

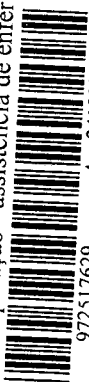
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

AMPUTAÇÃO - ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO  
INDIVIDUO E FAMILIA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0214

Autor: Tavares, Maria Se

Título: Amputação - assistência de enfer



972517629

Ac. 241009

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

MARIA SELOI COELHO TAVARES

NEZI MARIA MARTINS

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0214  
Ex.1

FLORIANOPOLIS, DEZEMBRO - 1992

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Enfermagem

VIIIª Unidade Curricular

Amputação - Assistência de Enfermagem ao indivíduo e família

Relatório

Graduandas: Maria Seloí Coelho Tavares

Nezi Maria Martins

Supervisora: Cleusa Rios Martins

Orientadora: Marcia Maria Jordão

Florianópolis, - Dezembro - 1992.

"Aquele que conhece a Essência, transcende a causalidade e alcança a liberdade harmoniosa da Vida, porque ela é originariamente sem distorções."

-Masaharu Taniguchi-

Aos nossos pais que sempre  
estiveram próximos, nos  
apoiando e estimulando

Aos nossos companheiros e filho, que nos apoiaram e estimularam, suportando todo o período em que durou este estudo, abrindo mão de momentos de nosso convívio com carinho e compreensão

## AGRADECIMENTOS

A professora Cleusa Rios Martins, pela orientação que nos permitiu acreditar neste trabalho, como etapa de crescimento pessoal e pelo constante estímulo, compreensão e suporte dispensados nos momentos de hesitação.

A Márcia Maria Jordão, Enfermeira-Chefe da Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Universitário pelo e apoio e troca de informações no campo da prática.

Aos clientes que sofreram amputação e suas famílias por terem contribuído com este estudo.

A equipe multidisciplinar da Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Universitário, especialmente a de enfermagem pelos ricos momentos de crescimento profissional conjunto.

A Dr<sup>ª</sup> Mercedes Trentini e Dr<sup>ª</sup> Lygia Paim pela colaboração e através das informações, apoio e compreensão dispensados.

A Dalva Irani Grudtner, Denise Guerreiro Vieira da Silva e Maria Inês Bez Kroeger, professoras do Departamento de Enfermagem, pelo apoio e colaboração através de bibliografias.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho.

## SUMARIO

	Página
1 - Introdução .....	07
2 - Referencial teórico .....	13
3 - Metodologia.....	22
4 - Apresentação e avaliação dos resultados .....	27
5 - Estudo de caso .....	71
6 - Relato de experiências .....	83
7 - Conclusão .....	91
8 - Referências bibliográficas .....	104
9 - Bibliografia consultada .....	106
10 - Anexos .....	108

## 1 - INTRODUÇÃO

Durante o estágio de administração (7ª fase curricular) realizado na CC - II do Hospital Universitário, tivemos a oportunidade de conhecer as pessoas que se submetiam a algum tipo de amputação. Percebemos que eram pessoas emotivas, aparentemente carentes de afeto, o que nos deixou preocupadas, pois, muitas vezes não sabíamos o que fazer diante de tal situação. Passamos a refletir sobre esses pacientes e suas famílias, sentimos que a necessidade deles estava além do tratamento das lesões cirúrgicas. Por outro lado, ao buscar registros nos prontuários sobre o observado, constatamos que pouco ou quase nada é anotado sobre os aspectos emocionais das pessoas que sofrem algum tipo de amputação, e quando há alguma anotação de queixa, não são tomadas providências para minimizar este problema.

A percepção de tais limitações na assistência hospitalar nos levou a buscar uma literatura que apontasse caminhos para a crítica e a superação desta insuficiência. Com efeito, vários autores consideram a necessidade de uma assistência mais ampla nestes casos. CARVALHO (1984), por exemplo, ressalta que "a resposta à amputação é individual e pode ser afetada por vários fatores como idade, auto-admiração, estado emocional e situação sócio-econômica e requer cuidados que vão além dos próprios da cirurgia, principalmente, apoio emocional, objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da auto-imagem."



Esta experiência que vivenciamos, conjugada à obrigação acadêmica de executarmos projeto assistencial na conclusão do Curso de Enfermagem, nasceu o nosso interesse em realizarmos o trabalho naquela unidade cirúrgica e tendo como objetivo geral a prestação de assistência de enfermagem às pessoas que sofrem algum tipo de amputação, bem como às suas famílias. Acreditamos na relevância desse trabalho, como meio de proporcionar uma assistência de enfermagem que diminua o sofrimento dessas pessoas, ajudá-las a se adaptar a essa nova situação e facilitar o retorno ao seu meio, bem como proporcionar à equipe de enfermagem que assiste esses clientes, subsídios que permitam planejar a assistência, ajustada aos problemas e peculiaridades individuais.

As características do trabalho que propúnhamos exigiam claramente uma fundamentação teórica que extrapolasse os meros aspectos fisiológicos da assistência de saúde, dando suporte a uma intervenção de enfermagem que abrangesse também a dimensão emocional dos pacientes. Na busca decorrente dessa exigência que nos era posta, tivemos contato, através de VIEIRA (A Fonte indivíduo-grupo: Uma prática do modelo de adaptação), com o modelo de Adaptação de Enfermagem proposto por Sister Callista Roy. O modelo de Roy parte da consideração de que o homem é um ser biopsicossocial, funcionando como um "sistema de adaptação" na busca de um equilíbrio dinâmico com um meio ambiente sujeito a frequentes mutações que o submetem a variados estímulos e que lhe impõem respostas. A adaptação do homem a estas mudanças ambientais se processa em quatro diferentes domínios ("modos de adaptação") - fisiológico, do auto-conceito, do exercício do papel e da interdependência -, através dos quais ele responde aos estímulos. Para Roy, o indivíduo com problemas de

adaptação constitui o "cliente" da enfermagem, cuja meta é justamente promovê-la.

Julgando o modelo suficientemente abrangente e consistente para fazer face às necessidades que vislumbrávamos, tanto a nível do referencial de análise quanto a nível de intervenção prática, acabamos por elegê-lo como teoria de base para o nosso trabalho. Também estabelecemos como problema de estudo a identificação das habilidades e mecanismos evidenciados pelas pessoas internadas e famílias ao se depararem com uma cirurgia de amputação, bem como definimos como objetivo específico a busca, junto ao paciente e sua família, de formas de adaptação diante da amputação. O contato com outras literaturas, serviu de base para a definição de mais um objetivo específico para o trabalho: o cotejo da expressão de sentimentos de perda em relação à amputação pelos pacientes submetidos à cirurgia e por seus familiares.

Após termos definido as características básicas (supra-relatadas), passamos à confecção do projeto a ser executado, atividades em que nos detivemos durante duas semanas. Com o título "Amputação - Assistência de enfermagem ao indivíduo e família", o projeto foi apresentado em sala de aula no dia 15 de setembro de 1992. Sua execução (e o estágio, portanto) foi iniciada no dia seguinte e encerrada a 18 de novembro, na Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário (UFSC). A descrição dos fatos relacionados a esta execução do estágio constitui a matéria principal deste trabalho. É importante ainda frisarmos que, no decurso de todo o estágio, continuamos a fazer novas leituras, cumprindo vários objetivos: a busca de subsídios para o enfrentamento de questões práticas que nos eram postas pelo dia-a-dia no Hospital e, de modo mais amplo, para uma

relação mais efetiva entre teoria e prática; a absorção de conhecimentos que pudessem ampliar os horizontes da nossa intervenção; uma melhor compreensão do modelo teórico que fundamentou o nosso trabalho.

O relatório está dividido em seis partes distintas, sendo que a primeira delas apresenta o referencial teórico do trabalho. Basicamente, situamos as linhas gerais do Modelo de Adaptação de Enfermagem de Callista Roy, apresentando seus pressupostos teóricos, seus conceitos fundamentais e as características do processo de enfermagem por ele proposto. Acrescentamos ainda outros referenciais de análise que foram importantes na execução do trabalho, como, por exemplo, contribuições ao estudo dos sentimentos de perda.

A segunda parte é relativa aos aspectos metodológicos do projeto. Descrevemos o local de sua realização e definimos a amostra, assim como descrevemos os quatro instrumentos utilizados (os dois primeiros, para coleta de dados e para a intervenção junto aos pacientes são próprios do processo proposto por Roy; o terceiro é um roteiro que elaboramos para orientar nossas entrevistas com os familiares; e, o último foi o teste das cores de Luscher, que empregamos tanto para a obtenção de informações psicológicas sobre os pacientes quanto para promover uma melhor interação com os mesmos). Ainda nesta parte, descrevemos as estratégias que definimos e empregamos para a perseguição dos objetivos do projeto.

A terceira parte é relativa aos resultados obtidos na realização do estágio: o levantamento dos comportamentos dos pacientes, sua categorização e enquadramento segundo os quatro modos adaptativos de Roy; a identificação dos sentimentos de perda dos pacientes individuais, bem como o estabelecimento de relações comparativas; o

relato das intervenções realizadas e da aplicação dos vários instrumentos; a avaliação dos resultados obtidos.

A quarta parte constituiu-se na apresentação de um estudo de caso e na quinta, fazemos o relato de duas experiências vivenciadas no estágio. Por fim, na sexta e última parte, apresentamos as conclusões a que chegamos, dando conta do problema proposto para o trabalho. Como complemento, fazemos algumas considerações finais que remetem a dois temas bastante distintos, se recortados enquanto objetos de estudo, mas que a vida se encarrega de ligar. O primeiro diz respeito à realidade do hospital e das práticas hospitalares, à forma como a dimensão emocional dos pacientes é subestimada e desconsiderada. O segundo diz respeito à teoria, e aí fazemos, dentro das nossas limitações, uma apreciação crítica do modelo de adaptação de Roy, distinguindo o seu alcance que, no nosso juízo, extrapola amplamente as práticas convencionais, mas também os seus limites que, no plano analítico, julgamos impeditivos de uma compreensão maior sobre o processo saúde-enfermidade e que, no plano axiológico, encerra os homens dentro de uma perspectiva de passividade e conformismo.

### DEFINIÇÃO DE TERMOS

**Amputação:** é a perda total ou parcial de alguma estrutura orgânica.

**Família:** grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consanguíneos uns dos outros e que vivem, em geral, na mesma casa.

**Sentimento de perda:** são emoções ineficientes de enfrentamento que a pessoa internada e família manifestam em decorrência da privação de um órgão ou membro provocada pela amputação.

**Cotejar:** examinar confrontando-as, comparar (FERREIRA, 1986).

**Expressão:** Enunciação do sentimento por meio de gestos ou palavras escritas ou faladas.

**Estoma:** é uma abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo. O nome do estoma é dado pela víscera em questão. Quando o estoma é uma derivação do intestino grosso é denominado colostomia e quando do intestino delgado, ileostomia (MARTINS, 1991).

## 2 - REFERENCIAL TEORICO

O marco teórico utilizado nesse trabalho é a teoria de Enfermagem do modelo de Adaptação proposta por Sister Callista Roy.

Os pressupostos deste modelo fundamenta-se nas formulações sobre adaptação, em que o enfermeiro e o cliente devem esclarecer o que perturba esta adaptação para escolher as ações que a possibilitam, assim como para identificar as respostas positivas e mantê-las.

