefa: Refletir sobre o que significam os depoimentos, principalmente o dos deficientes e debater em grupo.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO 3 — LEGISLAÇÃO, ESPAÇO URBANO E ACESSIBILIDADE

Há muitos anos, o movimento das pessoas com deficiência tem empenhado esforços na busca de espaços urbanos sem barreiras arquitetônicas, ou seja, espaços onde pessoas com algum tipo de deficiência física que sejam usuárias de cadeiras de rodas, muletas ou qualquer outro tipo de equipamento de ajuda técnica e também pessoas com mobilidade reduzida como idosos e gestantes, por exemplo, possam se locomover de e para qualquer lugar sem que para isso precisem pedir auxílio a alguém.

Percebe-se que ao longo destes anos muitos foram os progressos conseguidos nesta área, às vezes impostos por leis, às vezes realizados por pessoas que vêm na pessoa com deficiência um cidadão de primeira classe, com todos os direitos de ir e vir como os de qualquer outro cidadão.

Porém, a falta de informação a respeito da legislação existente, a formação inadequada de profissionais no que se refere a este assunto, a falta de conhecimento e vontade política de nossos governantes para que mudanças sejam realizadas com este intuito, aliadas ao crescimento do número de pessoas que nascem ou se tornam deficientes, vem fazendo com que cada vez mais esforços sejam feitos na busca deste conhecimento e conseqüentemente da solução deste problema.

Tendo em vista todas estas necessidades é que a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Maringá com o apoio do Centro de Vida Independente de Maringá, ONGs que têm como objetivo a melhora da qualidade de vida das pessoas com deficiências, promovem o curso: LEGISLAÇÃO, ESPAÇO URBANO E ACESSIBILIDADE — ministrado por uma profissional especializada na área — visando proporcionar a profissionais e acadêmicos de direito, engenharia, enfermagem, arquitetura, fisioterapia, educação, entre outros, bem como a pessoas com deficiência, familiares e interessados, um momento de conhecimento e troca de informações, com aulas teórico-práticas, a fim de que possamos assim garantir uma parceria com pessoas que serão os "arquitetos" de um novo tempo, um tempo sem barreiras.

Objetivo Geral: capacitar os participantes a pensarem possibilidades concretas de uma CIDADE SEM BARREIRAS e CONSTRUÍDA PARA TODOS.

1º Módulo: discussões teóricas sobre Espaço Urbano, Legislação e Acessibilidade.

2º Módulo: demonstrar que é possível intervir no espaço urbano, dentro da legislação, para garantir acessibilidade.

3º Módulo: vivenciar as deficiências estruturais das vias públicas da cidade através do desempenho de atividades da vida diária, tendo como referência as dificuldades encontradas por um deficiente.

4º Módulo: refletir sobre o espaço urbano da cidade no que diz respeito à acessibilidade das pessoas com deficiência.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO 4 — RELATOS DE EXPERIÊNCIAS — VIVENCIANDO DEFICIÊNCIAS EM MARINGÁ

Realizada em uma praça central de Maringá.
Regras:

1) Todos os participantes deverão cumprir suas tarefas e voltar para a praça para relato da experiência;
2) As pessoas que estiverem sob os efeitos de uma deficiência poderão solicitar ajuda, exceto para seus acompanhantes (somente para transeuntes);
3) Ninguém pode retirar os auxílios técnicos antes do término da vivência;
4) Não há necessidade de andar em grupo;
5) Em 1 hora todos deverão estar de volta com as tarefas cumpridas.

PROPOSTA

Dividir a turma em 3 grupos de 4 pessoas, sendo que 3 serão colocadas sob os efeitos de uma deficiência e 1 será incumbida de acompanhar e observar os demais. Caso exista alguma pessoa com deficiência no grupo ela deverá necessariamente ter acompanhante. Em cada grupo haverá 1 pessoa em cadeira de rodas; 1 pessoa que utilizará muletas axilares; 1 que estará sem a visão; e 1 que estará acompanhando e observando as anteriores.

TAREFAS

Grupo 1

1) Observar a praça por 10 minutos.
2) Visitar o Prédio da Justiça do Trabalho e descrevê-lo sucintamente no retorno; visitar a Catedral e descrever seu interior; deve entrar por uma porta e sair por outra; buscar na recepção do Hotel ** uma sacola com Manual de Acessibilidade; visitar as lojas da praça de convivência e trazer um cardápio ou um folder em braile.
3) Tarefa comum: experimentar a praça sob os efeitos da deficiência.

Grupo 2

1) Observar a praça por 10 minutos.
2) Visitar o Prédio do Ministério Público (Cuidador do Idoso e do Deficiente) e descrevê-lo sucintamente no retorno; visitar a biblioteca municipal e trazer a Lei Orgânica do Município de Maringá; visitar a Prefeitura Municipal de Maringá na Secretaria de Turismo e trazer materiais informativos sobre Maringá; conseguir uma máquina que escreva braile e uma pessoa para dar explicações sobre o alfabeto.
3) Tarefa comum: experimentar a praça sob os efeitos da deficiência.

Grupo 3

1) Observar a praça por 10 minutos.
2) Procurar os correios e solicitar selos em braile; visitar o Parque do Ingá e trazer material explicativo sobre o local; ir até a agência do correio e solicitar selo em braile; utilizar o banheiro adaptado da praça de convivência.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

visitar uma agência bancária e perguntar quais são os documentos e as exigências para abrir uma conta para uma pessoa com deficiência visual.

3) Tarefa comum: experimentar a praça sob os efeitos da deficiência.

RELATO DA VIVÊNCIA NA PRAÇA DE CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA

A turma foi dividida em três grupos onde havia um cadeirante, um deficiente visual (com venda e bengala) e um amputado (com uma perna amarrada e usando muletas axilares). O início foi de ajustes de altura na regulagem da muleta axilar para cada um, ajuste da venda para vivenciar a deficiente visual; alguns experimentaram a cadeira de rodas.

Então, foram então entregues as tarefas. Um dos grupos começou a ler e o cadeirante disse: *"vou ter que atravessar a rua?"* Deficiente visual: *"Vou ter que atravessar avenida?"* Quando terminaram de ler as tarefas, riram muito, pois não souberam com antecedência o que teriam que fazer, que nada mais são do que tarefas que as pessoas fazem diariamente. Outro disse: *"mas esse lugar que eu tenho que ir não tem rampa, não dá pra entrar".* Primeiro observaram bem a praça, e após partiram para as tarefas. Em todos os casos, os transeuntes ajudaram, espontaneamente, ou quando solicitados; porém houve uma reclamação no grupo que eles só ajudam o deficiente visual e o cadeirante, e com quem usa muleta ninguém se preocupa. No correio, a cadeirante (engenheira) subindo a rampa pouco inclinada teve bastante dificuldade, e disse: *"é uma rampa boa, mas tive dificuldade para subir sem ajuda, se estivesse andando talvez nem a teria notado";* e quando teve que descer uma bem mais íngreme, disse: *"nunca mais vou fazer um projeto sem pensar nisso".*

Para a deficiente visual, a tarefa de comprar selo em baile — não tinha — foi difícil, primeiro para se situar dentro da agência, depois na hora de comprar um selo simples — o problema — não dá pra ver o selo, nem o dinheiro pra efetuar o pagamento (o pessoal do grupo auxiliou).

Houve muita dificuldade em transitar pelas calçadas pelo fato de estarem muito quebradas, apresentarem muitos buracos, e para atravessar a rua pela falta de guias com rebaixamento (e quando existe é inadequado), sempre precisaram de ajuda para descer ou subir. Um deles reclamou da pavimentação no sentido de que algumas calçadas estão sendo substituídas por material inadequado que faz trepidar muito e que dificulta para o deficiente visual também.

Quando o cadeirante (arquiteto) teve que atravessar a avenida para ir até o hotel, parou e observou que na calçada não havia guia rebaixada, então como chegar até lá? Solicitou auxílio ao taxista.

O deficiente visual (DV), encontrou na entrada da catedral, buracos na calçada, um pequeno degrau, onde tropeçou, e precisou de auxílio para subir a rampa. O mesmo transeunte auxiliou também o cadeirante, mas o amputado não. Este referiu que não sabia o que era pior, se aquela rampa ou a escada. Optou pela escada.

ALGUNS RELATOS

"Nossa, tá todo mundo olhando a gente"; "as dificuldades são enormes"; "o pessoal não se sensibiliza muito com a muleta".

Amputado: *"Pedi água, e o cara me deu um copo, mas eu tava meio desequilibrado pra segurar as muletas e o copo, e o bebedouro tava bem longe — difícil".*

DV: *"Senti segurança seguindo um deficiente visual, foi fundamental ter ele perto de mim, eu não estava segura sem ele, pois estava na mesma condição que eu, porque se ele estava indo eu também podia ir; não é aquela coisa de ir aonde o povo está, é ir onde ele está. A gente tem que confiar nos outros".*

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DV: *"Perdi o senso de direção, tinha visão de quando tinha sol e quando era sombra (a sombra me dava medo). Caí no chão e esfolei o joelho e a canela por causa de um buraco. Me senti totalmente perdida; até entrei com a cabeça dentro de um telefone público (orelhão), porque a base dele é pequena, bati a bengala nela, mas não sabia o que tinha pra cima, quando percebi, já estava dentro dele.... Se eu fosse trabalhar cega ia ser muito difícil".*

"Quando procuramos cardápio em braile, só tem numa rede de lanchonetes de fama internacional, mas estava fechada e fica fixo na parede lá dentro".

"Não tem terminal no banco em braile, então tem que ter um procurador".

DV*: "Não gostava quando sentia vento, lugar que canalizava vento... dava um temor".*

Cadeirante: *"Os degraus são muito altos em todo lugar, ou as rampas dão medo, sempre precisa da ajuda de alguém". "As mãos, os braços, os ombros, dói tudo".*

Ao término do evento, foi realizada uma reunião com o Secretário Municipal de Desenvolvimento Urbano, onde foram discutidos os problemas vivenciados, principalmente com os relatos de profissionais da área de engenharia e arquitetura, que alertaram para a precariedade da situação da acessibilidade em Maringá. Foi então constituída uma Comissão Municipal de Acessibilidade com sete membros, sendo quatro de entidades representantes das pessoas com deficiência (CVI/MGÁ, APAE, ANPR [Associação Norte Paranaense de Reabilitação] e ASUMAR [Associação dos Surdos de Maringá]), e três da Prefeitura Municipal (Fundação de Desenvolvimento Social, Secretaria de Desenvolvimento Urbano, e Secretaria de Transportes) que, com reuniões mensais, tem o propósito de fomentar a política municipal de acessibilidade, bem como ações de ordem prática (educativas e punitivas) referentes a espaços urbanos e projetos arquitetônicos não acessíveis.

Em matéria de Luciana Casemiro, intitulada *"Acesso garantido a todos — Prédios antigos, em que moram portadores de deficiência física, têm de se adaptar",* publicada na coluna MORAR BEM do Jornal Globo de 30 de dezembro de 2001, chama-nos atenção a riqueza de detalhes devidamente ilustrados e pautados nas regras estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), além de assessorada pela arquiteta e coordenadora do programa de acessibilidade do CVI-RIO. Tudo começou com a luta de um administrador de empresas via processo judicial, reivindicando seus direitos de entrar e sair do prédio que mora no Alto da Boa Vista, sem precisar da ajuda de terceiros.

Paraplégico desde que fora vítima de acidente automobilístico, há oito anos, seu caso serviu de inspiração para a Lei 3.311, publicada no dia 5 de dezembro de 2001, que estabelece a obrigatoriedade da adaptação dos acessos a todas as áreas comuns, inclusive de lazer, de prédios residenciais já prontos, em que haja condôminos portadores de deficiência. O que vem ampliar o que já dispunha a legislação desde 1988, quanto à obrigatoriedade de os imóveis novos e em fase de construção oferecerem acesso aos deficientes. A bem da verdade, o que se pode constatar nas mais diversas cidades brasileiras, seja nas grandes capitais, seja nas cidades de grande e médio porte do interior, raros são os projetos que seguem o que determina a legislação.

De fato, ao passar de carro no percurso de casa para a universidade, percebo nos prédios antigos o quão difícil seria para um deficiente físico, particularmente os cadeiristas, sobreviver com dignidade naqueles espaços sociais, pois além de não haver rampas de acesso, as escadas são por demais íngremes. O mesmo posso constatar nos inúmeros prédios em construção ou em fase de acabamento: a inobservância da construtora quanto ao cumprimento da legislação. Afinal, por que os órgãos encarregados de autorizar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os projetos da construção civil não exercem poder que a legislação garante para embargar tais aberrações?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Bom seria se as demais câmaras municipais Brasil afora, a exemplo da cidade do Rio de Janeiro, tomassem a iniciativa de tornar mais justa a questão do direito de ir e vir, entrar e sair dos prédios sem que as pessoas com deficiências necessitassem da ajuda e/ou intervenção de terceiros. Afinal, é uma questão de direito que a Carta Magna do país nos assegura. Melhor seria se as iniciativas fossem tomadas em caráter voluntário, seja no segmento político, empresarial, instituições públicas e privadas, formando uma grande corrente de solidariedade para a construção de uma sociedade mais justa, não excluindo as diferenças, mas minimizando as distâncias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, D. Uma história natural dos sentidos (Tradução de Ana Zelma Campos). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
2. BLACK, JM, MATASSARIN-JACOBS E. Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1996.
3. CASEMIRO, L. Acesso garantido a todos: Prédios antigos, em que moram portadores de deficiência física, têm de se adaptar. O Globo, Morar Bem, 30/12/2001.
4. D'ANCONA, CA; NETTO, NR. Aplicações clínicas da URODINÂMICA. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 284 p., 2001.
5. DELISA, JA. Medicina de Reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole, 2001. 1011 p.
6. FIGUEIREDO, NMA; MACHADO, WCA; CHAVARRIA, MMA; PORTO, IS. As damas de branco se afastam do cuidado de enfermagem: cortando o "fio de prata" para (in)dependência do cliente. Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 107-113, maio/ago., 2001.
7. FRANÇA, ISX. (Re)socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras. João Pessoa: Idéia, 96 p, 2000.
8. GALLI, R. Salvando meu filho. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.
9. GEORGE, JB et al. Teorias de Enfermagem — Os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 375 p, 2000.
10. LAPIDES, G. Cateterismo Intermitente Limpo. São Paulo, URONEWS. Disponível em: www.uronews.com.br. Acesso em 26 setembro de 2001.
11. MACHADO, WCA. Cuidados de Longo Prazo: Uma abertura para a prática profissional liberal de enfermagem. Editorial. Cadernos de Pesquisa — Cuidado É Fundamental do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem do DEF. Rio de Janeiro, EEAP, UNIRIO, Ano III, n 1, p. 6-7, jan/mar/1999.
12. _____. Tempo, Espaço e Movimento: O "(d)eficiente" físico, a reabilitação e o desafio de sobreviver com o corpo partido. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000.
13. _____; FIGUEIREDO, NMA; CHAVERRIA, MMA. Cuidado de Longo Prazo: O revezamento no papel de refém — Um estudo de caso. Cadernos de Pesquisa — Cuidado É Fundamental do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em enfermagem Fundamental do DEF. Rio de Janeiro, EEAP, UNIRIO, Ano III, n. 3, p. 80-93, Julho/Agosto/Setembro de 1998.
14. _____. Minha prisão sem grades: uma abordagem semiótica de reabilitação em enfermagem. Goiânia: Kelps, 1999.
15. MARTINS, E. Manual de redação e estilo. São Paulo: O Estado de S. Paulo, p. 313, 1990.
16. PECCI, JC. Minha Profissão é andar. 2. ed. São Paulo: Summus, 1980.
17. POTTER, PA; PERRY, AG. Fundamentos de Enfermagem: Conceito, Processo e Prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999.
18. SASSAKI, RK. O que É Vida Independente. Programa de Atendimento aos Portadores de Deficiências — Secretaria Municipal da Família e Bem-estar Social — Prefeitura de São Paulo, 1995.
19. _____. Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
20. _____. Terminologia sobre pessoas com deficiência (Versão parcial e preliminar). São Paulo, 2001. Mimeografado.
21. SMITH, DR. Urologia geral. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 576 pgs, 1999.
22. TORMIN, G. Pássaro sem asas. 3. ed. Goiânia: Kelps, 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SEXTA PARTE

Terapias Não-convencionais Aplicadas na Enfermagem

Antonio Jose Culello

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 29

A Enfermagem e a Terapia Não-convencional

José Henrique do Nascimento Bessa

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, proporcionamos aos leitores conhecimentos de métodos terapêuticos não-convencionais que podem ser inseridos nas instituições hospitalares e não-hospitalares. Considera-se um avanço significativo a incorporação de alguns métodos reconhecidos por entidades nacionais e internacionais, sendo registrados neste livro, cujo conteúdo básico está voltado para os métodos convencionais.

O conhecimento do poder curativo das plantas para fins medicinais é tão antigo como a própria humanidade, conforme se pode observar na leitura da Bíblia, levando-nos a entender que Deus proveu a natureza de variada flora medicinal, prevendo todas as nossas necessidades. Deus disse:

> *"Produza a terra erva verde que dê a sua semente; e produza árvores frutíferas que dêem fruto, segundo a sua espécie, e que contenham a sua semente em si mesmas, para a produzirem sobre a terra. E assim se fez. E produziu a terra erva verde, que dava semente segundo a sua espécie e produziu árvores frutíferas que continham a sua semente em si mesmas. E viu Deus que isto era bom"* (Gênesis I: 11,12). *"E os seus frutos servirão de sustento, e as suas folhas de medicina"*. (Ezequiel 47:12).

Os conhecimentos científicos alopáticos foram caracterizados no século XVIII, quando Samuel Hahnemam criou a homeopatia e precisava distingui-la da terapia convencional. Os métodos científicos convencionais levaram todo conhecimento produzido a uma separatividade muito grande, culminando com o que chamamos, hoje, de especialização, ou seja, um aprofundamento de conhecimentos relativos a um determinado tema, favorecendo uma visão limitada que dificulta ver o todo e a complexidade de relações envolvidas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A vida no planeta faz parte de infinitas possibilidades, tendo a ciência, com sua metodologia tradicional, dificuldade de compreender os fenômenos que se apresentam, levando-se em conta principalmente a diversidade do ser humano, com sua mente racional, que exige provas concretas para melhor compreender os fenômenos e o planeta Terra, tido como um ser vivo, com complexidades que muitas vezes podem não ser vistas por nossos olhos ou percebidas por nossos sentidos convencionais, mas que podem ser vistas e percebidas por alguns seres humanos como um fluxo de energia, através de cores, calor, vibração, fotos etc., que proporcionam uma transformação em si e em outras pessoas, quando é compartilhada.

Richard Gerber (1999, p. 33 e 36) e outros autores afirmam o que há milênios já se entendia: todo corpo físico emana energia, sendo a matéria um estado condensado de energia e a mutação energética definindo o ser e estar das estruturas com sinais visíveis e invisíveis, através de pensamentos, emoções, proteínas, células e órgãos. O médico indiano Deepak Chopra (1990, p. 23), em seu livro *Saúde Perfeita*, registra que nossos corpos são *"como rios em constante mudança, fluindo padrões de inteligência"*.

Esta afirmativa nos leva até mesmo a questionar a morte como uma finitude, pois se tudo é mutação energética, a vida se expressa em sua multiplicidade de energia, podendo ser considerada como eterna.

A POSSIBILIDADE DA TERAPIA NÃO-CONVENCIONAL NA ÁREA DE SAÚDE

As terapias não-convencionais utilizam ensinamentos filosóficos milenares com princípios energéticos, de modo a contribuir com o equilíbrio dos órgãos do corpo dos seres humanos que as procuram.

Neste mundo maravilhoso e caótico, regido por leis de mercado, as pessoas estão todo o tempo tentando conquistar um espaço no contexto social, criando um modelo de vida ideal, e, quando conquistam, têm medo de perdê-lo. Diante desta situação, os seres humanos reagem contra as dificuldades impondo um modo de vida violento, tornando-se uma fonte permanente de desgaste que gera angústia, ansiedade e conflito consciente e inconsciente.