A seguir transcrevemos os pressupostos e alguns conceitos do Modelo de Adaptação de Roy, com base na tese de mestrado de VIEIRA:

### 1 - Pressuposições do Modelo de Adaptação de Roy:

1.1 - A pessoa é um ser biopsicossocial, que funciona como um todo, denominado sistema de adaptação, e que se encontra em constante interação com o meio ambiente.

1.2 - A habilidade para uma pessoa se adaptar depende do grau em que a mudança ocorre, e do estado da pessoa que enfrenta a mudança.

1.3 - A adaptação libera uma energia do indivíduo para responder a outros estímulos.

1.4 - A pessoa está constantemente enfrentando os estímulos do ambiente, isto é, enfrentando condições, circunstâncias

e/ou influências que rodeiam e afetam o seu desenvolvimento e o seu comportamento. Há três tipos de estímulos: focal, contextual e residual.

- 1.5 - Respostas adaptativas são aquelas que promovem a a integridade da pessoa em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio.
- 1.6 - A pessoa para se adaptar deve responder positivamente as mudança do ambiente.
- 1.7 - Para enfrentar uma mudança no mundo, a pessoa usa mecanismos inatos e adquiridos que são de origem biológica, psicológica e social.
- 1.8 - As pessoas tem quatro modos de adaptação: fisiológico, do auto-conceito, do exercício do papel e da interdependência, pelos quais a pessoa manifesta as respostas aos estímulos.
- 1.9 - Saúde e doença são dimensões inevitáveis na vida da pessoa.
- 1.10 - O cliente é a pessoa que, por estar com problema de adaptação recebe assistência de enfermagem.
- 1.11 - A meta da enfermagem é promover a adaptação da pessoa.

## 2 - Conceitos do Modelo de Adaptação de Roy

ROY (1984), em sua teoria, considera o homem como um ser biopsicossocial, que constitui um sistema aberto, denominado sistema de adaptação. Este sistema é formado por partes distintas que compõem um todo; tais partes mantêm íntima relação entre si e o ambiente externo.

## 2.1- Estímulos

São todas as condições, circunstâncias e/ou influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa, ou seja, são as mudanças do ambiente (interno e externo), às quais o ser humano responde (Roy, 1984).

ROY (1984) refere três tipos de estímulos: a) estímulo focal, b) estímulo contextual e, c) estímulo residual. Cada estímulo (focal, contextual e residual) pode ser de natureza física, biológica, psicológica e social).

### 2.1.1- Estímulo focal:

É toda a condição, circunstância e influência à qual o indivíduo responde de forma imediata.

### 2.1.2- Estímulo contextual:

É um conjunto de circunstâncias, influências e condições que existe no ambiente interno e externo e que, junto com o estímulo focal, contribui para o desencadeamento do comportamento (resposta) humano.

### 2.1.3- Estímulo residual:

É a condição, circunstância e/ou influência existente no indivíduo, que em combinação com os outros estímulos (focal e contextual) contribuem para determinar o comportamento ou resposta do ser humano. No entanto, seu efeito nem sempre pode ser confirmado.



## 2.2- Processos de controle:

Os processos de controle são dois subsistemas da pessoa (sistema de adaptação) e consistem de habilidades internas, tanto inatas quanto adquiridas, com as quais a pessoa enfrenta mudanças do ambiente interno e externo (estímulos). Estas mudanças são mecanismos de enfrentamento internos ao homem, denominados de regulador e conhecedor.

### 2.2.1- Mecanismo regulador:

De acordo com MELEIS (1984), este mecanismo (subsistema) funciona através dos nervos automáticos (sistema nervoso autônomo) na organização da ação do indivíduo para responder e adaptar-se às mudanças do ambiente.

### 2.2.2- Mecanismo conhecedor:

Este mecanismo (subsistema), conforme Roy, é composto de várias partes e processos correspondentes. São eles: a) percepção/informação, b) aprendizagem, c) julgamento, d) emoção.

## 2.3- Efetadores:

São as maneiras pelas quais os mecanismos de controle ou de enfrentamento (regulador e conhecedor), manifestam suas respostas (adaptativas e efetivas). Estas maneiras, ROY (1984) denomina de modos adaptativos:

### a) modo fisiológico:

Este modo segundo ROY (1984) compreende 10 maneiras pelas quais as respostas fisiológicas são manifestadas. São elas:

- movimento e repouso;

- nutrição;
- eliminação intestinal e renal;
- oxigenação e circulação;
- fluidos e eletrólitos;
- função endócrina;
- função neurológica;
- integridade da pele;
- regulação da temperatura;
- sentidos.

b) modo do auto-conceito:

Para BUCK (1984), este modo compreende um conjunto de crenças e sentimentos individuais, que influenciam o comportamento da pessoa. Este modo inclui integridade psíquica, eu-físico, eu-pessoal, auto-consistência, auto-ideal/auto-expectativa, eu moral-ético-espiritual, auto-imagem e aprendizagem.

c) modo do exercício do papel:

Conforme NUWAIHID (1984), o exercício do papel é o desempenho de deveres com base em posições determinadas dentro da sociedade. Este é o modo como uma pessoa desempenha estes deveres, o qual está constantemente respondendo a estímulos externos. Os seus componentes são: papel primário, secundário e terciário; posição; desempenho do papel; domínio do papel; integridade social; comportamentos instrumental e expressivo.

d) modo de interdependência:

Para TEDROW (1984), interdependência são os relacionamentos

estreitos de pessoas, que envolvem o desejo e a habilidade para amar, respeitar e valorizar os outros, e para aceitar e responder ao amor, ao respeito e ao valor dados por outros. Este modo envolve os aspectos de procurar ajuda, atenção e afeto. Ele compreende adequabilidade da afeição, sustentação, outro significante (pessoa, animal, objeto), sistemas de apoio e comportamentos receptivos e contributivos.

#### 2.4- Adaptação:

De acordo com HELSON, citado por ROY (1981), adaptação é um estado de equilíbrio dinâmico que envolve respostas adaptativas tanto aumentadas como diminuídas, ocasionadas por processos autônomos e cognitivos, postos em funcionamento por estímulos internos e externos.

#### 2.5- Nível de Adaptação:

Segundo ROY (1984), nível de adaptação é um ponto constantemente em mudança, resultando do efeito combinado dos estímulos focal, contextual e residual, que representa o padrão da própria pessoa.

#### 2.6- Ambiente:

Para ROY (1984), ambiente é o espaço constituído por todos os estímulos internos e externos à pessoa, ou seja, todas as combinações, circunstanciais (cultura, família, crescimento, desenvolvimento, valores pessoais) que circundam e/ou afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas ou grupos.

## 2.7- Meta da Enfermagem:

Conforme ROY (1984), a meta da enfermagem é promover a adaptação da pessoa às mudanças ambientais(estímulos). Isto se faz através da manutenção, eliminação, substituição ou modificação dos estímulos (focal, contextual e residual), aumentando assim as respostas (comportamentos) adaptativas e diminuindo as inefetivas. Desta forma, a enfermagem contribui para um melhor nível de saúde, uma melhor qualidade de vida e para uma morte digna.

## 3- O Processo de Enfermagem do Modelo de Adaptação de Roy:

O processo de enfermagem do MAR se constitui de 6 passos:

1) coleta de dados de primeiro nível, 2) coleta de dados de segundo nível, 3) diagnóstico de enfermagem, 4) estabelecimento de metas, 5) intervenção e, 6) avaliação.

O primeiro passo, coleta de dados de primeiro nível, consiste da identificação, pelo enfermeiro e cliente, dos comportamentos efetivos (adaptativos) e inefetivos (inadaptativos) que a pessoa está apresentando diante das mudanças ambientais. Os comportamentos são classificados em quatro categorias: fisiológicos, auto-conceito, exercício do papel e interdependência, que representam os quatro modos adaptativos, os quais tem os mesmos nomes das categorias dos comportamentos.

O segundo passo, denominado de coleta de dados de segundo nível, consta da identificação, pelo enfermeiro e cliente, dos estímulos relacionados a cada comportamento inefetivo e identificado no passo anterior. Os estímulos são classificados em: focal, contextual e residual.

O terceiro passo, diagnóstico de enfermagem, se refere a in-

interpretação que o enfermeiro dá aos dados compilados nos passos anteriores, confrontando-os antes com o cliente.

O estabelecimento de metas é o quarto passo do processo de Roy, o que se faz ao determinar o tipo de intervenção a ser realizada.

O quinto passo, a intervenção de enfermagem, refere-se ao controle dos estímulos relacionados aos comportamentos inefetivos.

O sexto e último passo, denominado de avaliação, diz respeito ao julgamento da efetividade da intervenção de enfermagem.

## SENTIMENTOS

VISCOTT (1982), define os sentimentos como o nosso sexto sentido, "o sentido que interpreta, organiza, dirige e resume os outros cinco".

Os sentimentos constituem nossa reação ao que percebemos através dos sentidos, definindo a nossa percepção de mundo, e refletem nossa história e desenvolvimento, "nossas experiências passadas, nossa agitação presente e nosso potencial futuro". A linguagem dos sentimentos é a "maneira de como nos relacionamos conosco mesmos", sendo a compreensão dos próprios sentimentos a chave para o autodomínio e para a verdadeira independência.

Para VISCOTT, existem duas espécies básicas de sentimentos, os positivos, que ampliam nosso senso de forças e bem estar e que pro-

duzem sensação de prazer, de vida, de esperança; e os negativos, que dificultam o prazer, consomem energias e produzem sensação de vazio e solidão. VISCOTT entende os sentimentos negativos - ansiedade, raiva, culpa, depressão - como sendo derivados todos eles da mágoa ou da perda. A mágoa é sempre originada de uma sensação de perda e, quanto mais importante é esta, mais profunda é a mágoa. A ansiedade é o medo de sofrer a perda ou a mágoa. A raiva é o sentimento de irritação, ofensa, agressão, causado pela mágoa. A culpa é o sentimento de ser indigno, mau, ruim, cheio de remorsos, autocensurável, detestando-se a si mesmo.", sendo ela o resultado de termos dentro de nós por muito tempo a raiva, fazendo com que ela se volte contra nós mesmos. A depressão é um sentimento de infelicidade, melancolia, esquisitice, que ocorre quando a raiva, recolhida por muito tempo, se transforma em rancor. Pelo esquema de VISCOTT, "a ansiedade é o medo da mágoa ou de perda...A mágoa ou a perda conduzem à raiva...A raiva contida conduz à culpa...A culpa não aliviada conduz a depressão".

VISCOTT ressalta que apesar do carácter negativo dos sentimentos referidos, eles também têm aspectos positivos: a ansiedade, por exemplo, por ser o medo da mágoa ou da perda, nos indica aquilo que é importante para nós. Para ele, a melhor maneira de nos relacionarmos com todos esses sentimentos é usarmos o menos possível as defesas emocionais. "As defesas, que bloqueiam recordações desagradáveis, também bloqueiam recordações agradáveis" e esta incapacidade de recordar coisas positivas nos furta energia e alegria e nos impede de formarmos uma atitude otimista. A chave para uma boa relação com nossos sentimentos é permitir a máxima honestidade na expressão dos mesmos.

### 3 - METODOLOGIA

O estágio foi realizado na Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário, que atende pacientes cirúrgicos, adultos de ambos os sexos. Possui 30 leitos distribuídos nas diversas especialidades: vascular, proctologia, urologia, ginecologia, ortopedia, bucomaxilar. A equipe de enfermagem é composta por 33 funcionários, distribuídos em quatro turnos de trabalho diários, sendo 9 enfermeiros, 12 técnicos, 6 auxiliares de enfermagem e 6 auxiliares de saúde.

A amostra foi composta por 10 pacientes com seus familiares, sendo cinco clientes do sexo feminino e cinco do sexo masculino com idade variando de 24 à 74 anos, todos submetidos a algum tipo de amputação. Destes, 5 sofreram amputação de partes do intestino (2 amputações abdomino perineal de reto, 1 proctocolectomia total, 1 retosigmoidectomia com anastomose e 1 retirada de hérnia para colostomia), 3 de membros inferiores (2 a nível de coxa e 1 a nível de perna), 1 retirada do útero (histerectomia), e 1 retirada de partes do rosto (implante de osso ilíaco em face).

Para a realização desse trabalho foram utilizados 4 instrumentos:

19 Instrumento: Identificação das respostas aos estímulos  
(anexo 1).

Este instrumento foi elaborado a partir do instrumento (coleta de dados) da tese de Mestrado de VIEIRA e adaptado para este trabalho. É constituído de cinco itens: identificação, modo fisiológico, auto-conceito, exercício do papel e interdependência.

Para levantamento dos comportamentos segundo os modos fisiológico, do auto-conceito, do exercício do papel e da interdependência, utilizamos o instrumento de identificação das reações frente aos estímulos, sendo que a identificação e os comportamentos relativos ao modo fisiológico foram levantados diretamente com o paciente, através de entrevistas, exame físico e consulta ao prontuário; os comportamentos relativos ao auto-conceito, exercício do papel e interdependência foram colhidos de maneira informal através de diálogos diários com os pacientes durante a realização de cuidados de enfermagem, que se estendiam até às 11:00 horas da manhã.

O referido instrumento permitiu o levantamento de dados dentro dos quatro modos adaptativos, sendo que a parte colhida de maneira formal junto ao paciente e através de consultas ao prontuário foi realizada de maneira prática devido a nossa maior habilidade de levantar dados fisiológicos, enquanto a parte informal, colhida através de diálogos diários com os pacientes necessitou de um maior tempo para identificação e classificação dos dados dentro dos modos do auto-conceito, exercício do papel e interdependência, tendo em vista a nossa dificuldade inicial de abordagem de aspectos emocionais desses pacientes. Os dados levantados serviram também para o preenchimento do segundo instrumento.



### 29 Instrumento: Intervenção de enfermagem. (anexo 2)

Consiste num formulário para identificação dos comportamentos dos pacientes segundo os quatro modos de adaptativos descritos por Callista Roy, categorizados em negativos e positivos, para identificação dos estímulos focais, contextuais e residuais (diagnóstico), para o estabelecimento de intervenções e para a avaliação de enfermagem.

Este instrumento foi preenchido diariamente de acordo com o levantamento da situação e diagnóstico obtido junto ao cliente e equipe multidisciplinar. Os dados foram agrupados dentro dos quatro modos adaptativos de Roy conforme os comportamentos negativos e positivos apresentados e as respostas dadas aos estímulos.

### 39 Instrumento: Roteiro para entrevista com a família (anexo 3)

Este roteiro é composto de quatro perguntas básicas:

- 1- O que você sabe sobre o problema do cliente?
- 2- Como você se sente em relação ao problema?
- 3- O que você gostaria de fazer para ajudá-lo?
- 4- Como você acha que ele se sente?

Foi utilizado com 7 familiares às quartas feiras no período vespertino, sendo quatro no hospital no horário das visitas e 3 durante a visita domiciliar. Este roteiro facilitou a avaliação e intervenção com o familiar.

### 49 Instrumento: Teste das Cores de Luscher

Segundo HOUSE (1969), consiste em obter informações psicológicas exatas sobre uma pessoa, mediante suas preferências e rejeições às cores.

O teste das Cores de Luscher tem sido amplamente aceito como importante auxílio no diagnóstico, para psicólogos e médicos europeus, desde a sua primeira apresentação, em 1974, no Congresso Internacional de Psicologia, realizado em Lausane, Suíça. O teste é simples, essencialmente não verbal pode ser aplicado e interpretado com rapidez, é esteticamente agradável. é composto de 8 cartões com dupla face uma face com números de 0 a 7 e outra face com cores distintas, sendo 4 cores básicas: azul-escuro, verde azulado, vermelho alaranjado e amarelo vivo, e 4 auxiliares: violeta, marrom, preto e cinza neutro.

As cores básicas devem aparecer nos quatro ou cinco primeiros lugares do teste, quando escolhidas por um indivíduo saudável e de equilíbrio normal, que está livre de conflitos e inibições. Quando isto não ocorre indica a presença de alguma deficiência fisiológica, que pode ser considerada tanto mais séria quanto mais para trás na linha.

A pessoa escolhe as cores em ordem decrescente de preferência, sendo que as duas primeiras cores escolhidas indicam forte preferência, a terceira e a quarta preferência, quinta e sexta indiferença e sétima e oitava antipatia ou rejeição. Cada cor tem um significado básico que não muda, porém sua posição na linha altera consideravelmente a interpretação que se lhe deve dar ao analisar as características de personalidade reveladas pelo teste.

#### Significado das cores:

- 1- Azul escuro: calma, efeito tranquilizante sobre o SNC, tendência para ser sensível e magoar-se facilmente.
- 2- Verde-azulado: Expressão de firmeza, de constância e sobretudo resistência à mudanças.

- 3- Vermelho-alaranjado: desejo e todas as formas de apetite e ânsia insaciável. é o impulso para obter resultados, atingir o sucesso; é a avidez de desejar todas as coisas que oferecem vivência intensa e experiência plena.
- 4- Amarelo-vivo: alegria espiritual, franqueza desinibida, relaxamento.
- 5- Violeta: quer alcançar uma relação mágica, envolver-se de atração, encantar os outros.
- 6- Marron: sensação, é sensual, relacionando-se diretamente com o corpo físico, sua posição na linha da indicação sensória do corpo.
- 7- Preto: negação, renúncia, salienta e fortalece a cor do mesmo grupo.
- 8- Cinza neutro: isento de qualquer estímulo ou tendência psicológica. Quer permanecer incompreendido e alheio, de modo a proteger-se de qualquer influência ou estímulo externo.

As cores são agrupadas duas a duas conforme a sequência de escolha, para a seguir cada par ser analisado segundo uma tabela de interpretação.

Foi aplicado com 7 clientes, depois do segundo ou terceiro contato com os mesmos e quando tínhamos algumas informações e observações que precisavam ser esclarecidas ou confirmadas. Serviu também como meio de descontrair o cliente, bem como levantar alguns comportamentos que até então não haviam sido mencionados, facilitando o diagnóstico de assistência de enfermagem.

#### 4 - APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Objetivo Geral: Prestar assistência de enfermagem às pessoas que sofrem algum tipo de amputação e suas famílias na C.C.II do Hospital Universitário, fundamentada na teoria de Sister Callista Roy.

Para melhor compreensão desta etapa do relatório, descrevemos os passos conforme o objetivo, levando em consideração as facilidades e dificuldades para alcançá-lo.

Em primeiro lugar, identificamos, através de visitas diárias com os enfermeiros da unidade e consultas aos prontuários, os pacientes internados que haviam sofrido algum tipo de amputação ou aqueles com indicação para tal. A partir desta identificação, selecionamos, juntamente com os enfermeiros da unidade e a orientadora, os pacientes que fariam parte da amostra.

No primeiro encontro nos apresentamos convidando-os a participar de nosso estudo e explicamos nossos objetivos, expondo nossa intenção de ajudá-los a melhorar sua qualidade de vida frente à amputação e de executar nosso projeto para fins de estudo.

19 Objetivo: Identificar as habilidades e mecanismos que a pessoa internada e família manifestam em relação à amputação.

Inicialmente, pretendíamos identificar neste objetivo os mecanismos e habilidades manifestados pelos clientes e familiares frente à amputação. Porém com o decorrer do estágio, pesquisa à bibliografias e consulta a peritos (Dra. Mercedes Trentini e Dra. Lygia Paim), concluímos que não seria possível identificar mecanismos e habilidades, por serem estas características internas do indivíduo, não expressadas. O que evidenciamos nos clientes foram seus comportamentos expressados frente aos estímulos, sendo redefinido o objetivo para: Identificar os comportamentos que a pessoa internada e família manifestam em relação à amputação.

Através da utilização do instrumento número um (anexo 1), identificou-se os comportamentos dos clientes segundo os quatro modos adaptativos. O levantamento da situação e diagnóstico, foram obtidos juntamente com o cliente e equipe multidisciplinar, e posteriormente agrupados dentro dos quatro modos adaptativos de Roy, de acordo com o segundo instrumento, conforme os comportamentos negativos ou positivos apresentados como respostas dadas aos estímulos. Em seguida, aplicou-se o teste de cores para identificação e confirmação dos comportamentos levantados nos modos do auto-conceito, exercício do papel e interdependência.

Houve mais facilidade para identificar os comportamentos referente ao modo fisiológico, que acredita-se estarem relacionado à ênfase dada durante o curso a este aspecto, e ao fato da atuação dos profissionais de saúde ser voltada para o lado biológico, per-

mitindo os questionamentos e esclarecimento de dúvidas, bem como o consenso com estes profissionais sobre os diagnósticos.

Com relação ao auto-conceito, exercício do papel e interdependência, inicialmente tivemos mais dificuldade em levantá-los, o que atribuímos ao nosso pouco preparo teórico-prático durante o curso com relação aos aspectos emocionais dos pacientes.

Na identificação dos comportamentos segundo os 4 modos adaptativos, foram identificados mais dados com relação aos modos fisiológico e do auto-conceito.

Tabela - 1 Comportamentos positivos e negativos, apresentados pelos clientes nos diversos tipos de amputação, segundo os quatro modos adaptativos - Florianópolis/SC - 1992.