A década de 90 foi marcada por uma busca incessante do ser humano de recursos naturais que pudessem diminuir ou resolver problemas físicos e emocionais que surgiram como conseqüência de estresse, alimentação inadequada e até mesmo automedicação.

O ser humano urbano percebeu que a maior parte do dia, permanecia em ambientes fechados, pouco iluminados, que fazem parte de cidades congestionadas, onde os recursos artificiais substituem os naturais. O equilíbrio do corpo e da mente se faz necessário, de forma harmoniosa com a natureza, levando-nos gradativamente a fazer parte dela.

SUPORTE TERAPÊUTICO NÃO-CONVENCIONAL

Hoje temos possibilidade de suporte terapêutico com alimentação natural, cristalterapia, cromoterapia, fitoterapia, floralterapia, Reiki e outros.

A alimentação natural é um método que valoriza a utilização de vitaminas (verduras e frutas); sais minerais (raízes) e proteínas (cereais, berinjela, abóbora, brócolis etc), sendo uma forma de contribuir para o equilíbrio do corpo, da mente e do espírito, pois a finalidade da alimentação não é matar a fome, mas sim nutrir o corpo, de modo a se desenvolver, renovar e realizar os processos químicos vitais, de modo a proporcionar equilíbrio orgânico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A cristalterapia já era citada nos livros sagrados indus de astrologia 500 anos a.C., como canalizadores de energia cósmica. Sabe-se hoje que os cristais podem ser utilizados como método terapêutico, devido a possuírem a mais perfeita estrutura do mundo físico, considerando suas combinações atômicas e por sua composição química. Os cristais podem beneficiar as pessoas em nível físico, emocional e mental, visam equilibrar os centros energéticos de nosso corpo, sendo um pedaço da natureza interagindo com as pessoas. O cristal é um instrumento energizador que, através da vontade profunda da pessoa, poderá ajudar a encontrar o equilíbrio, interagindo as suas cores com as respectivas cores dos centros energéticos localizados em nosso corpo (os chakras).

Na cromoterapia são utilizadas, principalmente, as sete cores do arco-íris como fonte de força viva para a saúde; podemos obter delas energias que ativam e harmonizam, a partir da compreensão de seu potencial de cura.

As cores são fenômenos que despertam sensações, pois a irradiação das cores é absorvida pelo corpo, mente e alma em proporções iguais.

Em 1810, foi publicada uma obra de Goethe com um estudo da natureza das cores e seus efeitos sobre a psique humana. A ciência moderna pesquisou e constatou que as cores irradiam energias, que influem de forma decisiva no bem-estar físico e emocional do ser humano. A força vibracional das cores pode estimular a autocura do nosso corpo, ativando e harmonizando suas próprias vibrações energéticas.

Na fitoterapia é possível utilizar as propriedades curativas das plantas (caule, folha, flor, raiz e semente do fruto), ou seja, os princípios ativos responsáveis por seu poder terapêutico e que agem no controle de distúrbios orgânicos. Existem diversas plantas, não só as medicinais; estas plantas, possuem diversos nomes, inclusive "vulgares", que variam de região para região e às vezes se pode encontrar um mesmo nome "vulgar" para designar espécies vegetais diferentes. Diante deste fato, é muito importante o conhecimento seguro da planta desejada, de modo a evitar a coleta ou o cultivo de espécies parecidas, porém, indesejáveis.

O uso da fitoterapia está sendo favorecido pelo custo elevado das medicações convencionais, com resposta terapêutica satisfatória quando bem utilizada.

A floralterapia é uma terapia para a alma que utiliza a essência das flores, a escolha objetiva para alinhar as necessidades de cada um, gota a gota, de modo que possa reavivar o nosso eu interior.

Edward Bach (1990), o precursor deste tipo de terapia, referiu que a doença nunca será curada nem erradicada pelos terapeutas materialistas dos tempos atuais, pois, em essência, a doença é o resultado do conflito entre a alma e a mente, e ela jamais será erradicada, exceto por esforços mentais e espirituais.

O reiki é a união da energia cósmica (rei), energia essencial que permeia o universo em seu estado original, sem forma, onde reside a consciência suprema, com a energia pessoal (ki) do praticante, em sua forma manifesta, através da imposição de mãos.

Rei significa sabedoria universal, energia cósmica, fluido divino, luz, amor, energia primordial que equilibra a energia ki que existe em nosso corpo e em todos os corpos vivos (energia vital, bioenergia, fluido vital).

Portanto, é uma energia completa que age, harmoniza e cura, não fazendo parte de religião alguma, podendo somar-se a todos os seres humanos sem distinção.

Teve origem no Japão e por volta de 1900 foi redescoberto por Mikao Usui e divulgado por Chujiro Hayashi e Hawayo Takata.

O reiki é aplicado com imposição das mãos em várias áreas do corpo, inclusive em locais conhecidos como chakras, realizando desbloqueio energético, permitindo com isso que a energia cósmica flua adequadamente pelo corpo físico, trazendo serenidade e bem-estar perdidos na agitação do dia-a-dia.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Este tipo de terapia não possui contra-indicações, podendo ser aplicada em bebês, idosos, gestantes, pessoas em pós-operatório etc.

Alguns reikianos ligados à enfermagem o estão utilizando em hospitais, inclusive em salas de operações, tornando o ambiente mais tranqüilo, reduzindo com isso a possibilidade de contaminações e sangramentos, acelerando convalescença, aliviando dor em clientes terminais; enfim, ajudando na aceitação dos momentos de desconforto e insegurança.

A formação em reiki possui quatro níveis, sendo que o nível IV corresponde ao mestrado e qualquer indivíduo pode-se tornar um reikiano, contribuindo assim para o equilíbrio energético das pessoas e de nosso planeta, onde, no futuro, certamente viveremos melhor.

A partir de agora, mesmo que você não seja reikiano, você está convidado a seguir os cinco princípios do reiki, propostos por Mikao Usui:

1 — SOMENTE HOJE, NÃO SINTA RAIVA

Por que não se deve sentir raiva? A raiva pode significar frustração, principalmente quando esperamos que a vida e os seres humanos correspondam àquilo que idealizamos. A raiva costuma surgir quando negamos nossa capacidade de agir, esta emoção nos deixa fora da sincronização de nosso propósito de vida divino e universal.

2 — SOMENTE HOJE, ABANDONE AS PREOCUPAÇÕES

Você se preocupa com as situações mais simples do dia-a-dia? Não se distraia, observe o que pode estar afetando sua estabilidade emocional, a manifestação dos conflitos internos podem causar vários tipos de doenças. À medida que você percebe que o aprendizado enriqueceu sua personalidade, surge a sensação de paz, proporcionando equilíbrio e vitalidade.

3 — SOMENTE HOJE, AGRADEÇA POR SUAS BÊNÇÃOS

Você agradece pelo que recebe e proporciona a si e aos outros? Viver em gratidão é a melhor forma de atrair magneticamente a abundância e não esqueça de aceitar a abundância como um direito seu, pois a partir do momento que você conseguir integrar a corrente magnética da força da vida, junto com atividades construtivas, atrairá cada vez mais abundância para sua vida; não esqueça que a disciplina o ajudará a mudar velhos padrões, de modo a criar um fluxo maior de energia de prosperidade.

4 — SOMENTE HOJE, TRABALHE HONESTAMENTE

Os seres humanos que têm responsabilidade de gerenciar o país, têm atitudes honestas? A sua atitude de fazer o seu trabalho honestamente é uma forma de ser verdadeiro com seu eu superior, de ver a vida com mais clareza, é mais simples e também é uma forma de projetar honestidade nos outros seres humanos, persista com esta atitude e contamine outras pessoas.

5 — SOMENTE HOJE, DEMONSTRE AMOR E RESPEITO A TODOS OS SERES VIVOS

Eu tenho atitudes bondosas para comigo e para os outros seres vivos? Os estudos da física tornam cada vez mais verdadeiro que somos todos uma energia coletiva da mesma fonte, portanto, toda energia positiva quando é dirigida a nós mesmos e aos outros (seres humanos, animal, planta e mineral), contribui para equilibrar e curar o planeta inteiro. Assim, demonstre respeito e amor a si mesmo e aos outros, de modo a proporcionar maior equilíbrio para este planeta.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Estes princípios são importantes para ajudar os seres humanos a se situarem melhor diante das questões da vida, pois são capazes de orientá-los na direção de uma maior compreensão de si mesmas.

Pode-se citar o Spiral Taping, originário do Japão, onde o professor Nobutaka Tanaka, técnico em ortopedia, percebeu que quando enfaixava a atadura em esportistas que sofriam de lesão de tornozelo, notava-se diferença no alívio da dor e da inflamação, a partir daí passou a aplicar bandagens ou tiras de esparadrapo rígido em áreas do corpo com objetivo de conter, imobilizar e proteger funcionalmente uma estrutura muscular, ligamentar ou articular.

O professor Tanaka mantém estudos com a hipótese de que a colagem de fitas gera estímulos cutâneos que levados ao cérebro pelas vias sensitivas, resultem em resposta motora através do sistema nervoso autônomo, proporcionando melhora na circulação sangüínea e linfática, regularizando o metabolismo e o tônus muscular.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

— Compreender a possibilidade da contribuição da terapia não-convencional na área de saúde.
— Identificar métodos de suporte terapêutico não-convencional para recuperação mais plena da clientela.
— Reconhecer os determinantes para o desequilíbrio da clientela, de modo a atuar diretamente sobre a causa do problema do cliente.
— Valorizar o método terapêutico não-convencional como um elemento que favoreça uma nova forma de integração entre a clientela e a equipe de saúde.
— Compreender a viabilidade de utilização da terapia não-convencional na instituição hospitalar.

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Caso A

Anísio Sereno Gomes é solteiro, tem 20 anos e é um estudante do 3º grau, satisfeito com a escolha da profissão. Mora num apartamento em bairro bem localizado no município do Rio de Janeiro, com seus pais, que vivem juntos, porém tem pouco diálogo com o pai, que trabalha muito e chega em casa tarde e cansado. Está com namorada recente, pois a anterior não o valorizava e sentia-se rejeitado pela mesma. Fica triste e tenso quando tenta ajudar as pessoas e percebe que as mesmas não o querem. O padrão de sono no momento está instável e às vezes acorda repentinamente e demorando a dormir. Sua higiene alimentar é composta de verduras, legumes, pouca fruta e gosta muito de todos os tipos de carne, principalmente carne vermelha. Gosta de ir ao cinema e praticar natação, porém no momento não está conseguindo realizar o que gosta. Procurou o consultório de terapia não-convencional, queixando-se de pirose, náuseas, vômitos e aftas em toda mucosa bucal.

Questão A

Com base no relato deste cliente, que propostas terapêuticas não-convencionais poderão ser implementadas?

1. Avaliação de chakras para identificação dos que podem estar em desequilíbrio.
2. Terapia reiki para equilíbrio energético dos chakras com alteração.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3. Fitoterapia com composto para gastrite: *Valeriana officinalis*, *Maytenus ilicifolia*, *Calendula officinalis*, *Mentha piperita* e *Plantago major* e composto para higiene bucal: *Althea officinalis* e *Salvia officinalis*.
4. Encaminhamento para floralterapia.

Caso B

Licia Heroína Martinez é casada, ama o marido, porém o mesmo teve um relacionamento anterior do qual tem dois filhos. O marido é militar e ela está trabalhando no momento como escriturária para ajudar o marido a pagar o apartamento financiado pela CEF, faltando nove anos para quitar o imóvel, pois a mulher anterior do marido entrou na justiça para solicitar aumento da pensão das crianças, alegando que o dinheiro que é repassado no momento é insuficiente.

Está com sono descontínuo, agitado e tem tido pesadelos com freqüência. Considera ter padrão alimentar satisfatório, pois come verduras, legumes, frutas e todos os tipos de carne. Procurou atendimento com queixa de ansiedade, desânimo, insônia e dor em região lombar à esquerda e questiona a posição da mulher anterior do marido, pois está alterando toda estrutura de sua relação com o marido, que também está estressado com a situação.

Questão B

Considerando a situação apresentada acima, que proposta terapêutica não-convencional pode ser implementada para esta cliente?

1. Avaliação de chakras para identificar os que podem estar desequilibrados.
2. Terapia reiki para equilíbrio energético dos chakras com alteração.
3. Fitoterapia com composto antiinflamatório por via bucal e um creme com o mesmo composto por via tópica: *Valeriana officinalis*, *Maytenus ilicifolia, Stryphnodendron* barbatimão, *Melissa officinalis* e *Malva sylvestris*.
4. Encaminhamento para floralterapia.

Questão C

Considerando o exposto acima, será que o ser humano tem percepção de que ele é o principal responsável pela sua saúde?

( ) SIM ( ) NÃO

QUESTÃO D

Os métodos de terapia não-convencional estão sendo utilizados em instituições hospitalares e não-hospitalares?

GABARITOS FUNDAMENTADOS

Resposta A

Opção A — correta — a avaliação de chakras poderá identificar mediante a sintomatologia que o cliente apresenta, os chakras cardíaco e plexo solar desequilibrados, pois com o desequilíbrio nestes chakras o ser humano perde a habilidade de

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lidar com suas dificuldades de forma refletida e adota atitudes de engolir seus sentimentos ou pode exagerar em sua agressividade. Independente de sua forma de ação, isto provoca aumento da secreção gástrica, afetando as paredes do estômago.

Opção B — correta — a terapia reiki é uma terapia energética de impostação das mãos que poderá contribuir para que este cliente volte a ter os seus chakras equilibrados, o terapeuta reiki deverá atuar de forma mais direta sobre os chakras que estão desequilibrados. A energia reiki estimula a energia vital, que é inteligente, é a própria sabedoria da energia, sendo guiada para as regiões de energia em desarmonia, contribuindo para o equilíbrio destas áreas.

Opção C — correta — a fitoterapia utilizando um composto de ervas para gastrite, com ação calmante (*Valeriana officinalis*); adstringente e antisséptica (*Maytenus ilicifolia*); cicatrizante (*Calendula officinalis* e *Plantago major*) e antiflatulência (*Mentha piperita*) e um composto para higiene bucal com ação emoliente nas irritações de membrana mucosa (*Althaea officinalis*) e antisséptica e cicatrizante (*Salvia officinalis*) estão plenamente indicadas por Balbach (1993, p. 102, 127, 182, 243, 252) e Corrêa (1998, p. 127, 192, 200).

Opção D — correta — a floralterapia também é uma terapia energética que irá contribuir para equilíbrio e fortalecimento da energia dos chakras desequilibrados; o esquema de florais vai depender da análise do floralterapeuta que for avaliar este cliente.

Resposta B

Opção A — correta — a avaliação de chakras poderá identificar pelos sintomas apresentados que os chakras laríngeo, plexo solar e básico podem estar desequilibrados, pois com o desequilíbrio destes, respectivamente, a pessoa tem dificuldade de comunicação, expressão criativa no falar e falta de discernimento; apresenta-se com medo, falta de vontade e com sistema nervoso instável e pode ficar insegura, preocupada com a sua sobrevivência, se inflama com a sua situação e também tem tensão na coluna; o que podemos identificar na cliente em questão.

Opção B — correta — a terapia reiki, certamente irá contribuir para o equilíbrio dos chakras desta cliente, pois é uma energia de altíssima vibração, por isso é gentil, penetrante, relaxante e capaz de liberar os bloqueios energéticos nocivos que estão afetando esta cliente.

Opção C — correta — a fitoterapia utilizando um composto antiinflamatório, por via oral, com ervas de ação cicatrizante (*Stryphnodendron* barbatimão), calmante (*Valeriana officinalis*), insônia (*Melissa officinalis*) e para inflamação e insônia (*Malva sylvestris*) e um creme utilizando as ervas do composto antinflamatório, a ser aplicado na região de dor lombar. O uso destas ervas é respaldado por Balbach (1993, p. 116, 206) e Corrêa (1998, p. 86, 122, 200).

Opção D — correta — como já foi citado anteriormente, a floralterapia irá contribuir para fortalecer o equilíbrio energético desta cliente e o esquema de floral dependerá do terapeuta que estiver acompanhando a cliente.

Resposta C

Opção — sim, pois cada vez mais títulos são escritos afirmando que a principal causa dos problemas físicos do ser humano está na atitude interior frente às situações do dia-a-dia. As alterações nos órgãos do corpo podem revelar como o homem se encontra no contexto da vida e, através das alterações emocionais, pode-se manter a saúde ou provocar as doenças.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Torna-se importante que o ser humano passe a valorizar todos os métodos possíveis e atitudes que favoreçam o estabelecimento da saúde física, psíquica e emocional, pois é uma forma importante de se tornar responsável pela sua própria saúde, com suporte ou não de outros profissionais.

Opção — não, porque ainda existe um considerável número de pessoas que nos leva a encarar o corpo humano como uma máquina, a era do computador, que, quando apresenta qualquer alteração, apela imediatamente para produtos químicos industrializados ou para processos invasivos, evitando que o corpo através da sua linguagem possa expressar os seus problemas.

Estas pessoas esquecem que o corpo humano tem uma estrutura muito abrangente, sendo uma unidade formada de corpo, mente e alma, em que os sintomas podem até mesmo ser amenizados, porém os problemas persistem. Nosso corpo é um verdadeiro complexo que tem a capacidade de autocura, basta termos a competência para aproveitarmos as fontes que a natureza nos pode proporcionar em benefício de nossa saúde.

RESPOSTA D

Os seres humanos se acostumaram a ouvir que a expectativa de vida média varia a cada década e, depende de condições variadas (tipo de vida, alimentação, nível social etc.). As pessoas crescem pensando em dar terminalidade à sua participação neste planeta, considerando as informações que a mídia apregoa, e não valorizam o potencial natural que está dentro de cada um de nós.

Alguns buscam experiências que os satisfazem de forma temporária e na maioria das vezes não se integram com a sua natureza mais profunda, pois não se coadunam com as lições que devem apreender neste momento de vida no planeta Terra.

Assim, percebe-se que os vários métodos e sistemas de cura, que estão surgindo nos últimos tempos no contexto da terapia não-convencional, se aplicados com regularidade e responsabilidade, têm a possibilidade de desenvolver um estilo de vida com mais equilíbrio.

Qualquer pessoa pode-se tornar um naturoterapeuta, apesar disso, alguns profissionais estão sendo pressionados pelos seus respectivos conselhos, impossibilitando-os de utilizarem algumas técnicas em seus consultórios, porém o Conselho de Enfermagem respalda os enfermeiros a utilizá-las, inclusive com atendimento em consultórios particulares.

As instituições públicas do Rio de Janeiro e de São Paulo, em nível hospitalar e universitário, têm disponibilizado à comunidade interna e externa a possibilidade de utilizarem vários tipos de terapia não-convencional, com resultados bastante satisfatórios, e a procura por parte da clientela está aumentando a cada dia, pois, a partir do momento que a pessoa amplie sua consciência e melhore seu estado físico, mental e emocional, equilibra seu sistema imunológico e com isso passa a ter mais força, vontade de viver e saúde.

Em Curitiba existe um Hospital Naturista, que funciona a mais de trinta anos. Pertence à Igreja Batista Brasileira e em breve deverá abrir uma filial em Brasília. Há estimativa de que este novo hospital comece a funcionar em quatro anos.

Na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, funciona o projeto de extensão "SAÚDE-SE", desde setembro de 2000, atendendo com reiki, floralterapia, cromoterapia e sala anti-estresse. O atendimento é feito por docentes formados nas respectivas terapias não-convencionais e está tendo grande procura.

Espero que o exemplo e a experiência destes profissionais e destas instituições, que estão atendendo com terapia não-convencional sejam ampliados, de modo a contribuir com um número cada vez maior da população brasileira.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BACH, E. Medicina Floral: uma explicação da causa real e da cura das doenças. Tradução de Sonia Monteiro de Barros. Niterói: Arte & Cultura, 1990.
2. BALBACH, A. 1926. AS PLANTAS CURAM. Itaquaquecetuba: Missionária, 1993.
3. CARDOSO, J. A ENERGIA. A ciência e os novos paradigmas, o espaço sagrado. Revista Terapias Alternativas. São Paulo: Escala, ano 1, n. 3, p. 22-23. Abril, 2001.
4. CORRÊA, AD et al. Plantas medicinais: do cultivo à terapêutica. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
5. DHOPRA, D. Saúde Perfeita: Um roteiro para integrar o corpo e a mente, com o poder da cura quântica. S.P.: Editora Best Seller, 1990.
6. DE CARLI, J. REIKI: A terapia do 3º milênio. 2. ed. São Paulo: Madras Editora, 1999.
7. ESTRELLA, N. A Terapia dos Cristais. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Naturosofia Aplicada. Março, 1998.
8. FERNANDA, S. REIKI: Uma terapia energética. Revista Claudia. São Paulo: Abril, 1999.
9. GERBER, R. Medicina Vibracional: Uma medicina para o futuro. Tradução de Paulo César de Oliveira. São Paulo: Cultrix, 1999.
10. JORNAL DA COMUNIDADE. Hospital Naturista. Disponível em: <http://cf9.uol.com.br/jornaldacomunidade/online/noticias/noticia.asp?noticia_id=679>. Acesso em 12.5.2001.
11. LÜBECK, W. Manual de REIKI: Introdução básica a métodos de aplicação natural: um guia completo para a prática do REIKI. Tradução de Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Ground, 1997.
12. NORTO, A. Medicina Naturista. Alimentação. Rio de Janeiro, julho de 1999.
13. WALTRAUD, MH. Manual das Energias Curativas. Tradução de Ingrid Georgi. Blumenau: Eko, 1997.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 30

Fatores Imbricados com o Uso de Plantas Medicinais no Cuidar de Enfermagem Hospitalar

Neide Aparecida Titonelli Alvim
Isabel Cristina Moraes Gomes

INTRODUÇÃO

Muitos são os elementos que ainda hoje dificultam a inserção de plantas medicinais como uma possibilidade terapêutica no espaço hospitalar. Sua incorporação envolve razões políticas e econômicas, implicações no plano cultural e científico, com desdobramentos éticos e legais. Estes fatores são, em parte, responsáveis pela recusa ou aceitação desse recurso no plano institucional. Ciente dessas dificuldades, apresentamos alguns questionamentos, a partir de situações problemas, em que todas as opções são fundamentadas como as possíveis responsáveis pela aplicabilidade (ou não) das plantas medicinais no cenário hospitalar.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1. Analisar as implicações do uso de plantas medicinais no ambiente hospitalar para a autonomia profissional da enfermeira.
2. Discutir o impacto da aplicabilidade de plantas medicinais para os clientes que comumente utilizam alopatia.
3. Discutir a reação dos profissionais de saúde quanto ao emprego das plantas no cenário do cuidado hospitalar.
4. Discutir as possibilidades do uso das plantas medicinais como recurso terapêutico científico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS

Situação-Problema 1

Numa unidade ambulatorial de um hospital municipal geral do Rio de Janeiro, uma enfermeira, influenciada por um curso que havia realizado, propôs à equipe multidisciplinar com a qual trabalhava, o uso de determinadas plantas medicinais para clientes atendidos pela enfermagem e que apresentavam pressão arterial elevada. Sua proposta causou perplexidades para alguns profissionais da equipe, traduzidas por questionamentos acerca da cientificidade das plantas, o seu ensino sistemático e os aspectos legais que permeiam sua aplicabilidade no espaço institucional.

QUESTÕES

Questão 1.1

Ao indicar uma terapêutica baseada em plantas medicinais, que reflexões devem ser feitas sobre a aceitação do cliente ao utilizá-la, considerando que ele tem autonomia sobre o seu tratamento, mesmo se encontrando no ambiente hospitalar?

Responda SIM, NÃO, TALVEZ ou NÃO SEI, de acordo com seu entendimento sobre as opções apresentadas.

A ( ) O cliente hospitalizado só acredita no remédio alopático.
B ( ) O uso de plantas medicinais para o cliente vai ratificar uma prática que faz parte de sua herança cultural.
C ( ) A utilização de uma terapêutica diferente será vista pelo cliente como uma prática pobre para o pobre.
D ( ) O cliente não se pronuncia quanto ao seu tratamento, pois receia a autoridade dos profissionais de saúde.

Questão 1.2

Como as outras enfermeiras reagiriam à mencionada proposta?

Responda C, caso concorde, e NC, caso não concorde com a opção apresentada.

A ( ) Com naturalidade, pois é uma prática de cuidar que se tem resgatado nas instituições de saúde.
B ( ) Com desconfiança, pois questionariam a falta de respaldo científico das mesmas.
C ( ) Com receio, pois as plantas não fazem parte do ensino sistemático do curso de graduação dos profissionais de saúde.
D ( ) Não aceitariam a proposta, pois consideram uma prática não prevista na Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro.

Situação-Problema 2

Vejamos os depoimentos de enfermeiras que trabalham no setor de internação de um hospital geral da rede privada sobre a possibilidade do emprego de plantas medicinais no seu espaço do cuidado institucional.

Depoimento nº 01: "No ambiente profissional, eu não tenho essa experiência. Talvez porque trabalhe numa unidade privada, fechada, como é a hospitalar (CTI), e lá a gente não vê essas coisas..."

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

QUESTÃO 2.1

O uso de plantas medicinais como possibilidade terapêutica no cuidado de enfermagem está diretamente ligado ao tipo de instituição onde esse cuidado é prestado? Ou seja, se aberto ou fechado?

QUESTÃO 2.2

De outro modo, o fato da instituição ser pública ou privada, interfere no emprego terapêutico das plantas?

Depoimento nº 02: "Enquanto profissional, eu não lembro de situações que tenha utilizado ervas medicinais como prática de cuidar. Acho que é porque... nós que trabalhamos em unidade hospitalar, somos absorvidos pela objetividade tecnológica (...). Eu até utilizo e vejo o resultado lá na minha casa, mas, profissionalmente, nunca utilizei."

QUESTÃO 2.3

Em que medida a objetividade tecnológica impede a enfermeira de usar as plantas como recurso terapêutico numa unidade hospitalar?

QUESTÃO 2.4

Quais os possíveis motivos que levam a enfermeira a dicotomizar o uso das plantas medicinais no seu espaço familiar e profissional?

GABARITO FUNDAMENTADO

SITUAÇÃO-PROBLEMA 1

QUESTÃO 1.1

Opção A — não.

A crença no remédio alopático é fruto de todo um pensamento ilusório da cura por meio dessa terapêutica que foi embutida na população por décadas, em especial, a partir do final da primeira metade do século XX, criando nela uma completa relação de dependência.

O uso excessivo de medicamentos e de aparelhagens de ponta estão diretamente relacionados com o desenvolvimento da economia industrial capitalista, que eclodiu no Brasil por esta ocasião, destacando-se, sobremaneira, os progressos tecnológicos da indústria farmacêutica.

Como salienta Serrano (1986, p. 38), "a tecnologia é incentivada através do uso cada vez maior de aparelhos e do consumo de remédios" em detrimento de outros recursos à saúde. Nesse contexto, se analisarmos a conjuntura político-econômica do período referido, algumas práticas ou terapias de saúde foram descartadas, enquanto outras foram sendo absorvidas, favorecendo aos interesses capitalistas.

Deste modo, a tecnologia, que inclui os medicamentos alopáticos, foi tornando-se símbolo da saúde. Alvim (1997, p. 34) comenta que "o império das indústrias farmacêuticas permanece inabalável na medida em que oferece ao mercado consumista 'a salvação', a 'cura de seus males'". Isto é passado à população e absorvido por esta através

de um ritual de eficácia representados por propiciadores de saúde, a exemplo dos medicamentos industrializados e dos equipamentos médicos sofisticados.

Na verdade, há todo um simbolismo construído sobre a eficácia medicamentosa, representado de diferentes maneiras: o capital — "o medicamento gera lucro"; o *marketing* — os meios de produção de massa transmitem e reproduzem a ideologia consumista e arbitrária que permeia a indústria farmacêutica"; a sedução — a cura rápida, prática e que ultrapassa classes sociais; e assim por diante.

Opção B — talvez.

O uso de plantas medicinais muito antes de ser uma possibilidade terapêutica legitimada pela cultura científica, tem suas raízes calcadas na sabedoria comum. Faz parte de um conjunto de práticas e saberes herdados da cultura ancestral, dos familiares e das relações de vizinhança, cujos espaços constituem-se como o primeiro momento do processo de socialização das pessoas, que é permeado por toda uma dimensão cultural, política e ideológica que lhe é inerente. Neste contexto, as práticas de saúde, cujas origens encontram-se creditadas no seio popular, parecem dispensar outros argumentos que as legitimem. De todo modo, ao serem tratadas no âmbito institucional, os clientes percebem-se valorizados com a possibilidade de intermediar o seu saber com o da enfermeira e, desta forma, sentir-se co-participantes de parte das etapas que envolvem o processo de cura.

Opção C — não.

Uma vez que é historicamente advindo da cultura popular, o emprego das plantas para fins terapêuticos muitas vezes traz consigo um certo preconceito, quando o cliente as identifica como uma prática marginalizada, de pouco valor ou de baixo prestígio social, o que lhe causa um sentimento de estigma e de exclusão frente à sedutora máquina tecnológica.

Nessa linha de raciocínio, ser tratado com plantas medicinais pode ter uma representação para o cliente de que trata-se o "pobre" com práticas "pobres". Nesse sentido, lembramos a crítica de Barbosa (1990, p. 6), quando diz que: "parece haver consenso, entre a maioria da população, de que a fitoterapia (e outras práticas não-alopáticas), são alternativas para a assistência à saúde daqueles de menor poder aquisitivo, constituindo-se em soluções carentes, para populações carentes".

O que queremos registrar é que, ao nosso ver, a despeito dessa forma de pensar, as enfermeiras devem recorrer às plantas sempre e quando as mesmas se constituírem como alternativas às práticas alopáticas de tratamento, não somente pela justificativa de seu baixo custo, mas, tanto quanto, pela comprovação da eficácia de seus resultados.

Opção D — não sei.

A posição dogmática, de detentora do saber, que perpassa a formação acadêmica (científica) dos profissionais de saúde reflete no relacionamento interpessoal destes com a clientela no âmbito das instituições de saúde.

Em geral, neste cenário normatizado e hierarquizado, o tratamento ao ser humano é autoritário, contribuindo para um sistema de inter-relações em que as pessoas ficam dele dependentes e, portanto, incapazes de dialogar e de tomar iniciativas na resolução de seus problemas de saúde.

Nessa concepção de assistência, como salienta Alvim (1999), aos clientes cabe a passividade, o reconhecimento dos profissionais como gerenciadores de sua saúde. Diante do conhecimento limitado do cliente, no sentido de compreender toda a pro-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

blemática manifestada no seu corpo em forma de doença, a tendência é não questionar a capacidade "curativa" desses profissionais, não valorizar o saber da pessoa sobre o seu próprio corpo, nem considerar os seus hábitos de vida.

Deste modo, o poder dos profissionais de saúde prevalece e se perpetua no controle dos "corpos" da população. Assim, muitas vezes é entregue à população uma lista de tarefas e aconselhamentos que deve ser seguida, independente de seu modo de viver. A linha de dependência é imensa, impedindo que a própria pessoa tenha uma visão crítica da realidade que vive. Face a estas circunstâncias, tende a não emitir ou não garantir suas opiniões e a não tomar decisões sobre si mesma. Vive sem a opção de viver por si.

QUESTÃO 1.2

Opção A — concordo.

Vários fatores têm contribuído para o resgate do uso terapêutico de plantas medicinais no cenário institucional, embora ainda reconheça que de forma bastante incipiente e assistemática. O respaldo governamental obtido pelas práticas não-convencionais de saúde na década de 80 do século passado (DOU, de 11/03/88), fez com que a situação marginal dessas práticas começasse a mostrar algumas mudanças e as mesmas passassem a ser discutidas como uma possibilidade terapêutica na assistência à saúde.

É um recurso que admite diversas formas de preparo e que pode ser usado como tratamento único ou auxiliar. Além de questões econômicas, por ter um custo mais barato que os alopáticos, conforme já salientamos, são também de grande relevância os aspectos culturais que podem influenciar na aceitação da terapêutica pelo cliente. Há de se ressaltar ainda o aumento do número de pesquisas nessa área do saber, provavelmente em função da eficácia já comprovada de algumas plantas, pela suposição de que seu uso indiscriminado pode trazer prejuízos na saúde humana, ou ainda, pela fragilidade da medicina alopática em resolver as diversas necessidades de saúde das pessoas (Alvim, 1999).

Opção B — não concordo.

Como sabemos, originalmente, o uso das plantas está creditado na sabedoria popular, que privilegia outros critérios de avaliação fruto de observações e de experiências próprias do cotidiano comum, portanto, seguindo uma lógica diferente daquela que respalda o pensamento científico. Nesse modo de ver a realidade, o emprego das plantas não é mediado pela construção teórica e racional do conhecimento, mas pelo vivido, o concreto estabelecido nas relações de um determinado grupo social.

Seguindo outra direção, não concordamos com a afirmativa de que não exista respaldo científico para o uso das plantas, pois muitas já estão sendo testadas e comprovadas neste meio. A botânica, a química e a farmacologia têm contribuído como suporte acadêmico para investigação e difusão das propriedades das plantas com fins terapêuticos. Nesta linha de pensamento, sua adoção no meio acadêmico, depende da verificação de sua eficácia, através de investigação sistemática e registro detalhados de elementos que permitam a sua comprovação físico-química e seu efeito terapêutico.

Entretanto, ao questionar-se o respaldo científico das plantas, é importante considerá-lo como uma possibilidade e um progresso no cuidado à saúde, não como forma de descredenciar o saber comum, mas de torná-lo viável no meio científico. Nesta perspectiva, o que descordamos é com a expropriação do saber comum pelo científico. Pois acreditamos que o conhecimento produzido nos institutos de pesquisa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

deveria beneficiar as pessoas na restauração de sua saúde, devolvendo ao saber comum aquilo que lhe pertence. No entanto, o que normalmente verificamos é que o conhecimento produzido pela ciência retorna ao saber comum sob forma de receituário que deve ser absorvido acriticamente.

Também é importante destacar que, a ciência é uma das formas de conhecimento que o homem produz; e como é historicamente determinada, seu entendimento também se altera em função dos diferentes momentos históricos. Ou seja, o conhecimento científico sofre um processo de constante transformação, no modo dialético de ver o mundo. Assim, o que era verdade inquestionável há anos atrás, já foi transformado em outro tipo de verdade. Da mesma forma, o que antes não era considerado possível, hoje pode ser, no mínimo, questionável pela ciência.

Opção C — concordo.

É verdade que a prática não-convencional de saúde ainda é bastante eventual nos cursos de graduação em enfermagem, ou seja, não existe uma sistematicidade desta prática no ensino formal da profissão. Tal fato pode ser responsável, em parte, pelo desconhecimento das enfermeiras nesta área. A prática acadêmica geralmente prepara a futura profissional às especialidades que atendam as exigências do mundo do trabalho sob o recorte do mercado capitalista. Alvim (1999, p. 99) comenta que, "historicamente, a formação acadêmica dos profissionais de saúde, em especial, das enfermeiras, a partir da década de 30 [séc. XX], vem sendo sustentada no modelo biomédico, que atende prontamente a atual visão de política neoliberal, também da saúde". Assim, outras práticas que não se enquadram nesta filosofia de ensino e assistência, geralmente quando abordadas, são em caráter complementar ou facilitadora da relação terapêutica.

Não questionamos a preocupação da enfermeira com conhecer (ou não) as ações terapêuticas de uma determinada prática para então incorporá-la no seu cotidiano de trabalho, pois acreditamos ser uma atitude coerente e legítima. Contudo, não consideramos tal justificativa como cerceadora de ousar repensar sua prática, trilhando por outros caminhos que a conduza à construção de um novo saber.

Assim, vale dizer que não estamos defendendo que a aplicabilidade de plantas medicinais por enfermeiras no seu ambiente de trabalho, em especial, no hospitalar deva estar desvinculada da responsabilidade e do compromisso quanto à aquisição de conhecimentos necessários para a mesma, acerca de seu princípio ativo, sua forma e tempo de utilização, seus efeitos adversos... para que possam ser indicadas para a clientela. Mas, o que queremos reforçar é que, do ponto de vista dialético, nenhum saber se dá por concluído. Ele é sempre reconstruído, reorganizado, a partir de um movimento de superação ou mesmo de oposição de uma dada realidade.

Opção D — não concordo.

É importante salientar que, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7498, de 25 de junho de 1986, se não registra o uso de plantas medicinais como competência profissional da enfermeira, por outro lado, também não estabelece um impedimento explícito sobre o uso de qualquer prática não convencional de saúde no seu campo de atuação. Ousamos dizer que a referida Lei apresenta-se com uma certa ambigüidade e, porque não dizer, omissão mesma ao tratar o assunto. Fica então a questão: como poderá a enfermeira posicionar-se diante do uso (ou não) dessas práticas?

Gostaríamos de discutir alguns aspectos que se não respondem, ao menos, cumpre o papel de suscitar dúvidas.

A Declaração de Alma-Ata, datada de 1978 (UNICEF, 1979, p. 15), destacou a importância da participação comunitária integral e organizada. Indivíduos, famílias

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e comunidades deveriam assumir maior grau de responsabilidade por sua própria saúde", assim como os serviços de saúde deveriam incorporar remédios tradicionais de eficiência comprovada e se ajustar a tecnologia à cultura local. Cabe a crítica postulada por Buchillet (1991, p. 245), quando questiona que "Seria correto falar de revalorização das medicinas tradicionais quando, na realidade, trata-se de colocar entre parêntese os saberes e práticas considerados pela biomedicina como mágico-religioso, de modo a separar o embrião de seu envoltório irracional?".

Na verdade, é preciso ir além da concepção de que se trata de práticas "alternativas" a um sistema que se apresenta falido, sem condições de dar conta da saúde de grande parte da população brasileira, como afirma a referida declaração.

Já em 1988, (DOU, de 11/03/88), as práticas não convencionais de saúde obtiveram respaldo governamental no Brasil, e as mesmas ganharam maior poder de discussão como possibilidade na assistência à saúde.

O que queremos demonstrar é que, a nível formal, essas práticas já vêm fazendo parte da pauta governamental há várias décadas, o que vêm forçando a uma tomada de posição também do ponto de vista legal da profissão da enfermagem, bem como de outros profissionais de saúde.

Nessa linha de pensamento, lembramos que a Resolução 197/97, do COFEn (DOU, nº 56, de 24/03/97), "estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem".

Não queremos dizer com isso que todas essas iniciativas sejam suficientes para torná-las práticas legítimas no plano do ensinar, do cuidar e do pesquisar na enfermagem, mas, certamente, já representam, ainda que de forma bastante lenta, uma possibilidade de torná-la viável à profissão. Contudo, é necessário uma reflexão crítica sobre o que desejamos ao reivindicar tais práticas; isso sim, para nós representa o grande nó que precisamos desatar para melhor encaminharmos mudanças substantivas na Lei do Exercício Profissional.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 2

QUESTÃO 2.1

Em primeiro lugar, independente do tipo de instituição, se aberta ou fechada, a aplicabilidade público-profissional de plantas medicinais por enfermeiras no cenário hospitalar já se coloca como uma desafio a se desbravar, na medida em que a prática hegemônica institucionalizada ainda está centrada no médico e nas ações terapêuticas alopáticas.

Certamente, numa instituição do tipo híbrido, aberto, cuja filosofia assistencial se mostre mais flexível à novas ou revisitadas maneiras de cuidar, a enfermeira terá melhores condições de driblar os caminhos convencionais e trilhar por outros contra-hegemônicos, desde que encontre sustentação teórica e prática de sua proposta.