Modo Adaptativo	Comportamentos Negativos	N	%	Comportamento Positivo	N	%	
Fisiológico	Percepção	-queimor no estômago	1	10%	-ausência de dor	10	100%
		-diminuição da acuidade visual	2	20%			
		-cefaléia	3	30%			
		-dor na região e adjacências	10	100%			
	Circulação	-dor anal quando força para evacuar	1	10%	-pulso e PA estáveis	10	100%
		-hipertensão	1	10%			
		-hipotensão	1	10%			
	Temperatura	-hematócrito baixo	3	30%	-afebril	10	100%
		-febril	1	10%			
	Oxigenação	-dispnéia aos esforços	2	20%	-eupneico	9	90%
		-fraqueza	3	30%			
	Hormonal	-hipoglicemia	2	20%	-glicemia normal	10	100%
		-hiperglicemia	2	20%			
	Repouso/atividade	-insônia	9	90%	-dorme bem	10	100%
		-mobilidade diminuída	8	80%			
Líquido	-deambulante	8	80%	-deambulando com muletas	1	10%	
	-edema	4	40%		-fluidoterapia sem alterações	7	70%
Nutrição	-ingesta líquida diminuída	1	10%	-hidratado	10	100%	
	-ausência de edema	1	10%	-ausência de edema	10	100%	
Fele e mucosas	-dificuldade de mastigação	1	10%	-boa aceitação da dieta	9	90%	
	-anorexia	3	30%	-musculatura eutrófica	8	80%	
	-musculatura hipotrófica	2	20%	-normocorada	6	60%	
	-obesidade	1	10%		-hematoma em regressão	1	10%
	-hipocorada	4	40%		-incisão com boa cicatrização	10	100%
	-incisão com processo inflamatório	2	20%		-ausência de ardência e hiperemia na mucosa vaginal	5	50%
	-descamação da pele	1	10%		-hematoma	1	10%
	-ardência e hiperemia na mucosa vaginal	1	10%		-dermatite perineal	10	100%
	-hematoma	1	10%		-pele peristomal íntegra	4	40%
	-dermatite perineal	1	10%		-ostoma com bom aspecto	4	40%
-hiperemia peristomal	1	10%					
Eliminação	-constipação	2	20%	-fezes com frequência e características normais	10	100%	
	-diarréia	2	20%	-colostomia funcionante	3	30%	
	-leucorreia	1	10%	-ileostomia funcionante	1	10%	
				-sangramento vaginal normal	1	10%	
				-drenos eliminando secreção com características normais	5	50%	
				-sonda vesical, urina sem alterações	5	50%	
				-Urinando espontaneamente sem anormalidades	10	100%	
				-ausência de leucorreia	10	100%	
Modo do Auto-Conceito	-Acha-se feia defeituosa	1	10%	-Não se importa em ter tirado o útero, não quer ter mais filhos	1	10%	
	-Receio das pessoas rirem de sua aparência	1	10%		-Procura manter boa aparência	5	50%
	-Cobre o olho para esconder sua imagem	1	10%		-Sente que livrou-se de um problema	3	30%
	-Percebe-se sem merecimento do cuidado, preocupada em dar trabalho.	2	20%		-Aceitando bem a amputação refere que NÃO MUDA EM SUA VIDA	3	30%
	-Sente-se desprezada pela equipe médica e de enfermagem	1	10%		-Discute maneiras de adaptação prótese, muleta, cadeira de rodas, bolsa de colostomia	7	70%
	-Sente-se culpada quanto aos sintomas mediatos da cirurgia	1	10%		-Animada com a expectativa de ficar boa e voltar ao convívio familiar	3	30%
	-Preocupada em defender seus familiares das suspeitas levantadas pela equipe de enfermagem sobre seus problemas	2	20%		-Aceitando bem a amputação, feliz por estar aprendendo a deambular com muletas/trocax e higienizar a bolsa de colostomia	5	50%
	-Percebe-se sem merecimento de amor por causa de sua imagem.	1	10%		-Percebe-se merecedor do cuidado - Interesse em saber sobre os procedimentos que o envolve	10	100%
	-Não aceitação da amputação (chora quando olha para o local da amp.)	2	20%		-Consegue olhar o local da amputação	6	60%
	-Acredita que a amputação é castigo divino	1	10%		-Discute maneiras de relacionar-se sexualmente, após a amputação.	10	100%
	-Desvaloriza suas características próprias, suas expectativas, valores e merecimento	1	10%		-sexualmente, após a amputação.	4	40%
	-Preocupação com suas condições, teme a amputação	1	10%		-Relata que vive por ele mesmo e se ama	2	20%
	-Medo de complicações devido a doença corporal	2	20%				
	-Ansiedade, chora frequentemente	2	20%				
	-Não quer pensar na bolsa por enquanto	1	10%				
	-Apatia, tristeza	1	10%				
	-Preocupação com a sexualidade após a cirurgia	8	80%				
	-Preocupação com a possibilidade de impotência sexual	2	20%				
		1	10%				
	Modo do Exercício do Papel	-Conflito familiar com ex-marido	1		10%	-Papel de irmã(o), filho(a), mãe(pai) avó, namorado, esposo(a) e amigo(A) mantidos, recebem visita de familiares e amigos.	8
-Ansiosa com alteração do papel na família, dependente dos cuidados		2	20%	-Aceitando a alta	10		100%
-Momentos de tristeza devido a alteração do papel de mãe e avó		1	10%	-Confia na ajuda da família quando for para casa	9		90%
-Supervalorização do papel de paciente (hospitalito)		3	30%	-Acredita que a amputação não mudará seu relacionamento com esposa(o), namorada	5		50%
-Preocupação com a interrupção do papel desenvolvido com a família		2	20%	-Animada com a expectativa de poder usar muletas em casa	1		10%
-Isolamento dos familiares, não recebe visita		2	20%	-Papel de mãe, avó e bisavô intensificado com a internação	1		10%
-Papel masculino e conjugal ameaçado devido à possibilidade de impotência sexual		1	10%	-Independente para o auto-cuidado	8		80%
-Ansioso com interrupção do papel de pai		1	10%				
-Preocupação com interrupção de seu trabalho		4	40%				
		2	20%				
Modo de Interdependência	-Solicita frequente atenção e percebe-se mais dependente do quem vem a ser	1	10%	-Relaciona-se bem com os outros pacientes	10	100%	
	-Interpreta mal o tratamento da equipe ou querer estimulá-la (chora)	1	10%		-Comunicativo(A), disposto	10	100%
	-Verbaliza não ter gostado da visita do ex-marido	1	10%		-Feliz por ser apresentada pela Enfª	1	100%
	-Desentendimento com a Assis. Social	1	10%				
	-Poliquêixosa, desanimada, chorosa, não se ajuda	1	10%		-Mantem bom relacionamento com a equipe multidisciplinar	10	100%
	-Medo antecipado de dor, preocupação com a expectativa do futuro.	2	20%		-Iniciativa de questionar o médico sobre suas dúvidas	7	70%
		1	10%		-Frequenta sala de recreação	4	40%

Segundo a tabela 1, verifica-se que, dentre os comportamentos fisiológicos negativos, a dor e insônia foram os mais manifestados. Durante a manifestação da dor, os clientes não aceitavam qualquer intervenção relacionada a outros comportamentos, relatavam revolta contra a situação e contra Deus e sentimentos de culpa. "Porque Deus me deu uma cruz tão grande para carregar", expressou uma cliente várias vezes durante suas crises de dor. Por outro lado, percebemos que a dor e o medo da doença é que levavam as pessoas a concordarem em fazer a amputação, o que comprovamos na maioria dos casos avaliados neste trabalho.

Após a cirurgia, a pessoa se dá conta que não possui o membro ou órgão amputado, ou que houve um desvio na sua função orgânica, e passa a ter depressão por não aceitar a amputação, negando-se até mesmo a olhar para o local. A partir daí começam a ser evidenciados os sintomas emocionais relacionados a distúrbios na auto-imagem: "Eu sou feia, defeituosa, todo mundo ri de mim"

"A imagem corporal pode ser definida como a percepção do próprio corpo ou eu-físico. Como um padrão ou ponto de referência, a imagem corporal influencia as percepções da pessoa sobre si mesma e suas relações com o meio físico e psicossocial." (BEYERS e DUDAS, 1989).

Segundo SAN'ANA, citado por RODRIGUES (1989), "diante de uma sociedade que valoriza extremamente a boa aparência e o controle de odores, o paciente sente-se receoso quanto à possibilidade de eliminação de odores desagradáveis, bem como teme que percebam que ele está fazendo uso de uma bolsa coletora ou de um equipamento similar".

Sabe-se que os comportamentos são determinados socialmente.



Qualquer alteração dos padrões sociais, como no caso de uma amputação, faz com que o indivíduo seja tratado como uma pessoa diferente dentro desta sociedade, ocasionando ou intensificando conflitos internos a esta. É o caso de uma cliente que refere "Quando eu saio nas ruas, as pessoas riem de mim."

"Um distúrbio da imagem corporal existe quando o indivíduo é incapaz de perceber e assimilar mudanças ocorridas. Os distúrbios da imagem corporal surgem quando um indivíduo não aceita seu corpo como ele é e não se adapta a ele" (BEYERS e DUDAS 1989).

Em decorrência da não aceitação pelas pessoas de sua nova imagem corporal, surgem problemas com a auto-estima, ou seja, sentimentos negativos relacionados à importância ou valor de seu corpo. "Vocês podem fazer o que quiserem comigo; eu já não sirvo para nada mesmo, eu não ligo pra nada", ouvimos de uma cliente.

Associados a estes, encontramos também problemas relacionados às alterações de seu papel, como o caso de uma cliente que relatou: "Eu era uma pessoa acostumada a fazer as coisas em casa, agora vou ter que ficar dependendo dos filhos"

Para BEYERS e DUDAS (1989), "a imagem corporal está relacionada a múltiplos e diversos fenômenos, tais como a sexualidade e ao amor próprio, que são interligados no conceito do eu que é um determinante importante do estilo de vida"... "A abordagem holística a um ser humano dinâmico requer que o eu-sexual seja considerado como uma importante parte do indivíduo"

Acreditamos que a internação longa e o afastamento do indivíduo do seu meio de relações humanas para um ambiente estranho, onde ele perde sua identidade, sendo muitas vezes visto como um ser assexuado, identificado por um número, afeta sua sexualidade. Perce-

mos que este fato é ainda agravado quando associado a distúrbios da auto-imagem e auto-estima, evidenciado na maioria dos clientes.

"A sexualidade é moldada por experiências somáticas, comportamentais e perceptivas do corpo, juntamente com valores e atitudes sociais e culturais... A sexualidade é mais do que identidade e características sociais, mais do que os atos físicos, que o interesse pelo sexo e do que a função reprodutora. Ela é parte da experiência humana total, afetando o eu e a própria essência das relações humanas e do funcionamento da vida. É o conceito que incorpora componentes físicos, psicológicos, comportamento e meios de desenvolver e expressar sua sexualidade através de suas vivências corporais e seu valores culturais e sociais" (BEYERS e DUDAS, 1989).

As informações dos familiares foram colhidas durante as visitas através de entrevistas informais, utilizando o instrumento número três, observações, e visitas domiciliares realizadas a pacientes que moravam na região, com prévia aceitação destes. Conseguimos levantar, sem grandes dificuldades, os comportamentos manifestados pelos familiares, que expressavam grande receptividade e valorização deste trabalho, manifestando contentamento com nossa atuação junto ao cliente.

#### Comportamentos evidenciados nos familiares

- Interesse em saber sobre os procedimentos que envolve a cliente;
- Preocupação com a recuperação da cliente;
- Tristeza com a notícia da doença;
- Não aceitação;
- Choro na frente da cliente;
- Ocultamento da cliente a gravidade da doença

- Sentimentos de compaixão;
- Rezas;
- Estímulos de crenças religiosas na expectativa de mudar sua imagem corporal;
- Preocupação pela possibilidade de no futuro desenvolver a mesma doença;
- Providência de uma cadeira de rodas e, mais tarde, uma prótese;
- Pedido insistente para a aluna dar atenção ao cliente;
- Revolta com a atitude médica;
- Conforto emocional durante as visitas;
- Disponibilidade para atendimento a qualquer problema que possa surgir, e intercâmbio entre familiares;
- Reunião de familiares para conseguir apoio financeiro na compra de prótese e outros equipamentos;
- Valorização cultural da imagem corporal, transmitindo insegurança ao cliente;
- Culpa pela situação da cliente;
- Reforço de sentimentos de revolta com relação à imagem corporal;
- Procura de apoio institucional em busca de materiais necessários à nova situação do cliente.