Nessa linha de raciocínio, pensamos que numa instituição aberta ao diálogo, à oportunidade de transformação de suas práticas, a enfermeira terá maiores possibilidades de demonstrar a importância da comprovação empírica (do mundo prático) como suporte à pesquisa experimental (cunho científico). Isto quer dizer que é necessária que a construção da rede prática × científica se estabeleça para tornar viável a ampliação do campo das descobertas científicas. Em outras palavras, queremos dizer que, o jogo dialético em que a comprovação prática reforça a científica, na mesma proporção em que a científica reforça a prática e lhe assegura a creditação, só ocorre a partir do momento que o profissional tenha liberdade para implementar determinadas ações no seu espaço de trabalho assistencial.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Assim, acreditamos que a aplicabilidade das plantas medicinais poderia estruturar-se na ciência empírica, através da monitoração do número de casos, pelo seguimento clínico e avaliação dos resultados, e não pelo isolamento do princípio ativo da planta, que, ao nosso ver, direciona-se ao campo de outro profissional. Neste sentido, concordamos que a enfermeira pode e deve trabalhar em conjunto com outras áreas do saber, contudo, cada qual no seu campo específico que, no caso da enfermeira, localiza-se no plano do cuidado ao cliente.

Retornando ao questionamento inicial, pensamos e alguns estudos têm discutido como o de Alvim (2001) que no contexto de uma instituição fechada, rígida, a tolerância às práticas não convencionais geralmente ocorre quando esgotados os limites da ciência alopática na resolução de um determinado problema de saúde ou pela impossibilidade de aquisição do medicamento normatizado nos serviços de saúde.

QUESTÃO 2.2

Em geral, nas instituições hospitalares, se pública ou privada, o lugar da terapêutica com plantas medicinais ou qualquer outra de cunho natural, está reservada à situações específicas, ou seja, para quando a prática instituída, a alopática, não encontra a saída na busca da cura. Neste momento, ela é usada como a tábua de salvação, como a última ou única alternativa

A relação entre alopatia e fator econômico toma lugar no ambiente institucional hospitalar, independente do tipo de instituição (pública ou privada), embora o discurso oficial quanto à defesa do uso das práticas alopáticas geralmente esteja fundamentada na sua eficácia, enquanto prática científica.

Contudo, muitas vezes, o interesse econômico institucional, representado pela indústria farmacêutica, vem de encontro às dificuldades das pessoas em dispor de recursos financeiros que possam suprir as necessidades de tratamento alopático. Neste momento, as enfermeiras se vêem impedidas de viabilizar outra forma de cuidar, ainda que tenham a consciência da situação de precariedade dos mencionados recursos.

Apesar dessas considerações, não negamos que o espaço de atuação pública profissional da enfermeira pode facilitar a produção e difusão de conhecimentos ainda em vias de consolidação científica. O respaldo pode vir, por um lado, da falta de condições econômicas dos serviços oficiais de resolver todos os problemas de saúde da clientela, por outro, não podemos desconsiderar a hipótese de ser movido pela consciência crítica de ser um espaço legítimo de descobertas científicas.

QUESTÃO 2.3

Historicamente, existe uma clara relação entre teoria científica com a técnica que configurou-se a partir da Revolução Industrial européia do século XVIII. Até então, a marca de produção assentava-se no trabalho artesanal, que desenvolvia os saberes técnicos pertinentes.

Granger (1994, p. 35) analisa este contexto e assinala que o acoplamento da invenção técnica à ciência nos tempos atuais "vai ficando cada vez mais apertado, e hoje mal podemos perceber um progresso técnico notável que não se baseie nos dados da ciência". No entanto, o autor ressalta que o progresso técnico não se restringe ao progresso da ciência, mas às circunstâncias mais gerais, como as econômicas e sociais de outra natureza.

Relacionando ao uso (ou não) de plantas, em especial na unidade hospitalar, tem-se que, a enfermeira utiliza o medicamento manufaturado, produto revestido de um saber tecnológico normalmente isento de questionamento, porque foi comprovado cientificamente e está pronto para o consumo. Não há reflexão, não há crítica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ainda que se reconheça as desvantagens, atribui-se aos alopáticos e a outros aparatos tecnológicos presentes no hospital, um juízo de verdade inquestionável.

Isto porque, conforme acentua Ansart (1978, p. 91), "a instituição produz uma linguagem que leva cada um dos seus membros a interiorizar suas tarefas, não como uma simples obrigação instrumental, e sim, como um ideal com o qual deve identificar-se". Desta forma, os profissionais de saúde acabam sendo os locutores da ideologia científica, confirmando e legitimando sua existência através da exaltação de suas finalidades e funções.

QUESTÃO 2.4

As enfermeiras, ao ingressar no meio acadêmico, incorporam novos saberes e práticas e passam a utilizá-los no seu dia-a-dia. Aqueles egressos de sua experiência familiar, elas utilizam em determinados momentos e, em outros, não. Ou seja, elas dicotomizam suas ações no âmbito desses dois espaços.

Geralmente, a enfermeira aplica na sua prática profissional o que tem fundamentação na ciência, adquirido no contexto da academia. O que ocorre é que na prática domiciliar, as plantas têm sua aplicabilidade naturalizada, enquanto no seu campo de trabalho, em especial no hospitalar, as medicações são institucionalizadas.

Fica evidente que na práxis da vida comum, a enfermeira usa as plantas medicinais independente das discordâncias no meio acadêmico. Já no contexto profissional, a ideologia científica passa a assumir um caráter dominante e direcionador de sua prática.

Contudo, é importante ressaltar que, há momentos em que a enfermeira no seu ambiente de trabalho lança mão do seu saber adquirido no espaço sócio-familiar, porém, não é mais um conhecimento centrado exclusivamente na experiência prática do cotidiano popular, mas um saber que foi reconstruído na academia e que passa a ser a ponte entre esses dois saberes — o comum e o científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVIM, NT. A enfermagem e as práticas naturais de saúde. Um estudo de representações de docentes. Rio de Janeiro: Grafline Artes Gráficas, 80p, 1997.
2. _____. Práticas e saberes das enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: uma construção em espiral. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. 164pp. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.
3. _____. A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional. Escola Anna Nery R. Enferm., Rio de Janeiro, v.5, p.201-210 ago. 2001.
4. ANSART, P. Ideologias, conflitos e poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 276p, 1978.
5. BARBOSA, M. A fitoterapia como prática de saúde: o caso do Hospital de Terapia Ayurvédica de Goiânia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Rio de Janeiro, 1990. 275p. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1990.
6. BRASIL. Diário Oficial da União [República Federativa], Brasília, p. 9273-9275, 26 jun. 1986, Seção I. Lei do Exercício Profissional.
7. BRASIL. Diário Oficial da União. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resoluções CIPLAN nº 4-8, p. 3996-4000, 11 mar. 1988.
8. BRASIL. Diário Oficial da União [República Federativa], Brasília, Resolução COFEn-197/97, nº 56, 24 mar. 1997.
9. BUCHILLET D (org.) Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: CEJUP, 1991.
10. COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: Gráfica do COFEN, 15p, 1993.
11. OMS. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Unicef-Brasil, 1979.
12. SERRANO, AI. O que é medicina alternativa. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 103p, 1986.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 31

A Reprogramação Músculo-Articular: Uma Terapia Natural Aplicada ao Cuidar de Enfermagem Ambulatorial

Isabel Cristina Moraes Gomes
Neide Aparecida Titonelli Alvim

INTRODUÇÃO

Reprogramação Músculo Articular (RMA) é um método terapêutico desenvolvido no Brasil pelos fisioterapeutas Ricardo Giglio e Tho Chieng Chu desde 1990. A fundamentação de sua técnica respalda-se em princípios de teorias já conhecidas e aplicadas por profissionais que atuam no campo da medicina energética e trabalho corporal, tais como Spiral Tape, Cinesiologia Aplicada, Podoposturologia, Acupuntura, Reprogramação Postural Global (RPG) e Cadeias Musculares e Articulares.

O estímulo energético é realizado através da pressão do esparadrapo desprovido de medicação, em formato circular, denominado de células, sobre determinados pontos na musculatura ou espaços interarticulares, objetivando tratar as desordens de origem osteomusculares sob a ótica da biomecânica e das terapias energéticas.

Através da pele, o mais extenso órgão do sentido, a RMA conduz estímulos que pretendem informar ao corpo sobre o fluxo energético, o balanceamento de musculaturas antagonistas e agonistas e, ainda, sobre pontos energéticos que tonificam e promovem desbloqueios.

Para cada tipologia energética, há uma aplicação diferente que pretende realizar o equilíbrio entre a área lesionada e o restante do corpo. As aplicações do esparadrapo visam organizar o fluxo energético, para que ele volte a circular nos pontos de maior tensão. Baseando-se no teste do anel bidigital ou *o-ring test*, os autores criaram um instrumento de avaliação que tem por objetivo verificar a desordem energética, que pode ser de origem muscular, articular, ou, ainda, ântero-posterior ou látero-lateral. Os sintomas, frutos dessa desordem, regridem na medida em que o campo energético é restabelecido e vincula-se à gravidade e ao tempo de evolução da doença, permitindo a normalização do tônus e da amplitude articular.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O *o-ring test* é um método desenvolvido pelo médico Omura que permite que o avaliador entre em contato com o campo energético de seu cliente, fazendo com sua mão um anel formado pelas falanges distais dos dedos polegar e indicador, ou ainda polegar e dedo médio, gerando, desta forma, um circuito fechado. Isto é possibilitado pela presença dos canais energéticos conhecidos como meridianos. Este teste é utilizado em várias terapêuticas não convencionais de saúde na verificação do fluxo energético de órgãos, estruturas musculares e meridianos. Um bom exemplo seria o balanceamento muscular conhecido nos EUA como Touch for Health.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1) Apresentar a Reprogramação Músculo Articular como um método terapêutico natural aplicado à prática do cuidado de enfermagem ambulatorial a clientes com desordens osteomusculares.
2) Descrever os cuidados necessários à sua aplicação.
3) Analisar as possibilidades de aplicação do método.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

A enfermeira Anna trabalha no Ambulatório de um hospital de média complexidade, no acompanhamento a clientes que apresentam alteração de pressão arterial (PA). Sua clientela é formada por pessoas idosas com relato de diversos comprometimentos orgânicos/funcionais, dentre estes, as disfunções musculoarticulares, com queixa de dores e limitação de movimentos. Vejamos a situação apresentada por um de seus clientes:

"O Sr. Jorge, de 53 anos, encontra-se em acompanhamento no ambulatório há cerca de oito meses com diagnóstico de hipertensão arterial moderada, após ter sido atendido na emergência da unidade hospitalar com queixa de forte cefaléia e tonteira. Trabalha como marceneiro autônomo há mais de vinte anos e, devido ao seu ofício, desenvolveu um quadro de perda auditiva induzida pelo ruído, e por este motivo apresenta dificuldades para entender algumas orientações quanto aos cuidados necessários ao controle de sua PA. Também está recebendo orientação do serviço da nutrição e, recentemente, foi solicitada avaliação da fisioterapia, pois o seu joelho direito voltou a incomodar. A caminhada matinal foi temporariamente suspensa, já que a dor agravava durante, e, principalmente, ao final da mesma, o que o deixou bastante chateado, já que considerava esta atividade física diária sua aliada para o seu bem-estar físico e mental, na medida em que reduzia o seu estado de ansiedade e melhorava a qualidade do sono. Além disso, queixa-se de azia e plenitude pós-prandial após ter iniciado o uso de antiinflamatório prescrito pelo médico."

Ante o exposto, apresentamos algumas questões sobre as possibilidades de este cliente utilizar a terapia da RMA no tratamento do joelho afetado. Assinale a opção correta.

QUESTÃO 1

Na sua opinião, o que deve fazer a enfermeira Anna quanto ao uso da Reprogramação Músculo Articular para ajudar no restabelecimento das funções motoras do Sr. Jorge?

A ( ) A enfermeira Anna deverá aplicar a técnica da RMA para ajudar na recuperação do Sr. Jorge e facilitar o retorno ao planejamento referente a realização das atividades físicas.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B ( ) A enfermeira Anna decidirá não utilizar a RMA num ambiente hospitalar, pois entende que este método terapêutico poderá encontrar resistência entre os profissionais de saúde, por não ter recebido o aval da medicina moderna contemporânea (biomedicina).
C ( ) A enfermeira compreenderá que a queixa do cliente referente à dor e à limitação no joelho direito não apresenta relação direta com o quadro de hipertensão, devendo estes casos serem encaminhados a outros profissionais.
D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 2

Em que situação a enfermeira Anna poderá indicar a técnica da RMA aos demais clientes que freqüentam o grupo de hipertensão do ambulatório referido?

A ( ) Somente para os clientes com história de traumas musculares de recente evolução clínica.
B ( ) Para os clientes com distúrbios osteomusculares com restrições de movimento da articulação envolvida.
C ( ) Somente em clientes que não apresentarem melhoras com os tratamentos prescritos pelos profissionais médico e fisioterapeuta.
D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 3

Como deverá ser feita a avaliação técnica para se utilizar a RMA, caso esta seja escolhida como recurso terapêutico?

A ( ) Deverá ser feito o exame clínico convencional do cliente.
B ( ) Em todos os casos o *o-ring test* deverá ser aplicado com vistas à identificação da desarmonia energética geradora do distúrbio osteomuscular e a determinação da melhor forma de aplicação.
C ( ) A enfermeira Anna deverá proceder a avaliação nas consultas subseqüentes para determinar a manutenção ou mudança das aplicações.
D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 4

Quais os cuidados necessários que a enfermeira Anna deverá ter antes de proceder a avaliação do *o-ring test* no Sr. Jorge?

A ( ) Afastar o terapeuta e o cliente do contato direto com objetos metálicos, tais como, relógio, cordões, brincos, moedas etc.
B ( ) Ignorar a necessidade de avaliação da(s) cicatriz(es) cirúrgica(s) distante(s) da região que se encontra a queixa principal do cliente.
C ( ) Manter o cliente em posição confortável com os olhos fechados, ponta da língua encostada no palato duro, braços rentes ao tórax, facilitando assim, a verificação das áreas de tensões pelo *o-ring test*.
D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 5

A enfermeira Anna preocupa-se com o fato de o Sr. Jorge ter dificuldades em manter as aplicações do esparadrapo devido ao fato de sua atividade profissional

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

requerer esforço físico e, desta forma, gerar transpiração excessiva. Quais as orientações importantes que a enfermeira deve prestar ao cliente para a preservação dessas aplicações?

A ( ) Evitar desenvolver atividades que promovam transpiração e assim impeçam a permanência do esparadrapo.
B ( ) Evitar o uso de hidratantes, nas regiões muito próximas às aplicações, e roupas muito justas, para que as mesmas permaneçam fixadas.
C ( ) Manter cuidados durante o banho.
D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 6

O Sr. Jorge apresenta um quadro de perda auditiva relacionado com sua atividade laboral e, portanto, há necessidade de explicar detalhadamente as recomendações referentes à manutenção das aplicações da técnica. Quais seriam as outras possíveis restrições à sua aplicação?

A ( ) Clientes alérgicos ao esparadrapo.
B ( ) Clientes idosos com restrições de movimentos, dificuldade de compreensão das recomendações quanto à manutenção das aplicações e de auxílio de outra pessoa de seu convívio para auxiliá-lo.
C ( ) Cuidados especiais em gestantes, crianças e diabéticos.
D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 7

Preocupado com a dificuldade de compatibilizar os tratamentos propostos e os compromissos referentes à sua atividade laborativa, o Sr. Jorge indaga à enfermeira Anna quanto ao tempo de tratamento e à necessidade de comparecer diariamente ao serviço ambulatorial, a exemplo do tratamento na fisioterapia. A enfermeira Anna informa que:

A ( ) Para os quadros crônicos, são necessários cerca de 12 a 15 encontros; e, para os agudos, de 5 a 7 encontros.
B ( ) O tempo para a primeira consulta e para a consulta de reavaliação é estimado em torno de 40 a 50 minutos e, as subsequentes, em torno de 30 minutos.
C ( ) As aplicações locais podem permanecer até 72 horas; e 42 horas nos mapeamentos e balanceamentos, sendo necessário o retorno ao serviço ambulatorial duas vezes por semana.
D ( ) Todas as opções acima.

GABARITO FUNDAMENTADO

QUESTÃO 1

Opção A — A RMA é um método terapêutico energético que visa promover o livre fluxo de energia nas regiões afetadas. É utilizada no tratamento de distúrbios osteomusculares e, desta forma, indicada nas queixas apresentadas pelo Sr. Jorge.

As técnica energéticas se proliferaram no mundo ocidental a partir da década de 60, ocasião em que eclodiu o movimento conhecido como contra-cultura e as práticas vitalistas cresceram como "alternativas" terapêutica às práticas da biomedicina.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A representação máxima do reconhecimento destas práticas como sendo importantes instrumentos terapêuticos foi na década de 70, quando a Organização Mundial de Saúde (assinatura da Alma Ata/1978) referendou, dentre outras, a acupuntura, a homeopatia, os florais de Bach etc., na busca da preservação e recuperação da saúde. Na década seguinte, este tema começou a tomar vulto, sendo disponibilizado entre as referências bibliográficas médicas na internet (Lilacs, Medilain).

É importante compreender que as terapêuticas energéticas seguem racionalidade diferente daquela adotada pela médica ocidental. O que temos presenciado no Brasil é o surgimento de profissionais "híbridos" de saúde que, principalmente a partir da década de 80, passaram a utilizar diferentes práticas associadas à sua formação alopática, na expectativa de garantir uma melhor atenção a seu cliente. Ressalte-se que as terapias energéticas apresentam-se como mais uma tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem.

A RMA, além de ser um recurso que permite maior autonomia para a atuação da enfermeira, busca o restabelecimento da vitalidade do cliente compreendendo-o na sua totalidade. Nessa concepção, o corpo é percebido além de uma simples engrenagem maquinária em que uma de suas peças defeituosas pode comprometer todo o seu desenvolvimento. Na situação apresentada, a melhora das queixas do cliente permite o retorno às suas atividades físicas, tão importante para o funcionamento do seu sistema cardiovascular; e, ainda, reduz o uso de medicações e, por conseguinte, os efeitos colaterais expressos em sintomas como azia e plenitude pós-prandial.

QUESTÃO 2

Opção B — A RMA visa promover o livre fluxo de energia, sendo indicada a clientes com queixas álgicas provocadas por distúrbios osteomusculares, como tendinites, bursites, lombalgias, contraturas, entorses etc., permitindo o alívio dos sintomas e melhora da condição motora.

Contrariamente à opção "A", a RMA pode ser indicada a clientes que apresentam sintomas de evolução aguda ou crônica e a avaliação determinará a aplicação mais adequada, ou seja, o tratamento local procede quando a sintomatologia e a causa residem juntas no mesmo território, fato observado com mais freqüência em lesões traumáticas recentes, a exemplo de entorse de tornozelo, contraturas musculares e outras.

O mapeamento (aplicações em diversas regiões do corpo), é indicado quando o cliente apresenta queixas múltiplas, patologias de evolução crônica ou intermitentes, quando provavelmente todo o corpo já apresenta manifestações de compensação, afastando, por vezes, a sintomatologia da causa da lesão. Como o objetivo principal da RMA é o tratamento da causa e não somente da queixa, é esperado que as aplicações sigam o curso da reorganização biomecânica e energética, tendo como resultado final a cessação do processo inflamatório, aumento do arco de movimento, normalização da tensão muscular e melhora da qualidade de mobilidade da estrutura motora afetada.

Também diferente ao exposto na opção "C", a RMA pode e deve ser indicada já na fase inicial do tratamento clínico, associada a outras técnicas (convencionais ou não), como a fisioterapia, a terapia ocupacional, as técnicas de terapia corporal, e, principalmente, a homeopatia, a acupuntura e a terapia de floral, cujos objetivos são, por um lado, reduzir o tempo de recuperação da saúde e manter os resultados alcançados pela aplicação da técnica, e, por outro, restabelecer a harmonia das funções energéticas dos órgãos, afetada pelas sintomatologias inerentes aos problemas de saúde apresentados pelo cliente. Tomamos como exemplo, o sentimento prolongado de raiva ou mágoa que interfere na energia do fígado, que, por sua vez, comanda os

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tendões; a preocupação constante, que influencia na energia do baço, que tem a função de impedir a flacidez e a hipotonia; e o medo, que prejudica a energia do rim; e assim por diante.