Acreditamos que o contato com os familiares foi de grande importância, pois estes formam o meio de interações do cliente, tendo influência direta sobre estes.

Observamos, durante o levantamento dos comportamentos, que a maioria dos familiares sofrem a amputação juntamente com o cliente. Procuram dar apoio, seja trazendo presentes, dando conforto emocional, através da religiosidade ou simplesmente sofrendo e chorando

com o familiar. Manifestaram em todos os momentos preocupação, alguns chegando a revoltar-se ou culpar-se.

"Segundo BASTOS, citado por NASCIMENTO (1985), "a família é o principal agente intermediário entre o indivíduo e a sociedade. Por meio de seus ensinamentos e exemplos, a família socializa os jovens, dotando-os dos costumes, hábitos, valores e crenças do meio cultural."

O valor cultural relacionado à imagem corporal foi evidenciado com ênfase em alguns familiares que, ao tentar ajudar, só agravam a situação, reforçando em quase todos os momentos a importância da imagem, fazendo com que o cliente sentisse cada vez mais revolta com a situação.

APLICAÇÃO DO TESTE DE LUSCHER

Tabela 2 - Clientes segundo a sequência de cores escolhidas no teste de Cores de Luscher e seus significados.  
Florianópolis/ SC - 1992

cliente\cores	0	1	2	3	4	5	6	7	Significado
A S.L.O	30	60	10	40	20	80	70	50	firmeza, alegria, alheio, impulso, renúncia, calma, sensação, relação mágica
B M.L.	50	60	10	20	30	40	80	70	firmeza, impulso, alegria espiritual, relação mágica, alheio, calma, renúncia, sensação.
C D.R.S.	50	80	10	20	60	40	70	30	firmeza, impulso, renúncia, relação mágica, alheio, alegria espiritual, sensação, calma.
D A.A.S.	40	30	20	60	70	10	50	80	relação mágica, firmeza, calma, alheio, sensação, impulso, alegria espiritual, renúncia
E O.S.	70	40	30	20	10	60	50	80	alegria espiritual, impulso, firmeza, calma, sensação, relação mágica, alheio, renúncia.
F S.S.	40	30	20	50	10	70	60	80	alegria espiritual, firmeza, calma, alheio, impulso, sensação, relação mágica, renúncia.
G A.A.	10	70	30	50	40	20	60	80	alheio, relação mágica, firmeza, alegria espiritual, impulso, sensação, calma, renúncia.

Legenda das cores:

0 - cinza, 1 - azul, 2 - verde, 3 - vermelho, 4 - amarelo,  
5 - violeta, 6 - marrom, 7 - preto

Interpretação do teste de cores segundo HOUSE, 1969:

A (S.L.O.) - Quer ser apreciado. Está sendo impulsivo, sua paz está sendo reprimida, sente-se incapaz de ser sensual. Tensão oriunda da incapacidade de manter relações de maneira estável na condição desejada. Vontade de unir-se em algum tipo de fusão mística de harmonia erótica. Todavia, este desejo permanece insatisfeito devido à falta de um cônjuge adequado ou a condições diversas, e mantém um controle rígido e permanente sobre suas relações emocionais, já que precisa saber onde está exatamente.

B (M.L.) - Quer ter iniciativa controlada, está sendo atraída pela fantasia e imaginação, a tranquilidade está sendo reprimida. Quer superar obstáculos e oposição e tomar suas próprias decisões, tensão resultante de restrição ou limitação desagradável, exige independência e perfeição. As relações raramente correspondem às elevadas expectativas emocionais e à necessidade de que lhe dêem muito valor, levando-o a desapontamento.

C (D.R.S.) - Quer ter iniciativa controlada, sente necessidade de identificação, sente-se incapaz de ter tranquilidade sensual. Busca seus objetivos decididamente e com iniciativa. Não quer sentir-se dependente da boa vontade dos outros. Necessita de relação íntima e compreensiva. Descontentamento emocional e falta de apreciação têm resultado em tensão e autodomínio excessivos. Ácha que deve ter cooperação até que a situação atual possa ser melhorada. Gostaria de fugir do que agora considera um laço deprimente e restabelecer sua própria individualidade. Descontentamento emocional

resultante de falta de estima e de contenção excessiva. A necessidade de confiança mútua em suas relações permanece insatisfeita, dando origem a uma ansiedade.

D (A.A.S.) - Está tendo um intervalo de intranquilidade, um período de recuperação; a gratificação sensual está sendo mantida sob controle, não quer tomar decisões voluntariosas. É sensível e compreensivo, mas está sob certa tensão. Precavido e possessivo.

E (O.S.) - Quer ter atividade expansiva, desenvolver novos campos, está tendo controle discriminativo, retraimento. A sensualidade e voluptuosidade está sendo reprimida. Não quer ter isolamento separativo, não-envolvimento total. Necessidade de sentir-se mais produtivo e ter esfera mais ampla de influência, tornando-se inquieto. Necessita de respeito, reconhecimento e compreensão dos que lhe são chegados. É egocêntrica, ofende-se com facilidade. É capaz de sentir satisfação física na atividade sexual, mas tende a manter-se emocionalmente distante. Suscetibilidade pronunciada a estímulos externos (ansiedade).

F (S.S.) - Necessidade de ser apreciado, ambicioso. Sente-se num intervalo de tranquilidade. Está reprimindo a gratificação sensual. Sente-se incapaz de ser identificado com alguém. Está procurando novos caminhos que ofereçam liberdade e oportunidade de tirar deles maior proveito. Quer obter reconhecimento, transpor a lacuna que sente que o separa dos outros. Está satisfeito com as circunstâncias presentes e considera que algum melhoramento é essencial para seu amor-próprio. Sente-se preso numa situação angustiante e

incômoda e procura o meio de conseguir alívio. Exige independência e conduta leal. Desejo normal de não ter de abandonar coisa alguma e de estar controlando as próprias ações e decisões.

G (A.A.) - Sente-se à procura de apreciação. A gratificação sensual está reprimida, sente-se incapaz de ter paz absoluta. Está insatisfeita com as circunstâncias presentes e considera que algum melhoramento é essencial para o seu amor-próprio. A insatisfação emocional produziu desejo irascível e impaciente de independência, levando a tensão e a inquietação. Instabilidade contínua resultante de insatisfação emocional.

#### Avaliação do teste de cores

Todos os sete clientes com os quais foi aplicado o teste de cores concordaram com os itens interpretados.

Percebemos que sua aplicação permitiu uma distração ao cliente, reforçou nossa interação com ele, confirmou alguns comportamentos já identificados e evidenciou outros que não eram expressados.

Verificamos que, em todos os casos, houve a evidência de perturbações relacionadas à sexualidade, seja por repressão da gratificação sensual ou por descontentamento emocional e falta de estima.

Encontramos em todos os clientes, com exceção de um, comportamentos negativos relativos à tensão, tranquilidade reprimida, ansiedade e falta de paz absoluta.

Ao expormos os resultados do teste aos clientes, nos surpreendemos quando alguns destes aproveitavam a oportunidade para falar



Várias pessoas com as quais aplicamos o teste de cores, além dos clientes, como equipe de enfermagem, amigos e familiares, afirmaram que este confirma o seu estado emocional ou situação presente.

2º Objetivo: Buscar junto à pessoa internada e família maneiras de Adaptação em relação a amputação

Este objetivo foi alcançado através da intervenção diária com o cliente, na qual identificamos seus comportamentos negativos e positivos e os respectivos estímulos causadores, discutimos com ele o que seria bom para solucionar seu problema, ou reforçamos um estímulo positivo conforme a teoria de Roy, onde afirma que o Enfermeiro e o cliente devem esclarecer o que perturba a adaptação para escolher as ações que a possibilitem e identificar as respostas positivas para mantê-las. Então, levamos o problema para a equipe de enfermagem, buscando sua avaliação e uma melhor intervenção para o cliente.

De acordo com o problema levantado, contactamos outros profissionais do Hospital, como médicos, psicólogos, nutricionista, assistente social, bem como os familiares, para solução do problema. Em alguns momentos, nossa intervenção foi direta com o paciente, sendo que estas foram relatadas nas evoluções diárias do cliente e nas observações complementares de enfermagem, cujas informações eram transmitidas a todos os membros da equipe que passava a atuar conjuntamente.

Para os comportamentos identificados procuramos questionar a causa com o cliente, para que este pudesse colaborar na identificação dos estímulos e na sua resolução ou manutenção.

A seguir, listou-se alguns dos comportamentos negativos encontrados, as intervenções realizadas e sua avaliação.

## COMPORTAMENTOS FISIOLÓGICOS

## 1 - Dor:

## Intervenções:

- Massagem;
- Mudança de posição, acomodando-o mais confortavelmente
- Explicado a origem da dor, quando identificada
- Administrado medicamentos prescritos
- Interagido com o médico buscando sua intervenção

## Avaliação:

Dependendo da intensidade desse comportamento, sedia ou não às nossas intervenções. Em alguns casos, principalmente amputação, de membros, fazia-se necessário o uso de medicamentos e até nova avaliação médica, que atuava basicamente na alteração da prescrição, aumentando a dose ou frequência ou até prescrevendo novos medicamentos.

## 2 - Constipação e diarreia

## Intervenções:

- Interrogado a história pregressa
- Identificado o tipo de alimentação e medicação que estava recebendo
- Observado a existência de outros sintomas associados

- Contactado a nutricionista
- Informado ao médico sobre a presença do comportamento
- Discutido com o cliente a causa do comportamento quando identificado
- Realizado massagem abdominal
- Orientado sobre a necessidade de uma ingestão hídrica adequada e deambulação
- Administrado medicamentos prescritos

#### Avaliação:

Diante deste comportamento buscamos sempre, em primeiro lugar, subsídios para a compreensão do seu aparecimento. Percebemos que, na maioria dos casos, estes sintomas eram decorrentes de mobilidade diminuída, uso descontrolado de laxativos em casa e dieta imprópria para o problema. Verificou-se que os clientes respondiam positivamente ao serem modificados alguns estímulos, como a mobilidade diminuída e a dieta. Para tanto, sempre conversamos com o médico e a nutricionista. Somente em alguns casos houve a necessidade de intervenção medicamentosa por parte do médico, mais evidenciados nos sintomas de constipação.