Como a RMA buscou na Medicina Tradicional Chinesa (MTC) algumas de suas fundamentações, é importante estar atento que o aparente distúrbio na estrutura musculoesquelética pode ter implicações que vão além do local da lesão. Esta forma de pensar é comum, pois a interdependência e o inter-relacionamento encontrados nas leis do Yin-Yang e na lei de geração e controle dos cinco movimentos, demonstram a profunda relação entre os órgãos e suas funções energéticas.

QUESTÃO 3

Opção D — É fundamental que a enfermeira proceda a consulta de enfermagem e a aplicação da técnica é parte do procedimento que deve constar no plano de cuidados de enfermagem, utilizando o método *o-ring test* na identificação dos pontos de tensão para decidir a melhor aplicação. A RMA utiliza o *o-ring test* em pontos pré-definidos para avaliar as regiões que estão desarmonizadas, bem como para verificar se a aplicação escolhida, efetivamente, melhora o campo energético do cliente. Deve ser realizado em todas as consultas para saber se a aplicação permanecerá a mesma ou não. Este teste é fundamental, pois nem sempre a causa que originou o desequilíbrio encontra-se no mesmo lugar da sintomatologia ou queixa apresentada, portanto, o cliente pode referir dores no joelho e esta ser conseqüência de alteração no tornozelo, ou queixas em punho por instabilidade do cotovelo.

QUESTÃO 4

Opção A — Para a realização do *o-ring test*, é necessário o afastamento dos objetos de ouro e prata, tanto do corpo do cliente como do terapeuta, pois os mesmos interferem na avaliação dos resultados, podendo ser falso-positivo ou falso-negativo. Estes materiais podem funcionar como estímulos na pele e alterar o resultado da avaliação.

Contrariamente ao exposto na opção "B", é fundamental a avaliação das cicatrizes, principalmente as cirúrgicas, pois estas podem interferir no fluxo energético gerando bloqueios que se traduzem em adoecimento. As cicatrizes podem ser tratadas com materiais técnicos utilizados na acupuntura (agulhas, moxas, *laser* e martelo de sete pontas) e na RMA. Contudo, é necessário a cada avaliação do cliente, cobrir toda área da cicatriz com fitas de esparadrapo.

Quanto ao posicionamento do cliente no momento da avaliação (opção "C"), é fundamental evitar o cruzamento dos braços, mantendo-os afastados do tronco, e também o cruzamento das pernas. Além disso, deve-se evitar que a ponta da língua toque o palato duro. É comum o resultado dar falso-positivo ou falso-negativo quando estas medidas não são observadas.

QUESTÃO 5

Opção B — O esparadrapo aplicado sobre a pele tem cerca de 2cm de circunferência e geralmente mantém boa fixação na pele até mesmo em clientes com transpiração excessiva por esforço físico ou por questões hormonais, como os casos de fogacho. Em peles oleosas, talvez seja indicado retirar o excesso de gordura com álcool antes da aplicação do esparadrapo. Não há necessidade de mudar o hábito com

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

relação ao número de banhos e o uso de sabonetes, entretanto, o cliente é orientado a manter atenção para não esfregar com esponjas em cima das células (esparadrapos).

Conforme o explicitado na opção "B", o cliente não deverá fazer uso de hidratantes antes das aplicações das células, pois esta conduta pode interferir na fixação do esparadrapo sobre a pele devido à oleosidade. Também, convém evitar roupas muito justas que descolam as aplicações do mesmo por atrito nos tecidos das vestimentas.

QUESTÃO 6

Opção D — Acreditamos que toda técnica terapêutica deve ser cuidadosamente aplicada, pois a iatrogenia pode estar presente quando utilizada aleatoriamente. É importante lembrar que a RMA é uma técnica energética e embora tenha como campo de atuação o sistema musculoesquelético, também reflete nas funções energéticas dos órgãos, na medida em que estes podem ser estimulados por pontos distribuídos na musculatura. Portanto, a contra-indicação desta técnica, em particular, está além de uma possível alergia ao esparadrapo comum ou ao hipoalérgico, desenvolvido especificamente para atender os clientes mais sensíveis. O esparadrapo antialérgico é impróprio, pois promove pouca tensão na pele, diminuindo o estímulo, bem como a extrema dificuldade para o corte da célula que apresenta um formato circular e vazado.

Os idosos devem receber detalhada orientação para a manutenção das células aplicadas. O que observamos é a necessidade, em muitos casos, da associação de outras técnicas para o aumento da vitalidade (acupuntura, homeopatia e outras) ou fisioterapia e terapia corporal para fortalecer a musculatura e melhorar a mobilidade da articulação comprometida. Em situações específicas, quando o cliente apresenta restrições de movimentos, dificuldade de compreensão das recomendações quanto à manutenção das aplicações e de auxílio de outra pessoa de seu convívio para auxiliá-lo, consideramos ser mais conveniente a avaliação quanto à utilização de outra abordagem terapêutica.

Com relação às gestantes, algumas aplicações estão localizadas próximas ou nos mesmos pontos contra-indicados na acupuntura, especialmente, nas regiões lombar e abdominal, que podem promover o aumento da contração uterina, particularmente, em gestantes com risco de aborto espontâneo. Ressaltamos que até o momento não há estudos que assegurem a utilização desta técnica sem efeitos indesejáveis para gestantes, logo, deve ser usada com muita cautela, respeitando as mesmas contra-indicações da aplicação da acupuntura.

A restrição do uso desta técnica em crianças também refere-se à ausência de estudos nessa clientela, além do problema referente ao tamanho das células e espessura das fitas que devem ser diferenciadas com relação ao uso em adultos que necessitam de uma área de estímulo maior com relação às crianças. Trata-se, na verdade, de mais um cuidado cauteloso do que, propriamente, de uma contra-indicação.

QUESTÃO 7

Opção D — O tempo de tratamento é singular, ou seja, diferenciado para cada cliente. Contudo, nossa experiência tem-nos mostrado que geralmente os clientes com quadro de evolução crônica necessitam de 12 a 15 aplicações para alcançarem o resultado esperado. Estes encontros reduzem praticamente à metade em se tratando de quadros considerados agudos.

Geralmente, a primeira consulta é mais demorada, pois é necessário colher informações detalhadas sobre a sua queixa principal, investigar demais sistemas

orgânicos para que se possa proceder as orientações necessárias, assim como realizar os testes específicos da RMA.

A tensão dos esparadrapos fixados na pele tendem a diminuir com o decorrer dos dias, reduzindo, desta forma, os estímulos; por este motivo, é fundamental a troca das aplicações. Estas permanecem cerca de 72 horas nas aplicações locais e 42 horas nos mapeamentos e balanceamentos, devendo o cliente retornar ao serviço ambulatorial duas vezes por semana para reavaliação e novas aplicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LUZ, TM. Natural Racional Social — Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
2. MACIOCIA,G. A Prática de Medicina Chinesa. São Paulo: Roca, 1996.
3. MONTAGU, A. Tocar — o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1998.
4. OMURA, Y. A prática do teste do Anel Bidigital_ BDORT. Ed Associação Médica de Acupuntura, 2000.
5. OMURA, Y. The Formation and Basis of the Bi-Digital O-Ring test. Disponível em: www.baobab.or.jp/ōring/e_basis.shtml.
6. PIRET, ET; BÈZIER, S. A coordenação motora. São Paulo: Summus, 1992.
7. TANAKA, N. O que é Spiral Tape. São Paulo: Voz, 1998.
8. VILELLA, NS. Unidade Corpo Físico e Corpo Emocional — Membros Inferiores Revista Seja Leitura Corporal em Revista (2), abril 2000.
9. VILELLA, NS. Unidade Corpo Físico e Corpo Emocional — Membros Inferiores. Revista Seja Leitura Corporal (3):13, ano 1, 2000.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 32

Fitoterapia e Enfermagem

Telma Geovanini

INTRODUÇÃO

Dados Históricos e Importância da Fitoterapia

A resolução COFEN-197 de 19 de março de 1997 estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem e por meio do seu Parecer Normativo nº 04/95 cita as diversas terapias inclusas nesta resolução, dentre estas a fitoterapia. Estabelece em seu artigo 2º que para receber a titulação prevista, o profissional de enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com carga horária mínima de 360 horas. Este ato normativo do COFEN, veio ao encontro dos anseios de muitos enfermeiros, principalmente daqueles que atuam em pequenos municípios e comunidades rurais brasileiros, onde não raro a fitoterapia e outras práticas naturais são os únicos recursos existentes para assistir a população.

Em muitas localidades, já está ocorrendo a implantação da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), abrindo-se assim um vasto e novo campo de trabalho e estudos para os enfermeiros.

Procedimentos terapêuticos naturais diversos, sobressaindo-se a utilização das plantas medicinais, são citados como formas de cuidado utilizados entre as mais antigas civilizações da humanidade. Nos escritos históricos, encontramos os alquimistas, que eram pessoas dotadas de conhecimentos revolucionários e pesquisadores incansáveis dos mistérios do reino vegetal, dentre estes, destacamos Paracelso (1493-1541), indiscutivelmente audaz investigador da natureza e uma das figuras mais proeminentes de sua época. Ele lançou as bases das terapêuticas naturais e foi um dos principais responsáveis pelo seu avanço.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Podemos afirmar que a maioria das ervas medicinais utilizadas em nossos dias, já era conhecida na Idade Média e os religiosos as cultivavam com todo cuidado e ciosamente nos jardins de seus conventos (Cancian, 1976, p. 9). Segundo Castro e Gavilanes (2000), a utilização de plantas pelo ser humano para aliviar e curar seus males é feita, provavelmente, desde a pré-história, e os mais antigos povos da história deixaram registrado o uso de plantas, como medicamentos em hieróglifos escritos em tábuas e papiros, pelos egípcios.

No Brasil, a utilização das plantas medicinais encontra suas bases na influência indígena, africana e européia. Martins *et al.* (1994) afirmam que os índios brasileiros utilizavam a fitoterapia dentro de uma visão mística, em que o pajé ou feiticeiro da tribo fazia uso de plantas entorpecentes para sonhar com o espírito que lhe revelaria a erva ou o procedimento a ser seguido para a cura do enfermo e, também, pela observação de animais que procuravam determinadas plantas quando doentes. A influência da colonização na farmacopéia brasileira também é enfatizada pelos autores, devido ao significativo número de plantas medicinais de origem européia, que embora não sendo nativas, reproduzem-se espontaneamente e formam genótipos e variedades diversas nos solos de nosso país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão que tem incentivado o uso das plantas medicinais, estima que 80% da população mundial faz uso de algum tipo de erva buscando alívio para seus males, e considera a utilização destas plantas, prática tradicional ainda existente entre os povos de todo o mundo, atribuindo este fato principalmente aos fatores culturais, econômicos e sociais.

Estudiosos da área têm empreendido esforços para que as ervas brasileiras, que constituem a base desta terapêutica popular, tenham cada vez mais caráter científico. Os trabalhos de pesquisa nesta área têm demonstrado que, além da eficácia comprovada, a relação custo X benefício dos medicamentos e procedimentos torna a fitoterapia mais acessível à população. Com isto, vários municípios brasileiros, já a adotam como prática comum em suas unidades básicas de saúde. Os enfermeiros, muitas vezes coordenadores dessas unidades, têm apoiado a nova metodologia, por mostrar-se adequada às necessidades da população. Esforçam-se por contribuir para o estudo e implementação da fitoterapia, no sentido de melhor assitir aos usuários e colaborar com o trabalho da equipe multiprofissional.

Nos dias de hoje, apesar da revolução tecnológica e das recentes descobertas da engenharia genética serem responsáveis pelos avanços da ciência moderna, nós enfermeiros ainda convivemos com verdadeiros contrastes na área da saúde. Estes contrastes revelam a importância das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, no que diz respeito à formação generalista do enfermeiro com perfil competente, crítico e reflexivo, capaz de identificar problemas, definir estratégias de intervenção e criar vínculo profissional com a comunidade onde atua. Por outro lado, o sistema de saúde atual busca reorientar seu modelo de assistência, no sentido de assegurar os direitos da cidadania e garantir a melhora da qualidade de vida da população brasileira. Esta perspectiva tem como pano de fundo a articulação da clínica com a saúde coletiva, a reorientação dos padrões dos serviços a partir das necessidades populares e a responsabilidade dos profissionais por um grupo ou parcela definida da população.

A estratégia de saúde da família surge hoje como um novo modelo de reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção primária de saúde, e isto exige uma nova prática sanitária que busque o equilíbrio entre o clínico e o epidemiológico.

Esta abordagem exige um novo perfil do profissional de saúde e a adoção de novos saberes e práticas que extrapolem a saúde biológica. A multiprofissionalidade e multidisciplinaridade são fatores importantes neste contexto, onde também será

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fundamental a resolutividade, capacidade de diagnosticar e solucionar problemas e situações constantemente mutáveis.

O pensar científico da enfermagem hoje converge cada vez mais para a arte, a estética, atualização e desenvolvimento de habilidades específicas, criação e experimentação de técnicas e métodos pertinentes e adequados à resolução dos problemas advindos da prática profissional. A crescente produção científica na área tem evidenciado a notória contribuição da enfermagem para a melhora dos padrões de qualidade de vida e saúde dos seres humanos (Santos e cols. 2001).

Em relação ao uso da tecnologia em enfermagem, entendemos que respeitadas as questões éticas e legais da profissão, tanto a sofisticada quanto a simplificada são importantes e necessárias à sociedade e ambas devem ser incentivadas e colocadas à disposição dos usuários. Nosso dever, enquanto profissionais de saúde, é estarmos receptivos e preparados para atuarmos nas diversas situações, observando sempre a coerência, aplicabilidade e adequação necessárias.

Neste cenário, a fitoterapia aliada à prática da enfermagem constitui um promissor campo de investigação e pesquisa científica a ser colocado a serviço da sociedade, bem como fator de afirmação de identidade profissional mais autônoma.

Fundamentos sobre os Estudos Fitoterápicos e o Cuidar

O estudo das plantas medicinais e da fitoterapia desperta nosso interesse pelas questões ambientais e fenômenos ecológicos que mantêm ou desequilibram a natureza e suas consequências para a saúde e qualidade de vida dos seres humanos, o que nos leva a discutir e repensar a existência de novos paradigmas que apontam para uma visão globalizada da saúde, da terra e da natureza. Isto implica em envolvimento não só com a ciência em si, mas com uma nova filosofia que passa a permear nossa prática e nossa existência.

Reconhecemos o reino vegetal como necessário à sobrevivência humana e a importância do relacionamento harmonioso do homem com este reino. Isto estimula a adoção de práticas que utilizam o processo educativo, as ações de enfermagem e o cuidado em favor das várias dimensões da vida, num sentido holístico e numa perspectiva planetária e ecológica.

O universo visível é apenas a manifestação parcial de um espaço cósmico real permeado de substâncias e forças. Toda a vida na Terra e todos os reinos da natureza, o animal, o mineral, o vegetal e o humano, fazem parte de um único organismo, interdependente e sujeito às mesmas leis.

A vida não seria possível na face da Terra sem a presença dos vegetais e seu trabalho de transmutação dos elementos poluidores da atmosfera. Produzem oxigênio e regulam o clima. As florestas tropicais regulam o fluxo das águas e protegem os mananciais. Só na Amazônia brasileira encontram-se cerca de 40% das florestas tropicais de todo o planeta, possuindo inumeráveis variedades de ervas medicinais que sequer são ainda conhecidas pela humanidade, muitas delas são hoje objeto de pesquisas científicas em importantes instituições, atraindo também a atenção da indústria internacional de medicamentos.

Entretanto, observa-se a falta de investimentos brasileiros nesta área, pois o número de espécies vegetais no Brasil é estimado em 200.000, considerando-se que a metade possuiria propriedades medicinais. Destas, menos de 1%, ou seja, menos de 1.000, são estudadas adequadamente.

Castro e Gavilanes (2000) afirmam que é comum se acreditar que a estrutura da planta já é bem compreendida e que quase não há necessidade de investigação, enquanto é notório que a anatomia de poucas espécies é conhecida com detalhe,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mostrando a necessidade de maior comunicação internacional e cooperação para estudos neste campo.

Entre os países com maior cobertura vegetal, o Brasil se encontra em terceiro lugar, com mais de 5 milhões de km², dos quais 2 milhões já foram destruídos. A maior degradação é produzida por mineração, agroindústrias, hidrelétricas, queimadas, garimpo e exploração predatória da madeira. Como consequência, temos a poluição ambiental do ar, com aumento dos teores de CO_2 e a degradação do solo, com erosão, compactação e desertificação.

Verificamos nossa responsabilidade enquanto educadores em saúde, no sentido de promover novas atitudes e conscientização em relação a vida, saúde, cidadania, ética e cuidado. O cuidado em seu sentido amplo, irrestrito, tomando-se como referência primeiramente o autocuidado, autoconhecimento e equilíbrio para lidar conosco mesmos e com os outros, o cuidado com o ambiente, a saúde e a vida.

O sentido da palavra cuidado, segundo Boff (1999), encontra-se na sua própria filosofia, ela deriva do latim *cura* ou *coera* e era usada com uma conotação de amizade, amor, expressando a atitude de desvelo, inquietação e preocupação que se pode sentir por um ser ou por uma causa. Nestes termos, podemos depreender que a cura está contida no sentido do cuidar e afirmar que a enfermagem ajuda o cliente a curar-se através do cuidado.

Para Boff (1999), o cuidado abrange uma atitude, na qual o indivíduo sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. Ao mesmo tempo, a atitude diante do cuidado nos coloca um sentimento de preocupação, pois o ser ou objeto de nosso cuidado também nos envolve afetivamente.

No trabalho com o reino vegetal, entendemos o termo *cuidar* e *cuidado* num sentido amplo, extensivo a nós mesmos, à Terra, ao Cosmos, à Natureza e a todos os seres que a compõem. O cuidado é visto assim, não só como um ato, mas como modo-de-ser-no-mundo, como uma forma de existir e co-existir, de estar presente, de navegar pela realidade e de relacionar-se com todas as coisas e seres presentes na nossa vida e no nosso planeta (Boff, 2001).

Trabalhar com o reino vegetal confere uma tonalidade diferente ao cuidado, pois não vemos a natureza e tudo o que nela existe como objetos. A relação com a natureza não é de domínio sobre, mas de convivência fraterna e amorosa. Não é intervenção, mas inter-relação e comunhão.

Sabemos que a eficácia de uma planta medicinal é ainda maior, se ela for semeada, criada, colhida e preparada com amorosidade, compreensão e gratidão por esse reino. Assim, ao manusearmos uma erva, desde seu plantio até sua colheita e processamento, ou mesmo ao aplicarmos um procedimento que as utilize, sentimo-nos ligados e religados com a natureza, formando um todo orgânico único e ao mesmo tempo diversificado. Este sentido holístico permanece no cuidado de enfermagem.

A natureza é uma verdadeira farmácia viva e seus recursos terapêuticos poderiam suprir todas as necessidades básicas dos seres humanos. Ela guarda potenciais que se revelam aos que buscam conhecer e aprofundar seus conhecimentos nesta área. É cada vez maior o número de pessoas que despertam para o reconhecimento de que o reino vegetal possui virtudes especiais e que as plantas são exemplos vivos de serviço desinteressado e fiel.

É notório o papel desempenhado pelas plantas medicinais, que fornecem moléculas e substâncias ativas para o tratamento de doenças, sendo às vezes recurso insubstituível. Sua utilização milenar comprova sua eficácia no combate e prevenção de moléstias que afligem a humanidade e mostra a necessidade do estudo sistemático da flora brasileira.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quanto à formação profissional do enfermeiro para atender a essas exigências, é importante entender que os cursos de graduação hoje em dia, são apenas "portas de entrada" para a educação continuada, que deve constituir uma preocupação constante do profissional que espera ser elemento transformador da realidade em que atua.