### 3 - Hipo ou Hiperglicemia

#### Intervenções:

- Observado e notificado os sintomas de hipo ou hiperglicemia
- Solicitado a informação imediata da cliente à equi-

pe de Enfermagem quando evidenciados os sintomas destas manifestações

- Conversado com o cliente sobre a importância do controle da glicemia
- Dado orientações sobre a importância da alimentação nos horários determinados
- Avaliado os resultados das glicemias, administrando insulina conforme cada situação
- Discutido os casos com o médico responsável

#### Avaliação:

Percebeu-se que as intervenções para estes comportamentos foram eficientes no sentido de conscientização dos clientes. Porém, faltou governabilidade para atuar na solução desse comportamento. Foi por exemplo, o caso de uma cliente cuja descompensação da diabetes propiciou manifestação de processos inflamatórios em suas lesões e formando um feed back negativo, já que um fator altera o outro. Sabia-se que a cliente necessitava de uma avaliação e controle pela endocrinologia de sua diabetes. Ao médico que realizou a cirurgia não competia tratar esse problema. Entretanto, este abarcava o poder e a decisão de solicitar a intervenção da endocrinologia. O caso foi discutido várias vezes com os médicos e doutorandos que estavam cientes do problema, porém não davam muita importância. Ao que nos pareceu, importava-lhes apenas, neste caso, a boa recuperação das lesões cirúrgicas, tomando providências apenas quando próximo da alta da cliente, o que a fez permanecer mais tempo no hospital.

#### 4 - Insônia

##### Intervenções:

- Identificado a causa do comportamento, juntamente com o cliente, tentando eliminá-la.
- Estimulado o exercício de alguma atividade durante o dia para mantê-lo ocupado.
- Contactado a equipe de Enfermagem para providenciar repelente para insetos. Na falta deste solicitamos aos familiares.
- Procurado melhorar o conforto do cliente, ajudando-o a escolher uma posição adequada, oferecendo travesseiros e cobertores, e modificando a posição do leito
- Contactado o médico e orientado o cliente a fazê-lo, solicitando sua intervenção

##### Avaliação:

Quando os estímulos identificados encontravam-se no ambiente, tornava-se fácil sua remoção e modificação do comportamento. Porém quando eram de origem emocional, como ansiedade, medo da morte, preocupação com a doença, sexualidade, preocupação com a família, tornava-se mais difícil a modificação, sendo necessário em alguns casos a intervenção medicamentosa, pelo médico.

## 5 - Lesões

### Intervenções:

- Realizado curativos diariamente, avaliando as lesões
- Informado o cliente sobre o aspecto
- Discutido com a orientadora sobre avaliação, evolução e prescrição
- Solicitado a presença do médico durante a realização do curativo para avaliação e para intervenção, quando necessária
- Exposto as lesões ao sol diariamente, durante 20' em média.

### Avaliação:

A intervenção que mais nos chamou a atenção por causa de seu resultado surpreendente, foi a exposição das lesões à luz solar, pois após várias intervenções para reduzir o processo inflamatório, principalmente nas lesões de pacientes diabéticos com valores glicêmicos alterados, a exposição ao sol proporcionou a redução do processo e, a aceleração na formação de tecidos de granulação e cicatricial, resultando numa recuperação rápida.

Segundo SANTOS (1992), "Os raios infravermelhos apresentam feixe de radiações em comprimento de onda maior que os ultravioletas, tendo capacidade de penetrar no tecido epidérmico até atingir a derme, onde tem ação vitalizante e calórica. Promovem a estimulação das terminações nervosas da pele, a dilatação dos poros e aceleram a eliminação de resíduos tóxicos produzidos pela combustão

intramuscular...Também atribui-se aos raios infravermelhos a propriedade salutar e curar infecções e cicatrizar feridas superficiais. Os raios ultravioletas tem seu domínio nas reações bioquímicas e apresentam feixe de radiações em menor comprimento de ondas, estando sua capacidade de penetração limitada à camada córnea da epiderme, onde tem ação actínica, provocando inicialmente eritema e posteriormente aumento da pigmentação. Tal fenómeno determina maior proteção e resistência do tecido epitelial às infecções, agressões e traumas".

COMPORTAMENTOS:      AUTO-CONCEITO  
    EXECICIO DO PAPEL  
    INTERDEPENDENCIA

1 - Distúrbios da auto-imagem e auto-estima:

Intervenções:

- Conversado amigavelmente e ouvido;
- Procurado ajudá-los a exteriorizar preocupações e temores;
- Procurado fazê-los identificar as alterações negativas na aparência reforçando as e experiências positivas que o cliente teve com relação aos familiares e amigos.
- Tratado com carinho, atenção, delicadeza e respeito, durante todo período que permanecemos com eles



- Incentivado a olhar e tocar o membro ou local do órgão amputado, fazendo com que este se familiarize com a mudança;
- Colocado os clientes, principalmente aqueles que fizeram amputação de parte do intestino, em contato com outros que haviam feito a mesma cirurgia e apresentavam uma boa convivência com a perda do órgão;
- Colocado flores no quarto, e comemorado o aniversário de uma cliente juntamente com a equipe de enfermagem, proporcionando alegria ao ambiente e demonstrando nosso interesse em ajudá-los, elevando sua auto-estima;
- Oferecido música (relaxamento, salão de prata e eternidade brando do sul), para ouvir;
- Contactado o psicólogo para intervenção;
- Solicitado aos familiares que tratassem o cliente com naturalidade, e ensinado a realizar cuidados como a troca de bolsa de ostomia e curativos;
- Conversado com os clientes sobre a cirurgia, anestesia, sala de recuperação pós-anestésica ou UTI, e sobre cuidados pós-operatórios.

#### Avaliação:

Observamos que nossas intervenções amenizaram este comportamento negativo, em alguns casos chegando a removê-lo. Consideramos que, entre nossas intervenções, conversar e ouvir foi a mais importante, ou seja, a que produziram melhores resultados. Um paciente declarou "Cinco minutos de conversa às vezes fazem milagres"

Para RODRIGUES (1989), a "atenção e auto-estima estão muito interligados, pois, uma vez que o colostomizado se sente bem cuidado e observado, isso se torna um incentivo para que ele também lute pela preservação do seu corpo e, conseqüentemente, caminhe para uma aceitação mais rápida".

PAIM (1979), citado por SILVA e CORREA (1992), afirma que "ao ouvir o paciente, pelo menos três objetivos podem ser alcançados: a) conhecer o principal tema de sua preocupação; b) interpretar o seu tipo de humor diante da narrativa, ou seja, avaliar o valor que ele atribui ao seu problema; e, c) definir a qualidade da interação estabelecida".

SILVA e CORREA (1992): "É de fundamental importância que a equipe de tratamento esteja pronta para ouvir o paciente, pois muitas vezes eles querem somente expressar o que sentem e geralmente ouvem como proposta palavras lacônicas que aumentam sua ansiedade".

CARVALHO, apud RODRIGUES (1989), quando refere-se ao apoio emocional, relata que "A arte de ouvir é tão importante quanto a de falar. O profissional deve ter capacidade para detectar o que não é dito explicitamente".

Percebemos que os enfermeiros tem um papel importante nesta fase de ajustamento do cliente, pois acreditamos que nossos gestos e atitudes serviram de estímulos que contribuíram para a adaptação desses pacientes. É importante que nesta fase a enfermagem tenha consciência da influência de sua conduta para a boa recuperação do indivíduo e conseqüentemente para sua vida, devendo tratá-lo com individualidade, conversando com ele, oferecendo-lhe apoio e compreensão.

Para BEYERS e DUDAS (1989), "As ações e palavras que reforçam

o sentido de dignidade pessoal do paciente são elementos vitais a relação enfermagem-paciente."

"...As atitudes das enfermeiras representam fonte importante de estímulos favoráveis ou desfavoráveis, capazes de provocar nas clientes reações emocionais construtivas ou destrutivas, faz-se necessária uma comunicação eficaz como pessoa que ajuda, com características de saber ouvir, apoiar e valorizar os sentimentos da cliente e pessoa ajudada..." (CARVALHO 1984)

Após estimularmos os clientes a olhar o local da amputação, observamos que estes começavam a familiarizar-se com a mudança, e a auto-cuidar-se, aceitando melhor a amputação.

"Os distúrbios da imagem corporal podem manifestar-se por retraimento, hostilidade, incapacidade de cuidar de si mesmo, recusa em observar as partes alteradas do corpo ou recusa em acreditar que ocorreu uma alteração" (BYERS e DUDAS 1989). Segundo os mesmos autores, ver e tocar pode facilitar a aceitação das necessidades alteradas e da orientação do corpo no ambiente.

Ao proporcionarmos contato com outros clientes que haviam feito o mesmo tipo de amputação, verificamos que isto permitiu a troca de experiências, servindo de estímulo para o cliente. "O contato do paciente com outros igualmente submetido a uma ostomia e que se encontra no momento parcialmente adaptado é extremamente valiosa. O paciente na maioria das vezes sente-se mais à vontade para questionar e, portanto, diminui seu nível de angústia" (GHEZZI, 1981)

Todos os clientes, referiram sentir-se melhor após ouvir música manifestando boa aceitação. Uma cliente relatou uma forte emoção, algo que não conseguiu definir. Conforme RODRIGUES (1990), para quem a música é tão antiga quanto a humanidade, e sua utilização

terapêutica remonta a milênios, é possível estabelecer ligações diretas entre ritmo e vida fisiológica, entre a melodia e a efetividade e entre a harmonia e a inteligência. O ritmo é um elemento da vida, cuja chave prática se encontra no corpo: o andar, a respiração, a pulsação, são movimentos rítmicos instintivos. O ser humano capta o som de forma afetiva, promovendo processos de expressão, comunicação e descarga emocional. A música não depende do cortex cerebral para penetrar no organismo; vários centro cerebrais - hipotálamo, tálamo e cerebelo - associados ao córtex, tomam parte nas modificações de tom e ritmo dentro da música e dão a ela um conteúdo emocional e mental. Os efeitos fisiológicos da música se englobam sob a categoria de reações sensoriais, hormonais e fisiomotoras como: mudanças no metabolismo; liberação de adrenalina; regulação da frequência respiratória; redução da fadiga; alteração do tônus muscular; atuação diversificada sobre a pressão sanguínea; aumento dos estímulos sensoriais, com melhoria da atenção e da concentração. As atividades musicoterápicas estimulam a sensibilidade, colocando o indivíduo em contato com suas emoções.

Observamos que o preparo pré-operatório foi de grande importância para os pacientes com relação às mudanças que ocorreriam em seu corpo, resultando em uma melhor aceitação das mesmas. Tivemos a oportunidade de conhecer clientes que se recusavam a receber estas informações - "Não quero botar coisa na cabeça, e ficar nervosa".

Respeitamos sua posição. No entanto, outros clientes manifestaram muito interesse em receber estas informações, e entenderam que estas contribuíram para a sua boa recuperação pós-cirúrgica. "Eu sabia que tudo ia 'correr' bem, porque eu fui para a cirurgia consciente do que iria ocorrer, tinha certeza de que tudo iria dar

certo". SOUZA (1986) afirma que "retirar o paciente do desconhecimento da situação de extrema passividade, da incerteza proveniente do desconhecimento do ato cirúrgico, das fantasias e rejeição e repugnância, produz um efeito terapêutico importante em relação tanto à forma em que irá para a operação como à forma que sairá dela e irá conviver com a situação de ostomizado."

O contato com os familiares foi importante, pois percebemos que estes se tornavam a maior fonte de ajuda ao cliente. A partir do momento que o aceitam, tornava-se mais fácil para este também aceitar-se. Conforme BEYERS e DUDAS (1989), a capacidade do cliente se adaptar depende, em parte, das reações dos entes queridos e da interpretação do paciente para estas reações.