Para o enfermeiro que se interessa pela fitoterapia, o campo de estudos é vasto e bastante interessante. É aconselhável que não se contente apenas com os conhecimentos populares sobre as plantas, mas que procure se aperfeiçoar através dos cursos de pós-graduação existentes em diversas Instituições de Ensino Superior do país. É aconselhável que se assegure da qualidade e reconhecimento do curso, bem como da titulação a ser obtida e carga horária compatíveis com as exigências profissionais e legais. Ao especializar-se, através do desenvolvimento de estudos científicos e monografias, o enfermeiro estará contribuindo para a área de conhecimento e melhora do padrão de qualidade da assistência de enfermagem.

O conteúdo básico que compõe os estudos das plantas medicinais, deve contemplar a temática pertinente ao seu uso, manejo e manipulação. São variadas as disciplinas oferecidas, no entanto são imprescindíveis aos currículos, temas como: morfoanatomia das plantas, cultivo, fertilidade e adubação, colheita e processamento, estudo dos princípios ativos e indicações terapêuticas das plantas medicinais, aromáticas e condimentares, fitoquímica, química, botânica e manipulação de fitoterápicos.

Práticas Fitoterápicas em Enfermagem

A atual situação de saúde no Brasil indica a necessidade do trabalho inter e multidisciplinar, uso de tecnologia simplificada e de baixo custo, tendo como foco principal a educação em saúde com ênfase no autocuidado. Para fazer face a essas exigências, o enfermeiro através da sua competência técnico-científica, desempenha o papel de promotor da saúde e incentiva o envolvimento e a participação da comunidade nos projetos da área, o que estimula mudanças de comportamentos que afetam o equilíbrio físico, mental e emocional das pessoas. Como resultado, obtém-se um maior índice de proteção, recuperação e reabilitação em saúde.

O desenvolvimento de práticas fitoterápicas em saúde favorece todo este empreendimento, pois podemos envolver a comunidade em projetos dinâmicos e participativos. Núcleos comunitários, creches, escolas e sociedades de bairros são incentivados a participar do cultivo de hortas de plantas medicinais a serem utilizadas pela própria população.

A coesão, o comprometimento e a organização dos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de projeto é de vital importância para o seu sucesso. Farmacêuticos, médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde desempenham o papel de facilitadores e pacientes orientadores do trabalho a ser desenvolvido.

A terapêutica com os fitoterápicos pode ser desenvolvida de diversas maneiras, utiliza-se desde a planta viva, recém colhida, até medicamentos industrializados. Podem ser empregados também, como veículo dos medicamentos fitoterápicos e das plantas medicinais, procedimentos de enfermagem diversos, tais como compressas, cataplasmas, pedilúvios, banhos e aplicações tópicas. Essas aplicações constituem um recurso até o momento relativamente pouco conhecido e pouco explorado e poderá abrir caminho para outras e novas possibilidades de cuidado ao cliente, especialmente em seu próprio domicílio. Promovem antes de tudo, um crescente bem-estar, advindo principalmente do conforto que um tratamento desta natureza proporciona ao cliente.

Quando estes procedimentos forem utilizados, cuidados especiais devem ser desenvolvidos pela enfermagem antes, durante a após sua aplicação.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Todo o processo deve ser realizado em ambiente calmo e silencioso, a harmonia deve induzir o cliente ao sono e repouso, o que favorecerá a fase regenerativa em que as forças vitais do organismo começarão a reagir e a se mobilizar, preenchendo deficiências e trazendo uma nova ordem ao universo orgânico. Desta forma, o organismo terá possibilidade de incorporar toda a eficácia do tratamento e reagir por si mesmo ao processo responsável por seu mal-estar.

A equipe de enfermagem deve estar treinada para o desenvolvimento dessas técnicas e procedimentos terapêuticos, cabendo ao enfermeiro mais esta relevante tarefa.

De variadas formas os elementos da natureza são levados a interagir com o organismo humano, utilizando-se principalmente a pele e o sistema digestivo como campo de absorção dos princípios ativos das plantas. Seja qual for a via empregada, é importante lembrar que as plantas medicinais atuam não somente no corpo físico, aliviando sintomas de doenças, mas também no corpo etéreo, emocional e mental, sendo esta base holística o fundamento de todo o processo terapêutico.

Reportamo-nos a Florence Nightingale (1989), quando preconiza em seus escritos que:

"Ninguém pode curar, somente a natureza cura.
O que a enfermagem tem que fazer, em cada caso,
é colocar o paciente na melhor condição
para a natureza agir."

Concluindo, observamos que a fitoterapia possibilita à enfermagem um verdadeiro resgate de suas raízes.

CASO/SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

O município X, em Minas Gerais, resolve implantar a fitoterapia no Sistema Ùnico de Saúde. O projeto piloto começou a ser desenvolvido através de um trabalho conjunto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das Faculdades de Farmácia e de Enfermagem da Universidade local. O trabalho será realizado em duas etapas. A primeira será a expansão do projeto Farmácia Viva, que atinge cerca de 20 núcleos comunitários entre creches, escolas e associação de moradores de bairros, cultivando hortas com as plantas medicinais que serão utilizadas pela população. A fase dois será a introdução dos fitoterápicos em três Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que já fazem uso das plantas medicinais. As mudas, que já vêm sendo fornecidas pela própria comunidade e cultivadas nos hortos comunitários, serão processadas e transformadas em medicamentos pela Faculdade de Farmácia. O projeto prevê a utilização de 15 plantas, com a produção de 60 medicamentos. Comenta-se que o programa vai significar uma grande redução nos custos do SUS.

QUESTÃO 1

Dentre as assertivas a seguir apresentadas, assinale "F" para falso e "V" para verdadeiro:

Com o envolvimento no projeto da Faculdade de Enfermagem, qual seria a contribuição que esta experiência traria para o estudante quanto ao seu compromisso social diante da comunidade?

A ( ) Entender que seu papel é supervisionar as ações de cada equipe, exigindo o cumprimento de suas ordens.

B ( ) Entender que através do trabalho com a fitoterapia ele estará desenvolvendo um ato político, transformador, que visa ao bem-estar da comunidade em geral.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C ( ) Entender que a participação em projetos universitários faz com que seu currículo seja mais valorizado posteriormente no mercado de trabalho.

D ( ) Entender que o envolvimento com os problemas da comunidade será relevante para sua formação profissional como enfermeiro generalista.

QUESTÃO 2

Considerando a importância do envolvimento da Enfermagem neste projeto. Que objetivos operacionais poderiam justificar a sua participação?

A ( ) Investigar os problemas de saúde prevalentes na comunidade e traçar estratégias para a implementação do trabalho.

B ( ) Identificar os princípios ativos dos medicamentos produzidos pela Faculdade de Farmácia para indicar sua utilização.

C ( ) Orientar a comunidade quanto à utilização correta das plantas medicinais e dos fitoterápicos.

D ( ) Selecionar métodos, técnicas e estratégias apropriadas à resolução dos problemas de saúde da comunidade, incentivando sua participação.

QUESTÃO 3

Levando-se em consideração que a abordagem neste tipo de projeto deve centrar-se no holismo, qual seria o tipo de envolvimento das enfermeiras das UBSs escolhidas para a implantação piloto?

A ( ) Envolvimento com a supervisão geral da equipe multiprofissional e fiscalização do cumprimento das ordens emanadas dos órgãos superiores.

B ( ) Liderança e influência junto às pessoas no sentido de obter mudanças de comportamento e chamar a atenção para o trabalho da enfermagem.

C ( ) Participação em todas as fases do projeto, educando para a saúde e promovendo novas atitudes e conscientização das pessoas quanto aos benefícios da fitoterapia e do trabalho como um todo.

D ( ) Empreender esforços no sentido de melhorar seus conhecimentos sobre fitoterapia para desenvolver suas ações de maneira mais globalizada.

GABARITO

Situação problemática: Implantação de um Projeto de Fitoterapia.

QUESTÃO 1

A — FALSO — Geralmente, o exercício da autoridade e o direito de comando não são garantias do cumprimento de ordens. Estudantes de enfermagem devem procurar aproveitar ao máximo a participação em projetos deste tipo para seu enriquecimento científico e formação profissional e neste caso, aproveitar a oportunidade para aprender a trabalhar de forma participativa e democrática em equipe, desenvolvendo o respeito mútuo e direcionando suas ações para o alcance de metas e objetivos comuns.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B — VERDADEIRO — Durante o aprendizado acadêmico, todos os conceitos sociais, políticos, éticos e históricos extraídos de trabalhos comunitários devem ser aproveitados para reforçar a formação do profissional crítico e reflexivo.

C — FALSO — Embora seja relevante a valorização do currículo profissional, a participação do estudante neste tipo de atividade não deve visar somente esta questão. Valorização maior deve ser dada ao aprendizado e às experiências vivenciadas para enriquecimento de sua vida profissional futura.

D — VERDADEIRO — Os futuros profissionais de enfermagem devem ser conscientizados da importância da formação generalista e de seu compromisso social. Para isto os currículos estão se voltando cada vez mais para uma dimensão técnico-científica que propõe a formação de profissional com visão integral do cliente, família e comunidade, pronto para intervir e buscar soluções compatíveis ao desenvolvimento de uma assistência de enfermagem de alta qualidade.

QUESTÃO 2

A — FALSO — Se o trabalho é de equipe multiprofissional, a enfermagem certamente tomará parte nesta etapa, porém este fator por si só não seria suficiente para justificar sua participação. Muitas das vezes, projetos dessa natureza são precedidos da fase de diagnóstico que deve contar com a participação do enfermeiro. A participação da enfermagem nesses projetos é justificada pelas características holísticas que lhe conferem a sua formação profissional.

B — FALSO — A enfermagem deve conhecer os princípios ativos e as indicações dos medicamentos fitoterápicos utilizados e pode até ser necessário indicar sua utilização, dependendo da realidade em que atua. Em projetos multiprofissionais dessa natureza, nem sempre esta tarefa será de sua competência. Entretanto, no que diz respeito a previsão, provisão e controle dos medicamentos, preparo da equipe para a administração e distribuição dos mesmos e orientação da comunidade, são pertinentes ao trabalho da enfermagem e justificam sua participação.

C — VERDADEIRO — A educação em saúde é de competência de todos os profissionais envolvidos e especialmente da enfermagem. Através da ação educativa o enfermeiro compreende a dimensão transformadora de sua prática. Ao orientar a comunidade quanto a utilização correta dos fitoterápicos, estará favorecendo a eficácia do tratamento e maior aproveitamento dos recursos disponíveis, bem como trabalhando para o sucesso do projeto.

D — VERDADEIRO — Ao selecionar métodos, técnicas e estratégias apropriadas à resolução dos problemas da comunidade e ao incentivar sua participação, o enfermeiro estará trabalhando de forma coerente ao alcance dos objetivos do projeto. O desenvolvimento de práticas fitoterápicas favorece o envolvimento da comunidade e o projeto torna-se dinâmico e participativo.

QUESTÃO 3

A — FALSO — No holismo vemos os indivíduos e as situações como um todo, não só como um ato ou fato isolado, relacionamo-nos com todas as coisas e seres presentes no cotidiano. O desenvolvimento de práticas fiscalizadoras, embora possa fazer parte do trabalho do enfermeiro, normalmente não favorece a articulação e o consenso, tão necessários ao desenvolvimento de projetos em que se compartilham objetivos comuns.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B — FALSO — Liderança no sentido holístico envolve relações participativas e motivadoras, através da identificação de valores comuns, entre todos os elementos envolvidos no projeto. Isto não é compatível com uma atitude unilateral de valorização de apenas um segmento da equipe.

C — VERDADEIRO — A participação em todas as fases do projeto garante uma visão e avaliação global do mesmo. Não sendo possível ao enfermeiro participar de todas as fases, deve procurar inteirar-se delas e participar das etapas mais importantes. A conscientização da comunidade é indispensável para o sucesso do trabalho e através do relacionamento harmonioso com a comunidade, envolvendo-a e estimulando-a, o enfermeiro consegue atingir este objetivo, obtendo sua colaboração para o processo a ser implantado.

E — VERDADEIRO — O enfermeiro deve preocupar-se em estar sempre buscando melhorar seus conhecimentos, seja através de estudos complementares ou vivenciando diferentes situações profissionais. Aqueles que trabalham com fitoterapia podem buscar aperfeiçoar-se ou especializar-se para obterem conhecimentos que os qualifiquem cada vez mais, no sentido de contribuirem para a melhora do padrão de qualidade da assistência de enfermagem na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do humano — compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, p. 22-25, 1999.
2. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. "Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Resolução 197 de 19 de março de 1997". Documentos Básicos. 6. ed. Rio de Janeiro: COFEN, 171p, 2000.
3. CACIAN, A. As plantas mágicas (botânica oculta). São Paulo: Hemus, 11p., 1976.
4. CASTRO, E; GAVILANES, M. Morfo-anatomia de plantas medicinais. Lavras, MG: UFLA/FAEPE, 2000.
5. MARTINS, E; CASTRO, D; CASTELLANI, D; DIAS, J. Plantas Medicinais. Viçosa, MG: UFV/i Imprensa Universitária, 15p, 1994.
6. NIGHTINGALE, F. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália C. Carvalho. São Paulo: Cortez/ABEn, 1989.
7. SANTOS, I et al. Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções. Rio de Janeiro: v. 1, Atheneu, 2001.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 33

Auriculoterapia e Florais de Bach

Antonio José Cupello

AURICULOTERAPIA: UMA TERAPIA TRADICIONAL CHINESA APLICADA À PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

As terapias tradicionais chinesas são os maiores legados que a cultura e a história do povo chinês vêm transmitindo para toda a humanidade, apesar de ainda possuir uma linguagem rica em metáforas e se caracterizar por aspectos bastante herméticos.

Hoje, podemos observar também que diversas terapias tradicionais de outros países orientais, como Índia, Coréia e Japão, podem e estão sendo introduzidas em outras culturas, rompendo esquemas terapêuticos e fazendo variar conceitos, levando-nos a refletir sobre o auge e vertiginoso crescimento que vêm ganhando estes milenares conhecimentos nos países do Ocidente, assim como o desenvolvimento de investigações nas ciências médicas, físicas, químicas,... e porque não dizer nas "ciências do espírito".

Essa verdadeira guinada, em que o mundo ocidental está se voltando para o Oriente, pode ter um papel protagonista na decadência atual do logismo cartesiano, o que nos faz também despertar para uma visão ampliada do cuidar em enfermagem, o que vem a ser, de alguma forma, contemplado com a Resolução COFEN nº 197/97.

Acredito que a auriculoterapia é um dos microssistemas independentes e mais populares, sendo desenvolvida dentro da atual acupuntura, conseguindo se impor pelos resultados obtidos, não se restringindo apenas ao tratamento das enfermidades através dos pontos auriculares, mas também em relação ao diagnóstico com valor semiológico, tão importante quanto o obtido através do pulso e da observação da língua na medicina tradicional chinesa (MTC). Em geral, esta terapia é pouco invasiva e bem aceita pelos clientes, aspectos importantes na prática assistencial.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Na atualidade, existem diversos métodos e tipos de estímulos que podemos utilizar sobre os pontos ou regiões auriculares para o tratamento das mais diferentes enfermidades e sistemas orgânicos. Dentre os diversos tipos de tratamento, podemos destacar: os tratamentos com agulhas filiformes, intradérmicas ou permanentes; eletroacupuntura; mesopuntura; tratamento com cortes e emplastros de medicamentos; moxabustão; sangria; radioisótopos; magnetoterapia; laserpuntura; sovamento; massagem; brincos; martelo "flor de ameixeira"e colocação de sementes. Este último é um método simples e bastante utilizado na auriculoterapia.

O atual desenvolvimento da auriculoterapia começou na década de 50. Numa primeira etapa, foram estabelecidas a localização e aplicação dos pontos auriculares.

Em dezembro de 1958, Ye Xiao Wu (*in* Garcia, 1999) publicou, na revista de Medicina Tradicional de Shangai, os estudos de Nogier sobre a relação de certas zonas do pavilhão auricular com os órgãos internos, sendo Nogier o primeiro a representar os pontos e regiões do pavilhão auricular com um feto humano em apresentação de vértice.

Segundo Garcia (1999), podemos assegurar também que as décadas de 60 e 70 foram vitais no impulso de desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico e tratamento da auriculoterapia e que, a partir da década de 80 até a atualidade, começou uma nova era de estudo dos mecanismos morfofuncionais através dos quais atua a auriculoterapia, sendo também fundados grupos de trabalho e estudo, assim como foram publicados livros e tratados sobre o tema.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1 — Apresentar os princípios que fundamentam a auriculoterapia;
2 — Descrever os cuidados necessários a sua aplicação;
3 — Analisar as possibilidades de aplicação do método.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

O enfermeiro Sérgio trabalha no ambulatório de Geriatria de um hospital de média complexidade no acompanhamento a clientes que apresentam diversos comprometimentos orgânicos/funcionais, dentre estes, disfunções cardiovasculares, respiratórias e músculo-esqueléticas. Vejamos a situação-problema apresentada por um de seus clientes:

A senhora Carmem, de 65 anos, encontra-se em acompanhamento no ambulatório há cerca de 2 anos, com diagnóstico de hipertensão moderada e bronquite crônica. É aposentada, refere boas condições de moradia, reside com sua filha e cuida dos netos durante o horário em que a mesma trabalha. Durante a última consulta, referiu dor em ambos os joelhos e na articulação do punho direito, sendo solicitado avaliação da fisioterapia, pois ambos os problemas estavam limitando as suas atividades diárias, inclusive de cuidar de seus netos.

Diante deste quadro, o enfermeiro Sérgio considerou a possibilidade de intervir na situação apresentada pela cliente aplicando a auriculoterapia após analisar seus princípios fisiológicos, cuidados exigidos e métodos para aplicação.

QUESTÕES

1 — No seu entendimento, quais são os princípios fisiológicos que fundamentam a auriculoterapia?

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A ( ) O sistema de canais ou meridianos do corpo estão relacionados com os pontos auriculares.
B ( ) A inervação do pavilhão auricular possui relação direta com áreas de comando do Sistema Nervoso Central.
C ( ) Os diversos métodos de auriculoterapia são capazes de desencadear mecanismos neuro-humorais.
D ( ) Todas as opções acima.

2 — Quais os cuidados necessários que o enfermeiro Sérgio deverá ter antes de proceder o tratamento auriculoterápico com a colocação de sementes, caso este seja escolhido como recurso terapêutico?

A ( ) Antes de realizar o tratamento, o enfermeiro deverá conhecer as características de cada uma das mudanças e as reações positivas observadas nos pontos, através de método de diagnóstico sintetizado, com as seguintes etapas: observação; palpação; exploração elétrica e diferenciação sindrômica.
B ( ) O enfermeiro não deve realizar o método de colocação de sementes se existir no pavilhão auricular tumefação, úlceras ou inflamação.
C ( ) Depois de realizado o tratamento com a colocação de sementes, a cliente deve ser orientada a fim de realizar auto-estímulo, comunicando ao terapeuta as reações ao tratamento empregado.
D ( ) Todas as opções acima.

3 — O que deve fazer o enfermeiro Sérgio quanto ao uso da auriculoterapia através do método de colocação de sementes para ajudar no restabelecimento das disfunções apresentadas pela senhora Carmem?

A ( ) O enfermeiro Sérgio deverá aplicar a técnica de colocação de sementes da auriculoterapia a fim de ajudar a recuperação dos distúrbios sistêmicos e regionais, assim como contribuir com o tratamento clínico já instituído.
B ( ) O enfermeiro Sérgio decidirá em não utilizar o tratamento auricular em um ambiente hospitalar, acreditando que o mesmo encontrará resistência entre os profissionais de saúde.
C ( ) O enfermeiro Sérgio decidirá não utilizar o tratamento auriculoterápico por considerar somente indicado para os que não apresentaram melhoras com os tratamentos prescritos pelos profissionais médicos e fisioterapeutas.
D ( ) Todas as opções acima.