## 2 - Medo da morte

### Intervenções:

- Conversado e ouvido;
- Explicado numa linguagem clara e acessível, de acordo com o seu nível de conhecimento, as suas dúvidas e medos que se baseavam em informações sobre a doença, cirurgia, anestesia, pós-operatório e evolução das lesões;
- Estimulado a presença de um familiar no período próximo a cirurgia e pós-operatório imediato;
- Levado um padre para dar apoio espiritual;

### Avaliação:

Observamos que a maioria dos clientes sentiu medo, em algum momento, de morrer. Muitos expressavam: "Não ligo se ficar uma ci-

catriz feia, eu quero é ficar boa...". ou "Não sei não filha, acho que vou mas não volto", ou ainda, "Não ligo se ficar com a bolsa, eu tenho medo é de sofrer e morrer."

"O ser humano, ao transpor os umbrais do hospital, perde a própria cidadania, face às agressões e ao sofrimento. O receio da morte, o vazio que cerca a dúvida sobre o seu amanhã, fá-lo aguçar seus próprios sentidos já desligados, em busca de um alento, de um gesto ou de um semblante favorável que irradie a necessária dose de solidariedade que o faça sentir que não está só em seu empenho de cura e sobrevivência." (ACHCAR, 1979).

Segundo RIZZARDI (1983), citado por SILVA E CORREA(1992), "todo ser humano teme o ato cirúrgico, pois tem medo do desconhecido, da dor, de deficiências físicas e da morte. "DABOIT e VAZ (1978), citado por SILVA E CORREA (1992), enfatizam que "o medo é uma ameaça objetiva, vindo do meio externo tanto quanto a ansiedade e a angústia é uma reação subjetiva formada e manifestada no meio interno, não oferecendo margem de prevenção contra ela."

KAPLAN (1984), citado por BRANCO(1988)"...ansiedade é o termo usado para descrever uma variedade de respostas afetivas, motoras ou fisiológicas às percepções não específicas de perigo, pelo organismo humano. É um estado de afeto ou sentimento de medo, apreensão, desconforto ou preocupação de que alguma coisa terrível está para acontecer. O sentimento de ansiedade ocorre em resposta a um perigo iminente, interno ou externo, que o organismo acredita não poder dominar. Os sintomas motores incluem irritabilidade, hipersensibilidade, hiperatividade, falta de energia, exigências de atenção e infelicidade."

Durante a manifestação deste sentimento, a religiosidade do

cliente era intensamente expressada, fato que nos levou a buscar um membro de sua religião para proporcionar-lhe conforto. Observamos através de relatos do cliente( "Gostei muito do padre, muito mesmo, ele me passou uma coisa boa".), do seu comportamento e de comentários da equipe de enfermagem sobre a melhora do ânimo desse paciente, que estas intervenções amenizam tais sentimentos.

HENSE (1988), em seu estudo "A espiritualidade no contexto do paciente cirúrgico", observa que o aspecto mais significativo que transparece na "espiritualidade" do paciente cirúrgico é a busca do "reconhecimento de um ser superior". Este "reconhecimento" ameniza a experiência para o paciente cirúrgico, já que Deus está de alguma forma associado à explicação encontrada para o fato de estar vivendo tal situação e é nele também que deposita sua maior confiança e encontra o apoio ou ajuda espiritual desejada."

BELLAD e PASSOS, citados por RODRIGUES (1989), quando referem-se à necessidade psicoespiritual, afirmam que praticar sua religião é, para o indivíduo, além de uma necessidade, um direito. De modo geral, ao se verem doentes, as pessoas se voltam para a religião em busca de apoio e conforto."

### 3 - Perda da independência

#### Intervenções:

- Conversado com o cliente sobre o problema;
- Estimulado o auto-cuidado;
- Realizado, ensinado e observado a troca e higiene da bolsa de ostoma, cuidados com a pele ao redor do estoma, curativos das lesões cirúrgicas aos familiares;

- Oferecido e auxiliado na deambulação com muletas e andador;
- Contactado os familiares para conseguir bolsas de ostomia;
- Conversado com familiares sobre a possibilidade destes adquirirem muletas e cadeira de rodas;

#### Avaliação:

Percebemos que os clientes sentiam-se mais animados e seguros quando após oferecermos e auxiliarmos a utilizarem os equipamentos (muletas, cadeira de rodas, bolsa de colostomia ...), que lhes ajudarão a conviver melhor com a amputação. Foi o que observamos nas expressões faciais e nos relatos, como a de uma cliente que referiu ao médico, feliz, o fato de ter deambulado com muletas pelo quarto, ou em outros momentos, quando o paciente realizava sem auxílio os cuidados com a colostomia.

Segundo BEDOYA (1991), a reabilitação tem como propósito evitar que uma pessoa com deficiências ou restrição de sua capacidade se converta num inválido, e se define como um processo no qual o uso combinado e coordenado de ações médicas, sociais, educativas, e vocacionais ajuda os indivíduos com os referidos problemas a alcançar os mais altos níveis funcionais possíveis e a integrar-se na sociedade. Desenvolve-se em três níveis: reabilitação funcional (médica/psicológica); reabilitação profissional; reabilitação social.

Ainda segundo BEDOYA, o profissional de Enfermagem dedicado à reabilitação necessita de orientação específica, ao mesmo tempo que precisa se envolver por uma filosofia de esperança as suas ações:



deve ter uma atitude para esperar, às vezes por muito tempo, um pequeno resultado. As consequências da enfermidade são muitas vezes mais graves que a própria enfermidade, pois são elas que, em última instância, marginalizam a pessoa e a segregam de seu meio.

#### 4 - Sexualidade

##### Intervenções:

- Conversado com o cliente, chamando-o pelo nome, tratando-o com respeito e ouvindo-o, para poder compreendê-lo melhor;
- Entrado em contato com o médico, expondo as dúvidas do cliente, solicitando que conversasse com ele.
- Discutido com o cliente maneiras de manter um relacionamento sexual após uma ostomia;
- Proporcionado o contato com outros clientes que haviam feito a mesma cirurgia.

##### Avaliação:

Observamos que, ao procurarmos manter a identidade do cliente, chamando-o pelo nome, conversando com ele, este sentia-se respeitado, aumentando nossa interação, pois sabia que tinha alguém em quem poderia confiar. A partir disso o cliente nos demonstrava confiança e falava sobre suas dúvidas.

"Um profissional de saúde que não inclui o paciente no estabelecimento de objetivos, não pode atender às necessidades do paciente em áreas tão sensíveis de seu interesse como a imagem corporal e sexualidade" (BEYER e DUDAS, 1989).

Percebemos em quase todos os clientes um receio muito grande

de questionamentos sobre suas dúvidas, principalmente ao médico, sendo que solicitavam nossa intervenção junto a este. O médico foi um importante aliado nas orientações junto aos clientes que haviam feito colostomia. Suas explicações sobre a possibilidade de lesões de estruturas importantes à potência sexual, fatores psicológicos que podem influenciar e sobre o retorno deste após seis meses para discutir e tratar desse problema, se manifestado, deixavam o cliente mais tranquilo e seguro, proporcionando a redução de sua ansiedade.

O contato com as pessoas que haviam feito a mesma cirurgia, proporcionando a troca de experiências, tornou-se outra fonte de ajuda, amenizando a ansiedade em relação ao futuro.

## 5 - Hospitalite

### Intervenções:

- Discutido o problema com o cliente, procurando a identificação e a solução de problemas relacionados com sua alta;
- Contactado o médico, nutricionista e psicólogo para intervirem com o cliente;
- Conversado com o familiar para atuarem junto ao cliente.

### Avaliação:

NOVAES (1975), citado por MANZOLI (1987), utiliza o termo "hospitalite" para descrever a reação dos enfermos de quererem continuar doentes. São comuns os pacientes que, ao serem informados de

que terão alta em breve, recaem por não apresentarem condições emocionais de enfrentar problemas familiares, econômicos e profissionais fora do hospital."

Três clientes manifestaram esse comportamento, não aceitando bem a notícia da alta. Uma cliente alegou que não estava em condições de ir para casa, achava-se fraca, gostaria de ficar no hospital para descansar. Apresentou vários episódios de diarreia que o médico avaliou ser um sintoma psicológico pela não aceitação da alta. Outra cliente, quando soube que teria alta, passou a referir dor ao longo do membro onde ocorreu a amputação, chegando a chorar, porém não aceitava medicação e referia: "Eu tenho medo de ir para casa e ser mal recebida, saí de casa inteira e agora volto pela metade". Quando o médico suspendeu a alta, esta passou a sentir-se melhor, referindo não sentir mais dor. Num outro caso, uma colostomizada a qual o médico estava esperando que evacuasse pela colostomia para dar-lhe alta, relatava não evacuar, enquanto outras pacientes do quarto referiram a equipe de enfermagem ter visto a cliente trocar a bolsa.

Todos os comportamentos identificados e intervenções realizadas foram levadas ao conhecimento da equipe de enfermagem. Em algumas ocasiões de maneira direta; em outras, através de evoluções e observações complementares de enfermagem, bem como através das prescrições no prontuário da cliente.

### Intervenção com o familiar

A intervenção com a família ocorreu no hospital e durante a visita domiciliar. Baseou-se nos questionamentos destes e nos dados levantados no instrumento número três.

Percebemos que suas maiores preocupações eram referentes ao estado do cliente, demonstrando interesse em ajudar. Abaixo citamos algumas intervenções realizadas junto aos familiares:

- Explicado as condições do cliente, doença e cirurgia realizada;
- Conversado e ouvido, procurando dar conforto emocional;
- Orientado sobre a importância do apoio e incentivo ao cliente, sobre instituições que distribuem bolsas de ostomia;
- Orientado sobre os cuidados com o cliente;
- Colocado-nos à disposição para esclarecer dúvidas;
- Discutido sobre a obtenção de recursos materiais para a adaptação do cliente;
- Durante a visita domiciliar, fizemos algumas orientações sobre alguns problemas levantados acerca de: constipação, diarreia, hemorróida, hipertensão, diabetes, hipo e hiperglicemia, curativos, injeções, finalidade de alguns medicamentos prescritos, dentre outros.

#### Avaliação:

Os familiares aceitaram bem nossas intervenções, bem como manifestaram agradecimentos por intervirmos junto a eles e ao cliente.

Percebemos que a partir do momento que intervimos com os familiares, estes começaram a participar do processo dando apoio ao cliente, que ajudou em muito para que este aceitasse sua nova condição. Este fato é reforçado por GHEZZI (1981), ao afirmar que "torna-se imprescindível desenvolver trabalho concomitante com a família, conscientizando-a que a aceitação do paciente relativa a esta situação, dependerá em parte, da atitude que a família demonstrará, a qual deverá ser a mais normal possível, nunca de pena ou repúdio. A família deverá ser incluída gradualmente no atendimento e à enfermagem cumpre verificar cuidadosamente como a ajuda dos membros da família age sobre o paciente. Se a ajuda for eficiente e se for permitido ao paciente realizar o que for capaz, geralmente ele a aceitará."

### INTERAÇÃO COM OUTROS CLIENTES

Durante o estágio não podemos deixar de interagir também com outros pacientes internados na unidade, pois estes solicitavam nossa atenção. Eles também fazem parte do meio em que os clientes do estudo estão inseridos, de modo que também exercem influência sobre estes.