GABARITO FUNDAMENTADO

QUESTÃO 1

Opção D — Os princípios fisiológicos que fundamentam a auriculoterapia são semelhantes aos que fundamentam a acupuntura corporal:

O sistema de canais ou meridianos do corpo estão relacionados aos pontos auriculares, com a movimentação do sangue e da energia, com a movimentação do equilíbrio Yin e Yang, com o fortalecimento da energia antipatogênica e a expulsão da patogênica. A MTC tem o seguinte preceito: "Quando os canais estão desobstruídos,

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

não há dor, se estão obstruídos, aparecerá a dor". Quando há um estado patológico, está obstruído algum canal ou meridiano. Podem aparecer, através de ação reflexa, pontos dolorosos tanto em nível somático quanto em nível dos pontos auriculares.

O pavilhão auricular está inervado pricipalmente por nervos do plexo cervical e por nervos cranianos. Os diversos tipos de estímulo aplicados no pavilhão auricular provocam, provavelmente, excitação dos numerosos receptores, que enviam o impulso até ao tronco cerebral (centro reticular) e tálamo, assim como reflexos desencadeiam reações tanto em nível de córtex quanto no Sistema Nervoso Autônomo.

Os processos fisiológicos do organismo humano são mediados por agentes bioquímicos (mecanismos neuro-humorais) como, por exemplo, serotonina, noradrenalina, acetilcolina, entre outros, sendo seus níveis também influenciados pelo tratamento auriculoterápico.

QUESTÃO 2

Opção D — Antes de realizar o tratamento, o enfermeiro deverá avaliar as características dos pontos e regiões do pavilhão através do método de diagnóstico sintetizado, com as seguintes etapas:

1) Observação do pavilhão auricular quanto a mudanças de coloração, descamação, pápulas, aranhas vasculares, que são os sinais mais representativos, podendo assim chegar a determinar se a enfermidade possui um caráter agudo ou crônico e também a sua localização.

2) A palpação é um método muito importante na prática clínica, sendo usado para identificar os pontos dolorosos, mais reversíveis. Associando-se a palpação à observação das marcas que ficam após o exame com um instrumento explorador podemos caracterizar o aspecto agudo ou crônico da enfermidade.

3) Através da exploração elétrica, obtêm-se as reações positivas de pontos através das variações auditivas e/ou visuais do instrumento elétrico utilizado. Podemos também combinar a exploração elétrica com a palpação.

4) A diferenciação de síndromes pode ser conseguida através das informações obtidas pelos métodos anteriores, combinadas com o histórico da enfermidade e os princípios da fisiopatologia, tanto ocidental quanto oriental.

Obs.: Não devemos manipular nem higienizar o pavilhão auricular antes dos procedimentos supra-citados.

Quando existem, nas regiões auriculares, machucados, feridas ou sinais flogísticos, deve-se evitar a auriculoterapia, procurando-se tratar a afecção do pavilhão auricular com a própria auriculoterapia, antes de usá-la no tratamento de outra enfermidade.

Depois de realizado o método de colocação de sementes, o passo mais importante é o auto-estímulo a ser realizado pelo próprio cliente.

Nos casos de reação alérgica, recomenda-se colocar sementes em pontos relacionados ao tratamento de alergia, assim como mudar o tipo de esparadrapo por micropore ou outro antialérgico, sendo às vezes necessário mover levemente ou afrouxar o esparadrapo. O cliente deve ser sempre orientado a comunicar qualquer alteração não prevista pelo terapeuta.

QUESTÃO 3

Opção D — O uso da auriculoterapia é compatível com todas as demais formas de tratamento, tanto físicas quanto emocionais, não apresentando efeitos colaterais e

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

seu uso pode estar associado a outras terapias, dinamizando os efeitos benéficos de qualquer tratamento e além dos efeitos curativos, tem efeitos preventivos, dando ao organismo energia suficiente para prevenir enfermidades.

O método de tratamento por colocação de sementes é simples, amplamente usado na terapia auricular. Este método é relativamente novo e vem se desenvolvendo na China nas últimas duas décadas, já que é mais aceito pelos clientes, sendo menos traumático e doloroso e, entre outras vantagens, sendo de menor custo, podendo tratar um grande número de enfermidades em pessoas de terceira idade.

Como já vimos, a auriculoterapia também está fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa e que os distúrbios de alguns sistemas corpóreos podem ter implicações além da região afetada e estar diretamente relacionados com o sistema de canais ou meridianos do corpo e a manutenção do equilíbrio Yin e Yang.

FLORAIS DE BACH: UMA TERAPIA APLICADA AO CUIDAR HOLÍSTICO DE ENFERMAGEM

Breve Histórico

Uma das terapias naturais que, dentre outras, também vem ganhando grande aceitação pelos clientes como técnica terapêutica é denominada "remédios florais do Dr. Bach" ou, simplesmente, "florais de Bach" que pode ser definida como uma forma de tratamento que utiliza a energia das flores silvestres para equilibrar as emoções que, quando agindo de modo desfavorável, podem favorecer o surgimento de doenças.

Os remédios florais de Bach têm por objetivo principal não a cura direta de sinais e sintomas apresentados durante o curso de um determinado estado patológico, mas sim a busca do equilíbrio emocional do indivíduo através das propriedades das flores e das forças curativas que animam todo o ser vivo.

Esses florais foram estudados e desenvolvidos pelo Dr. Edward Bach, médico inglês que, em 1930, abandonou sua prática médica em Londres após perceber o excessivo materialismo da medicina de seu tempo. Neste período, retirou-se para o campo e começou então a estudar os florais. O Dr. Bach baseava-se na crença pessoal de que as doenças não são apenas causadas por agentes etiológicos alheios ao indivíduo, atribuindo as diversas patologias às desarmonias inerentes ao mesmo, resultado de seus conflitos, traços de personalidade e sentimentos negativos tais como: raiva, inveja, medo, orgulho, ambição e tantos outros que, segundo a sua concepção, são as verdadeiras causas do surgimento de enfermidades.

De início, o Dr. Bach descreveu 12 essências de flores que acreditava contemplar todos os estados de ânimo do indivíduo e tratá-los. Mais tarde, com a continuidade de suas observações e estudos, ampliou para 38 remédios florais, que são utilizados até os dias de hoje. Os 38 remédios florais foram então agrupados em sete categorias, quais sejam: para os que sentem medo; para os que sofrem de indecisão; para os que sentem desinteresse pelas circuntâncias presentes; para a solidão; para os que são excessivamente sensíveis a influências e opiniões alheias; para o desalento ou desespero; para a excessiva preocupação com o bem-estar dos outros.

Para cada uma das categorias acima existe um determinado número de remédios florais que atendem às variantes de indivíduos encontrados nas sete categorias supra-citadas.

Como podemos observar, para que os florais de Bach sejam utilizados de modo correto e eficiente, faz-se necessário observar criteriosamente as atitudes do indivíduo diante das situações que lhe são impostas diariamente, de modo que se evitem impressões errôneas e conseqüente indicação inapropriada dos florais de Bach. Esta técnica terapêutica permite também que o próprio indivíduo escolha os florais in-

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dicados, de acordo com suas necessidades. Para isso, entretanto, faz-se necessário considerável autoconhecimento e percepção acurada das características de sua própria personalidade, o que é bastante difícil para a maioria das pessoas.

Deve-se ressaltar, no entanto, que a terapia floral pode também auxiliar as terapias convencionais. Utilizados dessa forma, os remédios florais do Dr. Bach têm se mostrado bastante eficazes como recursos terapêuticos para as mais diversas condições de abalo à saúde, podendo aumentar o intervalo de tempo de manifestações patológicas recidivantes, de acordo com as características individuais.

Hoje, a terapia floral é uma técnica difundida em quase todo o mundo, existindo vários centros de pesquisa em diversos países que já estão produzindo seus próprios florais, o que vem também acontecendo em nosso país. No Brasil, este recurso terapêutico representa uma das correntes de tratamento "alternativo" de maior aceitação.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1 — Apresentar os remédios florais de Bach como um recurso terapêutico natural aplicado à prática do cuidado de enfermagem ambulatorial a clientes com desordens orgânicas e/ou psíquicas diversas;

2 — Descrever os cuidados necessários a sua aplicação;

3 — Analisar as possibilidades de aplicação do método.

Situação-Problema

A enfermeira Juliana trabalha no ambulatório de um hospital psiquiátrico de média complexidade, no acompanhamento de clientes que apresentam as mais diversas disfunções de ordem emocional. Sua clientela é formada de pessoas de diferentes idades e, portanto, com uma infinidade de variações no que diz respeito a experiências pessoais, traços de personalidade, modo de lidar com situações adversas etc. Vejamos a situação apresentada por uma de suas clientes:

"A senhora Patrícia, 38 anos, encontra-se em acompanhamento no ambulatório há cerca de 01 ano, com diagnóstico de síndrome do pânico, que começou a desenvolver-se após esta sofrer um assalto à mão armada nas proximidades de sua residência. Segundo relato de parentes, a senhora Patrícia sempre se mostrou muito temerosa com relação à violência da cidade onde vive, chegando a ter atitudes superprotetoras com relação aos filhos e marido e apresentando palpitações, pois freqüentemente relatava pressentimentos de acontecimentos ruins, apesar de nunca ter vivenciado nenhuma experiência neste aspecto que pudesse justificar tamanha apreensão. Após o assalto, apresentou agravamento do quadro, não conseguindo sair do prédio onde mora e impedindo que seus filhos também o fizessem. Os parentes foram então orientados a procurar os serviços de Psiquiatria e, desde então, a cliente tem sido acompanhada pelo médico psiquiatra, fazendo uso de psicotrópicos e pela enfermeira Juliana, que tem utilizado como terapia complementar os remédios florais de Bach, notando-se significativa melhora do quadro clínico da senhora Patrícia após passar a associar a terapia floral".

Frente ao exposto, apresentamos algumas questões sobre as possibilidades desta cliente ao utilizar a terapia proposta. Assinale a opção correta.

Questão 2.1

Na sua opinião, quais são os princípios que fundamentam a terapia com os florais de Bach?

A ( ) Para o Dr. Bach, médico que estudou o uso terapêutico das flores, a doença é resultado dos conflitos, traços de personalidade e emoções que podem contribuir para o seu surgimento.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B ( ) A terapia com os florais de Bach busca o restabelecimento do equilíbrio emocional do indivíduo, contribuindo assim para a manutenção de boas condições de saúde do mesmo.

C ( ) Os 38 remédios florais de Bach estão agrupados em sete categorias, que dizem respeito a condições emocionais do indivíduo e ao modo como ele reage diante das situações surgidas no cotidiano.

D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 2.2

Quais foram os cuidados necessários que a enfermeira Juliana precisou ter antes de proceder à terapia floral?

A ( ) A enfermeira Juliana, antes de escolher o floral adequado, procurou ouvir com atenção sua cliente, buscando também fazer um histórico de enfermagem cuidadoso, identificando traços de personalidade da mesma, também do período anterior à manifestação da síndrome.

B ( ) Antes de realizar o tratamento com a terapia floral, a enfermeira procurou saber sobre o diagnóstico de Patrícia e o ansiolítico empregado.

C ( ) A enfermeira, além de encorajar a cliente a dar continuidade ao tratamento, precisou também desenvolver uma relação de confiança com a mesma, respeitando seus limites, estimulando-a a externar seus sentimentos e apontando os progressos apresentados pela cliente.

D ( ) Todas as opções acima.

QUESTÃO 3

Na sua opinião, que outros cuidados a enfermeira Juliana deverá implementar durante o acompanhamento da senhora Patrícia?

A ( ) A enfermeira Juliana deverá estimular a senhora Patrícia a desenvolver o autoconhecimento e a autoconfiança, através da valorização de características que são positivas em sua personalidade.

B ( ) A enfermeira deverá solicitar também o acompanhamento pelo psicólogo, visto ser este o profissional especializado para auxiliar pessoas em situações de crise.

C ( ) A senhora Patrícia deverá ser estimulada a falar sobre suas preocupações e sentimentos; desta forma poderá recuperar a auto-estima e a autoconfiança e estará fornecendo dados importantes para a manutenção e/ou adição de outros florais ao tratamento incialmente estabelecido.

D ( ) Todas as opções acima.

GABARITO

QUESTÃO 2.1

Opção D — A terapia com os florais de Bach está fundamentada no fato de que o ser humano convive com uma série de emoções e com sua personalidade, sendo a última construída ao longo da vida, de acordo com suas experiências, estrutura familiar e outras.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Essas emoções, quando em desequilíbrio, podem favorecer o surgimento de estados patológicos o que, em última análise, faz das emoções as verdadeiras causas do estado de saúde ou morbidez.

Para os diversos estados de ânimo, foram desenvolvidos florais, que agem de forma a restabelecer o equilíbrio emocional. Os 38 remédios florais de Bach estão, assim, agrupados em sete categorias, conforme já descrito anteriormente.

Cabe, portanto, ao terapeuta ou ao próprio cliente identificar qual o floral mais indicado às suas necessidades, o que requer observação cuidadosa do cliente com relação a si próprio e do terapeuta, buscando um melhor "diagnóstico".

Para o estudo clínico apresentado e a título de exemplo, o floral mais indicado seria o *Mimulus gutttatus*, cuja chave de escolha é o "medo da vida", achando sempre que coisas terríveis estão para acontecer, conforme se apresenta a senhora Patrícia.

QUESTÃO 2.2

Opção D — Um dos pontos mais importantes e cruciais na escolha dos florais de Bach é a observação e identificação segura por parte do terapeuta ou do próprio cliente dos estados de ânimo e características de personalidade. Feito este diagnóstico, pode-se então proceder à utilização dos florais de Bach, tendo-se o cuidado de realizar o acompanhamento do cliente, de modo que o diagnóstico seja sempre o mais fidedigno possível, ao longo do período de tratamento.

QUESTÃO 2.3

Opção D — Além do tratamento alopático e com os florais de Bach, alguns cuidados de enfermagem são necessários para o sucesso do tratamento. Os indivíduos que sofrem de ansiedade/medo possuem carência de auto-estima e autoconfiança, necessitando desenvolver essas características. O enfermeiro tem um importante papel no auxílio à reconstrução dessas atitudes de autoconfiança, podendo e devendo oferecer atividades que favoreçam a socialização/recreação desses clientes, reconhecendo seus sucessos diários. Deverá também auxiliar o cliente em questão a falar sobre seus medos e ansiedades, levando ao enfrentamento dos mesmos, procurando sempre manter, junto ao cliente, atitudes positivas.

Outro fator importante diz respeito ao acompanhamento pelo serviço de psicologia, o que ajudará o cliente a lidar melhor com suas ansiedades, permitindo que o mesmo modifique sua atitude frente a situações que lhe trazem dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARNARD, J. Um guia para os remédios florais do Dr. Bach. São Paulo: Pensamento, 1990.
2. BASTOS, SRC. Tratado de eletroacupuntura: perspectivas científicas, teoria e prática. Rio de Janeiro: Numen, 2001.
3. BONTEMPO, M. Medicina natural. São Paulo: Nova Cultural, 1994.
4. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. "Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Resolução 197 de 19 de março de 1997". Documentos Básicos. 6. ed. Rio de Janeiro: COFEN, 2000.
5. GARCIA, EG. Auriculoterapia. São Paulo: Roca, 1999.
6. NOGIER, P. Traité d'auriculotherapia. Paris: Masson, 1993.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

7. PETTITT, S. Essências florais e marinhas do Pacífico (medicina energética). São Paulo: Aquariana, 1993.
8. SANTOS, I et al. Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções. vol. 1. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
9. SCHEFFER, M. Terapia floral do Dr. Bach: teoria e prática. São Paulo: Pensamento, 1981.
10. SOUZA, MP. Tratado de auriculoterapia. Brasília: Look Gráfica e Editora, 2001.
11. WHEELER, FJ. Repertório dos remédios florais do Dr. Bach. São Paulo: Pensamento, 1990.
12. WILLS, P. Manual de reflexologia. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.
13. XINNONG, C. Acupuntura e moxabustão chinesa. São Paulo: Roca, 1999.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Índice Remissivo

A

Ácidos graxos insaturados, 386
Acinetobacter, 379
Acolhimento como instrumento
  terapêutico, 65-70
  despertar para um cuidado humanizado, 69
  estratégias para um acolher terapêutico, 67
  fragmentos do cotidiano, 68
  mobilização dos afetos, 65
Afecções cutâneas, promoção de conforto e auto-estima de pessoas com, 395-405
  auto-estima em clientes estigmatizados, 403
  contribuições das pesquisas realizadas para uma redefinição do cuidar de clientes com afecção cutânea, 397
  dificuldades observadas na atuação dos profissionais em dermatologia, 398
  evidências de descuidado, 404
  objetivos de aprendizagem, 395
  organização da unidade de internação, 398
  principais conseqüências sofridas pelo portadores de afecções cutâneas, 396
Alginato de cálcio, 387
Alteração(ões)
  da temperatura corporal, 240
  de consciência – estupor e coma, 86
  psicossociais da uremia, 314
Ambiente cirúrgico, cliente no, 289-298
  possibilidades da prática de enfermagem, 291
Aminofilina, 199
Amiodarona, 200
Antibioticoterapia
  para o tratamento de feridas, indicação da, 384
  sistêmica, 384
Aparelho respiratório, exame físico do, 72
  ausculta, 73
  inspeção dinâmica, 72
  palpação, 73
  percussão, 73
  ruídos adventícios, 74
Aprendizagem nutricional, verificação da, 239
Artéria pulmonar, ruptura da, 268
Atenção de enfermagem
  aos clientes com problemas cardiológicos, 299-309
  alívio da dor e do desconforto, 321
  alterações psicológicas, 320
  atribuições da central de transplantes, setor de procura de órgãos e equipes médicas de transplantes, 324
  carta para um rim, 339
  compatibilidade HLA, 329
  conceitos sobre imunidade, 325
  cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal, 322
  educação do cliente, 314
  entrevista para alta, 338
  folha de avaliação de enfermagem em nefrologia, 315
  histórico de transplante renal e a ética neste procedimento, 323
  HLA, 329
  intervenções de enfermagem nas situações de problema arterial coronariano, 301
  manifestações clínicas da uremia, 312
  necessidade de aprendizagem, 320
  objetivos da aprendizagem, 299
  orientação do cliente, 328

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

na situação de pré-operatório, 328
para o autocuidado, medicação imunossupressora, 336
plano de cuidados de enfermagem/metas e intervenções, 319
problemas clínicos de enfermagem em nefrologia, 311
prova cruzada, 331
sugestão de modelo de plano assistencial de enfermagem no pós-operatório, 335
em nefrologia clínica cirúrgica e o cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal, 311-340
carta para um rim, 339
Atendimento
de emergência intra-hospitalar e sistema de triagem, 181-186
inicial ao paciente com trauma multissistêmico, 187-192
atendimento pré-hospitalar, 188
critérios para redução da morbimortalidade da vítima criticamente traumatizada, 187
emergência, 188
definição, 188
prioridade 1, situação aguda, 189
prioridade 2, situação de urgência, 189
prioridade 3, situação não-urgente, 190
prioridade 4, situação em que o cliente pode ser orientado a dirigir-se a um serviço de atenção primária ou secundária, 191
prioridade 5, situação em que o cliente pode ser tratado no próprio domicílio, 191
urgência, 188
definição, 189
Auriculoterapia, 523
Ausculta, 73
Auto-estima, 248
Avaliação diagnóstica de clientes com problemas neurológicos, 84
exame
cerebrovascular, 86
da coordenação, equilíbrio e marcha, 85
do estado mental, 84
do sistema motor, 85
dos nervos cranianos, 85
neurológico, 84
teste
autonômico, 86
de reflexos, 86
de sensibilidade, 85
Azatioprina, 336

B

Bach, florais de, 523
Bacteremia, 378
Balanço
ácido-básico, alterações no, 312
de líquidos, alterações no, 312
Basiliximab, 338
Bioimpedância elétrica torácica, 75
Biópsia, 81
renal, 81
vantagens e desvantagens da, 381
vesical, 82
Broncoscopia, 80

C

Cálcio, alginato de, 387
Cateterismo cardíaco
direito, 75
esquerdo, 75
Cefaléia, 88
Central de transplantes, atribuições da, 324
Centros de vida independente, 464
Cicatrização, caracterização do prolongamento da, 379
Ciclosporina, 337
Claudicação intermitente, 79
Cliente(s)
em reabilitação, lesões neurológicas, 421-444
autoconhecimento, 429
escaras, 429
esclerose lateral amiotrópica, 428
orientação sobre cuidados simples de enfermagem, 432
reabilitação enquanto processo de respostas singulares do corpo, 426
reações comuns na constatação da realidade, 432
idoso internado, 407-420
como abordar o idoso, 410

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cuidados específicos com o paciente portador de distúrbios cognitivos, 413
dependência e envelhecimento, 412
desamparo e solidão da terceira idade, 415
desenvolvimento do tema, 409
fatores de risco em envelhecimento, 411
no ambiente cirúrgico, 289-298
possibilidades da prática de enfermagem, 291
Coma, 86
Comissões administrativas no cenário hospitalar, 105-127
características das comissões, 110
desvantagens das comissões, 108
estatutos, comissões e atribuições, 112
estatuto da comissão de fármacia e terapêutica, 112
de análise de óbito e biópsias, 114
de ética multiprofissional, 115
de revisão de prontuário, 117
estatuto do comitê da qualidade, 119
de ética em pesquisa, 122
Portaria 2.616, de 12 de maio de 1998
vantagens das comissões, 107
Compatibilidade HLA, 329
Constipação intestinal, 173
Corpo
de enfermagem, conceito, 10
do cuidado de enfermagem, 9
Cuidado
clínico, definição do, 8
do pessoal de enfermagem e da qualidade do cuidar, 149-155
objetivos da aprendizagem, 150
situação problemática, 150
humanizado, despertar para um, 69
Cuidar
de clientes em situação de doenças transmissíveis, 365-374
corpo contato/contágio
exposição à saúde e à doença, 366
jeito de ser e um estilo de cuidar e de ter cuidado com o corpo, 370
de longo prazo e reabilitação do cliente, 445-482
causas de lesão medular traumática, 453
centros de vida independente, 464
decobrindo-se como deficiente, 454
enfocar enfermagem em reeducação vesicointestinal, 456
importância da dieta adequada, 462
manuseio das cadeiras de rodas e higiênica, 474
mudança de decúbito/posicionamento, 474
problema com a auto-estima, 459
retrospectiva, 448
setor de lesão medular, 466
viabilização do transporte aéreo para o centro de reabilitação, 471
visita no pré-alta, 468
Culturas de feridas, microrganismos mais encontrados nas, 381

D

Daclizumab, 337
Danos à integridade cutânea, 243
Desejo de tossir, 76
Digoxina, 200
Dinitrato de isosorbide, 200
Dispnéia, 77
Distúrbios
da imagem corporal, 247
da micção, 216
de líquidos e eletrólitos, 335
Doença(s)
cardiovasculares e cardiorrespiratórias, situações problemáticas em, 77
cansaço e fraqueza, 78
claudicação intermitente, 79
dispnéia, 77
dor torácica central, 77
edema, 78
hemoptise, 78
tosse, 78
neurológica degenerativa, 428
transmissíveis, cuidar de clientes em situação de, 365-374
corpo contato/contágio
exposição à saúde e à doença, 366
jeito de ser e um estilo de cuidar e de ter cuidado com o corpo, 370
Dor torácica central, 77
Dosagem de gases arteriais, 81
biópsia
renal, 81

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vesical, 82
endoscopia, 81
métodos de imagem, 81

E

Ecocardiograma, 74
Eco-cuidado, 29
Eco-cuidar, 32
Ecologia do ambiente terapêutico do cuidar, 21-35
conceito de ecologia, 23
eco-cuidado, 29
eco-cuidar, 32
Edema, 78
cerebral, 88
Educação para a saúde, 163
Eixos da taxonomia da NANDA, 46
Elementos
das intervenções de enfermagem, 49
facilitadores da relação entre as pessoas, 66
Embolia pulmonar, 268
Emergência, 188
definição, 188
Endocardite, 268
Endoscopia, 81
Enfermagem
ambulatorial, cliente em condição crônica de saúde, 159-179
consulta de enfermagem, 162
educação para a saúde, 163
situações problemáticas, 164
grupo de convivência, 169
hipertensão arterial, 167
clínica no ambiente terapêutico
hospitalar, 3-20
objetivos de aprendizagem, 4
questões, 8
situações problemáticas, 5
situação 1, 5
como instituição hospitalar, 93-104
e terapia não-convencional, 485-493
suporte terapêutico não-convencional, 486
no pós-operatório, 242
Equipes médicas de transplantes, 324
Escala de Glasgow, 87
Escaras, 429
Escarro, exame do, 80
Escherichia coli, 378
Esclerose lateral amiotrópica, 428
Estado mental exame do, 84
Estatuto
da comissão
de análise de óbito e biópsias, 114
de ética multiprofissional, 115
de revisão de prontuário, 117
de fármacia e terapêutica, 112
do comitê
da qualidade, 119
de ética em pesquisa, 122
Estratégias para um acolher terapêutico, 67
Estrutura
da NOC, 53
taxonômica da NIC, 50
Estupor, 86
Exame(s)
bacteriológico das feridas, 380
cerebrovascular, 86
complementares à avaliação
diagnóstica do cliente com problemas respiratórios, 79
biópsias, 81
broncoscopia, 80
dosagem de gases arteriais, 81
biópsia renal, 81
biópsia vesical, 82
endoscopia, 81
métodos de imagem, 81
exame do escarro, 80
punção pleural, 81
raios X, 79
ressonância nuclear magnética, 81
técnicas de alergia cutânea, 80
da coordenação, equilíbrio e marcha, 85
diagnósticos complementares e cuidados necessários, 74
métodos invasivos, 75
cateterismo cardíaco direito, 75
cateterismo cardíaco esquerdo, 75
métodos não-invasivos, 74
bioimpedância elétrica torácica, 75
ecocardiograma, 74
imagem cardíaca por ressonância magnética, 75
tonometria, 75
do estado mental, 84
do sistema motor, 85
dos nervos cranianos, 85
físico do aparelho respiratório, 72

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ausculta, 73
inspeção dinâmica, 72
palpação, 73
percussão, 73
ruídos adventícios, 74
neurológico, 84
Exsudato, tipos de, 380

F

Ferida(s)
infectadas, cuidar de clientes com, 375-393
antibioticoterapia sistêmica, 384
avaliação dos sinais e sintomas de infecção, 378
caracterização do prolongamento da cicatrização, 379
coleta de material, 383
cuidados preventivos para clientes com feridas, 388
recomendações para uso de isolamento, 389
utilização de isolamento, 388
exame bacteriológico das feridas, 380
indicação da antibioticoterapia para o tratamento de feridas, 384
infecção bacteriana, como ocorre a, 376
método(s)
de irrigação, aspiração e utilização do *Swab*, 382
de realização de culturas, 381
microrganismos mais encontrados nas culturas de feridas, 381
sinais clínicos de infecção de uma lesão, 377
situações de risco, 376
tipos de exsudato, 380
tratamento tópico de feridas infectadas, 385
vantagens e desvantagens da biópsia, 381
operatória, 335
Fitoterapia e enfermagem, 513-521
dados históricos e importância da fitoterapia, 513
fundamentos sobre os estudos fitoterápicos e o cuidar, 515
práticas fitoterápicas em enfermagem, 517
Florais de Bach, 523
Folha de avaliação de enfermagem em nefrologia, 315
Formulários que compõem o prontuário do cliente, 138
Fragmentos do cotidiano, 68
Fraqueza, 78

G

Gases arteriais, dosagem de, 81
biópsia
renal, 81
vesical, 82
endoscopia, 81
métodos de imagem, 81
Gasometria, 81
Glasgow, escala de, 87
Globulina antilinfócito, 338
Guillain-Barré, síndrome de, 88

H

Hemoptise, 78
Hemorragia cerebral, 88
Hidrocolóides, 386
Hiperglicemia, 272
Hipertensão arterial, 167
Histórico de transplante renal e a ética neste procedimento, 323
HLA, 329

I

Imagem
cardíaca por ressonância magnética, 75
corporal, 247
distúrbios da, 247
Imunidade, conceitos sobre, 325
Infarto pulmonar, 268
Infecção
bacteriana, 376
virótica, 88
Informática, enfermeira especialista em, 131
Inspeção dinâmica, 72
Integridade cutânea, danos à, 243
Intervenções de enfermagem
em perioperatório, 209-225
distúrbios da micção, 216

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

enfermagem
na fase pré-operatória do cliente, 214
no transoperatório, 218
linguagem diagnóstica de enfermagem na recepção pré-operatória, 219
objetivos operacionais de aprendizagem, 211
no intra-operatório, 227-249
Intra-operatório, intervenções de
enfermagem no, 227-249
a aprendizagem, 231
ações no intra-operatório, 227
auto-estima, 248
avaliação da aprendizagem,
alteração da temperatura corporal, 240
função respiratória, 241
padrão de eliminação, 239
enfermagem no pós-operatório, 242
medo, 246
potencial para infecção e danos à integridade cutânea, 243
recuperação cirúrgica prolongada, 242
verificação da aprendizagem nutricional, 239
Iodo, solução aquosa de, 386

L

Lesão medular traumática, causas de, 453
Leucocitose, 380
Lidocaína, 200
Linguagem diagnóstica de enfermagem na recepção pré-operatória, 219

M

Material para punção venosa profunda, 267
Medicação imunossupressora, 336
Medida de pH intramucoso, 75
Medo, 246
Meningite bacteriana, 88
Mesencéfalo, 422
Método(s)
de irrigação, aspiração e utilização do *Swab*, 382
de realização de culturas, 381
Micção, distúrbios da, 216
Micofenolato mofetil, 337
Microrganismos mais encontrados nas culturas de feridas, 381
Mobilização dos afetos, 65
Morte cerebral, 348
Movimento da enfermagem, processo do, 11

N

NANDA, princípio organizador da taxonomia da, 42
Nefrologia clínica cirúrgica, atenção de enfermagem em, e o cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal, 311-340
alívio da dor e do desconforto, 321
alterações psicológicas, 320
atribuições da central de transplantes, setor de procura de órgãos e equipes médicas de transplantes, 324
compatibilidade HLA, 329
conceitos sobre imunidade, 325
cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal, 322
educação do cliente, 314
entrevista para alta, 338
folha de avaliação de enfermagem em nefrologia, 315
histórico de transplante renal e a ética neste procedimento, 323
HLA, 329
manifestações clínicas da uremia, 312
necessidade de aprendizagem, 320
orientação do cliente
na situação de pré-operatório, 328
para o autocuidado, medicação imunossupressora, 336
plano de cuidados de enfermagem/ metas e intervenções, 319
problemas clínicos de enfermagem em nefrologia, 311
prova cruzada, 331
sugestão de modelo de plano assistencial de enfermagem no pós-operatório, 335
Nervos cranianos, exame dos, 85
NIC (v. Sistema de classificação de intervenções de enfermagem)
Nitroglicerina, 200

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nitroprussiato de sódio, 200
NOC (v. Sistema de classificação de resultados de enfermagem)
North American Nursing Diagnosis Association (v. NANDA)
Nursing Interventions Classification (v. NIC)
Nursing Outcomes Classification (v. NOC)

O

OKT3, 338

P

Palpação, 73
Palpitação, 76
Papaína, 387
Pele, alterações da, 312
Percussão, 73
Perioperatório, intervenções de enfermagem em, 209-225
  distúrbios da micção, 216
  enfermagem
    na fase pré-operatória do cliente, 214
    no transoperatório, 218
  linguagem diagnóstica de enfermagem na recepção pré-operatória, 219
  objetivos operacionais de aprendizagem, 211
pH intramucoso, 75
Plantas medicinais no cuidar de enfermagem hospitalar, uso de, 495
Porcentagem de anticorpos reativos, 332
Portaria 2616, de 12 de maio de 1998
Pós-operatório, enfermagem no, 242
Potencial para infecção e danos à integridade cutânea, 243
Prednisona, 337
Procedimentos de enfermagem na terapêutica medicamentosa e em urologia, 193-207
  administração de drogas, 199
  procedimento em urologia, 203
  situações problemáticas, 194
Procedimentos efetuados pós-morte, 146
Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional, 37-63
  o cuidar e o processo de enfermagem, 37
  sistemas de classificação em enfermagem, 41
    classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), 56
      componentes da, 57
      fenômeno e diagnóstico de enfermagem, 59
      objetivos da, 57
    conceito de sistemas de classificação, 41
    estímulo da utilização dos, 42
    precursores dos, 41
    sistema de classificação
      de diagnósticos de enfermagem da NANDA, 42
      de intervenções de enfermagem (NIC), 49
      de resultados de enfermagem (NOC), 52
    vinculação dos sistemas de classificação NANDA, NIC e NOC, 55
Promoção de conforto e auto-estima de pessoas com afecções cutâneas, 395-405
  auto-estima em clientes estigmatizados, 403
  contribuições das pesquisas realizadas para uma redefinição do cuidar de clientes com afecção cutânea, 397
  dificuldades observadas na atuação dos profissionais em dermatologia, 398
  evidências de descuidado, 404
  objetivos de aprendizagem, 395
  organização da unidade de internação, 398
  principais conseqüências sofridas pelo portadores de afecções cutâneas, 396
Pronto-socorro, encaminhamento em, 144
Prontuário(s)
  do cliente, formulários que compõem o, 138
  sugestões para a melhora das anotações em, 139
Prova cruzada, 331
Pseudomonas aeruginosa, 378

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Punção
pleural, 81
venosa profunda, material para, 267

R

Raios X, 79
Rapamune, 337
Recuperação cirúrgica prolongada, 242
Reeducação vesicointestinal, enfocar enfermagem em, 456
Registros como meio de informação e integração na enfermagem e equipe multidisciplinar, 135-148
dados considerados nos registros do cliente, 136
encaminhamento em pronto-socorro, 144
formulários que compõem o prontuário do cliente, 138
o que abrange a comunicação formal acerca do cliente, 137
procedimentos efetuados pós-morte, 146
sugestões para a melhora das anotações em prontuários, 139
universalidade dos registros, 140
Reprogramação músculo-articular, terapia natural aplicada ao cuidar de enfermagem ambulatorial, 505-512
Ressonância nuclear magnética, 81
Resultado de enfermagem, seleção de um, 53
Ruídos adventícios, 74
Ruptura da artéria pulmonar, 268

S

Sedentarismo, 305
Semiologia, 71
exame físico do aparelho respiratório, 72
ausculta, 73
inspeção dinâmica, 72
palpação, 73
percussão, 73
ruídos adventícios, 74
realização do exame físico, 72
Semiotécnica, semiologia em enfermagem e exames complementares diagnósticos, 71-90
alterações de consciência – estupor e coma, 86
avaliação diagnóstica de clientes com problemas neurológicos, 84
exame
cerebrovascular, 86
da coordenação, equilíbrio e marcha, 85
do estado mental, 84
do sistema motor, 85
dos nervos cranianos, 85
neurológico, 84
teste
autonômico, 86
de reflexos, 86
de sensibilidade, 85
exames complementares à avaliação diagnóstica do cliente com problemas respiratórios, 79
biópsias, 81
broncoscopia, 80
dosagem de gases arteriais, 81
biópsia renal, 81
biópsia vesical, 82
endoscopia, 81
métodos de imagem, 81
exame do escarro, 80
punção pleural, 81
ressonância nuclear magnética, 81
técnicas de alergia cutânea, 80
X, 79
exames diagnósticos complementares e cuidados necessários, 74
métodos invasivos, 75
cateterismo cardíaco direito, 75
cateterismo cardíaco esquerdo, 75
métodos não-invasivos, 74
bioimpedância elétrica torácica, 75
ecocardiograma, 74
imagem cardíaca por ressonância magnética, 75
tonometria, 75
semiologia, 71
exame físico do aparelho respiratório, 72
ausculta, 73
inspeção dinâmica, 72
palpação, 73
percussão, 73
ruídos adventícios, 74

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

realização do exame físico, 72
semiotécnica, 71
situações problemáticas em doenças cardiovasculares e cardiorrespiratórias, 77
cançaso e fraqueza, 78
claudicação intermitente, 79
dispnéia, 77
dor torácica central, 77
edema, 78
hemoptise, 78
tosse, 78
tensão intracraniana/edema cerebral, 88
cefaléia, 88
Sensação de calor, 76
Setor de procura de órgãos e equipes médicas de transplantes, 324
Síndrome de Guillain-Barré, 88
Sistema(s)
de classificação em enfermagem, 41
classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), 56
objetivos da, 57
componentes da, 57
fenômeno e diagnóstico de enfermagem, 59
conceito de sistemas de classificação, 41
de diagnósticos de enfermagem da NANDA, 42
de intervenções de enfermagem (NIC), 49
de resultados de enfermagem (NOC), 52
estímulo da utilização dos, 42
precursores dos, 41
vinculação dos sistemas de classificação NANDA, NIC e NOC, 55
de comunicação e informação em saúde, 129-134
enfermeira especialista em informática, 131
enfermeiro e implantação de sistemas de informação informatizados em saúde, 131
objetivos de aprendizagem, 130
de cuidados intensivos, enfermagem no, 253-275
material para punção venosa profunda, 267
uso de tubos traqueais em UTI, 256
de triagem e o atendimento de emergência intra-hospitalar, 181-186
motor, exame do, 85
Situações do viver/morrer, contribuições para o cuidar, 341-362
Solução aquosa de iodo, 386
Staphylococcus aureus, 378
Sulfadiazina de prata, 387
Suporte terapêutico não-convencional, 486

T

Tabagismo, 305
Tacrolimus, 337
Taxonomia da NANDA, princípio organizador da, 42
Técnicas de alergia cutânea, 80
Temperatura corporal, alteração da, 240
Tempo da enfermagem, 8
Tensão intracraniana, 88
Terapia não-convencional, enfermagem e, 485-493
suporte terapêutico não-convencional, 486
Teste
autonômico, 86
de reflexos, 86
de sensibilidade, 85
Tonometria, 75
Tosse, 78
Trabalho em saúde, 13
Transplante renal, atenção de enfermagem em nefrologia clínica cirúrgica e o cuidar dialógico de enfermagem em, 311-340
alívio da dor e do desconforto, 321
alterações psicológicas, 320
atribuições da central de transplantes, setor de procura de órgãos e equipes médicas de transplantes, 324
compatibilidade HLA, 329
conceitos sobre imunidade, 325
cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal, 322

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

educação do cliente, 314
entrevista para alta, 338
folha de avaliação de enfermagem em nefrologia, 315
histórico de transplante renal e a ética neste procedimento, 323
HLA, 329
manifestações clínicas da uremia, 312
necessidade de aprendizagem, 320
orientação do cliente
na situação de pré-operatório, 328
para o autocuidado, medicação imunossupressora, 336
plano de cuidados de enfermagem/ metas e intervenções, 319
problemas clínicos de enfermagem em nefrologia, 311
prova cruzada, 331
sugestão de modelo de plano assistencial de enfermagem no pós-operatório, 335
Traqueostomia, 255
Trauma multissistêmico, atendimento inicial ao paciente com, 187-192
atendimento pré-hospitalar, 188
critérios para redução da morbimortalidade da vítima criticamente traumatizada, 187
emergência, 188
definição, 188
prioridade 1, situação aguda, 189
prioridade 2, situação de urgência, 189
prioridade 3, situação não-urgente, 190
prioridade 4, situação em que o cliente pode ser orientado a dirigir-se a um serviço de atenção primária ou secundária, 191
prioridade 5, situação em que o cliente pode ser tratado no próprio domicílio, 191
urgência, 188
definição, 189
Trombose, 268
cerebral, 88
Tubos traqueais em UTI, uso de, 256
Tumor medular, 88

U

Unidade
de cuidados intensivos,
implementação do processo de enfermagem na, 277-288
desenvolvimento, 278
modelo de processo de enfermagem, 278
planejamento do cuidado de enfermagem, 278
situação do cliente, 279
objetivos da aprendizagem, 277
de transplante, 328
Uremia
alterações psicossociais da, 314
manifestações clínicas da, 312
Urgência, 188
definição, 189
UTI, uso de tubos traqueais em, 256

V

Verapamil, 201
Vítima criticamente traumatizada, critérios para redução da morbimortalidade da, 187