Abaixo listamos algumas intervenções realizadas

- Realizado visita diária com o enfermeiro a todos os pacientes da unidade;
- Administrado medicação para a dor;
- Dado informações aos familiares sobre as condições apresentadas pelo cliente;
- Contactado a equipe de enfermagem para atuar junto ao paciente, quando não tínhamos condições de fazê-lo;
- Realizado curativos;
- Auxiliado no banho;
- Orientado o paciente sobre realização do auto-cuidado;
- Passado informações sobre a fisiopatologia da doença;
- Conversado e ouvido.

### ASSISTENCIA HUMANIZADA

Segundo SILVA e CORREA (1992) a humanização no contato com o paciente cirúrgico é o primeiro passo para diminuição da ansiedade que o aflige.

Citando MAIA et al (1988), afirmam que o paciente não deve ser olhado como objeto e sim como um ser humano.

"A filosofia da administração determina quem é o centro das maiores atenções. Pode até ser o capital acumulado! A super-especialização do pessoal e equipamentos nem sempre é o que a grande maioria dos pacientes necessita" (SILVA e CORREA, 1992). O carinho, e o respeito como pessoa, manifestados durante a assistência ao cliente é um fator importante à humanização da assistência.

As atividades administrativas são voltadas para a economia de tempo e presteza na realização de tarefas, fugindo dos princípios da humanização da assistência.

Acreditamos que a equipe de enfermagem deve atuar em conjunto, buscando promover o bem-estar do cliente, intrumentalizando-o para executar seu auto-cuidado. Para isto é necessário que as ações administradas sejam voltadas para o respeito à individualidade dos pacientes e dos membros da equipe, visando a melhoria do nível de assistência. "A desumanização da equipe, por falta de condições de trabalho, provoca a desumanização do paciente, que deixa de receber os cuidados a que tem direito" (ROCKENBACH, 1985). A motivação da equipe de enfermagem é um fator determinante na humanização da assistência. Por isso, o funcionário deve ser estimulado e devem ser reforçadas suas atitudes positivas junto aos pacientes.

### INTERAÇÃO COM A EQUIPE

Ao iniciar este estágio, tivemos um impacto muito negativo com a equipe de enfermagem, que não valorizou nosso trabalho. Alegavam serem estes os piores pacientes, que éramos novas e sem experiência para realizar este trabalho, e comentavam que este tipo de assistência não tinha muita importância. Para um enfermeiro, com quem conversamos informalmente, nosso trabalho era abstrato, entendendo ele que a enfermagem não tem tempo para tratar destes aspectos no hospital. Tais comentários comprovavam, mais uma vez, a pouca valorização dos aspectos psicológicos dos pacientes.

Em função disso, sentimos a necessidade de apresentar novamente nosso projeto, bem como de expor sua teoria de base. Repetida esta exposição, nosso trabalho passou a ser melhor entendido e avaliado pela equipe.

Mais adiante, com alguns bons resultados obtidos, melhora dos pacientes e sua mais breve recuperação, conseguimos um maior espaço dentro da equipe que, a partir daí, passou a solicitar nossos serviços junto a vários pacientes. Ajudavam com sugestões, avaliando conosco os pacientes, discutindo intervenções, fazendo prescrição à equipe de enfermagem de conversar (e ouvir, sobretudo) com os pacientes, de auxiliá-los e estimulá-los à deambular com muletas, trazendo presente para eles, fornecendo informações sobre nosso trabalho durante a passagem de plantão, etc. Um dia conseguimos movimentar a equipe de enfermagem para comemorar o aniversário de uma paciente que havia sofrido amputação de membro inferior.



Apesar das dificuldades iniciais, conseguimos manter em todos os momentos um bom relacionamento com a equipe de enfermagem e outros profissionais como nutricionista, assistente social, psicólogo e médicos.

Abaixo citamos algumas intervenções realizadas junto à equipe:

- Apresentação do projeto à equipe de enfermagem e discussão a teoria;
- Discussão de casos, de maneira formal e informal, individual e em grupo, com a equipe de enfermagem;
- Discussão informal de casos com médicos, psicólogo, nutricionistas e assistente social;
- Participação na passagem de plantão;
- Contato com a assistente social para solicitar a presença de familiar de paciente, providenciar sangue para cirurgia e preparo para a alta;
- Solicitação à nutricionista para orientar sobre alta;
- Reunião com a equipe de enfermagem para comemorar o aniversário de uma paciente;
- Troca de conhecimentos com a equipe multiprofissional, principalmente com a enfermagem, sobre avaliação das intervenções realizadas;
- Participação, com a equipe de enfermagem, nas reuniões semanais sobre educação e serviço;
- Troca de informações com a equipe de enfermagem sobre a realização de cuidados;
- Participação nas visitas médicas, com discussão dos casos.

Um aspecto que nos chamou a atenção entre os problemas emocio-

nais manifestados pelos clientes é a preocupação em "não dar trabalho" para a equipe de enfermagem. Percebemos que alguns clientes sentem vergonha de pedir a ajuda à equipe por acreditarem estar incomodando.

Acreditamos que a forma como a equipe de enfermagem trata os pacientes é um dos fatores explicativos de tal atitude. Se o profissional entende o trabalho dispensado, por exemplo, ao levar uma pessoa ao banheiro, como sendo um incômodo e expressar isto ao paciente, seja por palavras, seja por gestos, ele pode se considerar um estorvo e se sentirá mais deprimido. Por outro lado, este tipo de comportamento do paciente pode ter origem cultural, de não possuir consciência dos próprios direitos e de ter baixo senso crítico e incapacidade de reivindicação, como resultantes de um fraco desenvolvimento intelectual relacionado com sua própria condição de vida.

De qualquer modo, entendemos como MANZOLLI (1987) que, no relacionamento com o paciente, "o enfermeiro pode produzir mudanças relevantes ou criar conflitos, dúvidas e confusões. Pode, se não for adequado (o relacionamento), ser impessoal, sentir-se aborrecido e estranho ao próprio objetivo da enfermagem".

39 Objetivo: Cotejar a expressão de sentimentos de perda entre as pessoas internadas e suas famílias, em relação a amputação

Segundo GIBERTONI (1967), citado por CARVALHO (1984), "toda cirurgia desperta alguma reação emotiva expressa ou oculta", e o desencadeador dessa reação varia de paciente para paciente, dependendo de vários fatores.

Durante o contato com os pacientes e suas famílias, observamos que a maioria deles manifestou sentimentos de perda, porém outros não os manifestaram, o que relacionamos a várias determinantes, como: idade, importância dada à auto-imagem, auto-estima, experiência de vida, grau da mudança ocorrida, reação dos entes significantes à amputação, situação sócio-econômica.

Tabela 3 - Frequência e porcentagem dos pacientes que expressaram ou não sentimentos de perda, segundo o tipo de amputação

Tipo de Amputação	Sentimento de Perda				Total	%
	sim	%	não	%		
Amp. de útero	-	-	1	100%	1	10%
Amp. de membro	3	100%	-	-	3	30%
Amp. de parte do int.	3	60%	2	40%	5	50%
Amp. de parte do rosto	1	100%	-	-	1	10%
TOTAL	7	70%	3	30%	10	100%

Como demonstra a tabela 3, 7 clientes, ou seja, 70%, manifestaram de sentimento de perda com relação à amputação e 3, ou seja, 30%, não os manifestaram. Percebemos que todos os três clientes que

sofreram amputação de membro manifestaram sentimentos de perda, bem como a que sofreu amputação de parte do rosto. Já dos que se submeteram à amputação de parte do intestino, 60% apresentaram e 40% não os sentimentos de perda, enquanto que a paciente que fez amputação de útero não os manifestou.

Tabela 4 - Relação dos tipos de perdas expressados pelos pacientes, segundo o tipo de amputação.

Tipos de Perdas	Tipos de Amputação						
	Amp. membros			Amp. parte do intestino			Amp. de parte do rosto
	A	B	C	D	E	F	G
Auto-imagem		X	X	X			X
Sexualidade		X		X	X		X
Contato social	X		X		X		X
Independência		X	X				X
Trabalho	X		X	X			X
Prazer de Beber						X	
Prazer de comer			X				X
Prazer de fumar						X	
Auto-estima		X	X	x			

Com base na tabela 4, verifica-se que entre os pacientes que sofreram amputação de membros a perda maior estava relacionada à independência. Também foram identificados sentimentos relativos a perdas de auto-imagem, auto-estima, de contato social e de trabalho.

O fato de terem perdido um membro inferior ou parte dele difi-

culta a deambulação, que agora só poderá ser feita com auxílio de equipamentos, tornando estes dependentes dos familiares. Uma paciente declarou : "Eu fui a mãe deles, agora eles são meus pais". Problemas relacionados a mudança da imagem corporal e da auto-estima também foram bastante evidenciados, o que afetou diretamente a sexualidade destes. Outro paciente declara: "Quem vai querer um velho sem duas pernas?"

Em decorrência da amputação a pessoa tende a isolar-se socialmente, sendo privado muitas vezes de exercer sua antiga profissão. "Lá onde eu moro, é cheio de morro, na minha casa tem uma escadaria, fica difícil andar com muletas, acho que não poderei mais sair de casa", diz uma paciente.

ALMEIDA & BARROS (1990) afirmam que "a aceitação, para um indivíduo, pode significar passar o resto de sua vida em uma cadeira de rodas, enquanto a aceitação para outro pode significar capitalizar suas forças e capacidades remanescentes, trabalhando duro no processo de reabilitação, aprendendo a usar uma prótese e retornando a uma vida independente e útil".

Entre os pacientes que sofreram amputação de parte do intestino, percebemos que a perda mais evidenciada foi com relação a sexualidade. Constatamos que o que os levou a apresentarem ou não sentimento de perda foi a necessidade ou não de uma ostomia, o caráter provisório ou permanente da mesma, a intensidade das dores anteriores a amputação, a rapidez da mudança e o preparo prévio, o estilo de vida anterior e atenção e apoio de familiares. Dos dois pacientes que não apresentaram sentimentos de perda, um deles relacionou este fato à restauração do trânsito intestinal sem necessidade de ostomia, e o outro, que possuía colostomia, aos desconfor-

tos abdominais que sentia antes da cirurgia e também ao fato de, indiretamente, esta ter-lhe proporcionado prazer, pela preocupação, carinho e atenção dos filhos e netos.

A paciente com amputação de parte do rosto evidenciou perdas, ocasionadas pela alteração da imagem facial, na auto-imagem, na auto-estima, na sexualidade, no contato social, no trabalho e no prazer de comer. Percebemos que a valorização social da beleza física faz com essas pessoas sejam estigmatizadas, rotuladas como defeituosas, sendo causadores de sofrimentos. Como frequentemente declarava a paciente: "sou defeituosa; ninguém vai querer casar comigo", ou "não saio de casa porque as pessoas riem de mim". Para BEYERS & DUDAS (1989), "a imagem corporal desenvolve-se como um fenômeno social, pois a aparência e as maneiras de se usar o corpo são definidas pela sociedade, com a aprovação e aceitação da aparência e do comportamento considerados socialmente normais".

A cliente que sofreu amputação de útero (histerectomia) não apresentou sentimentos de perdas. Esta ausência deve estar relacionado com o fato de a paciente já possuir quatro filhos e não desejar outros, conforme ela própria colocou, além de a mesma ter se livrado de um problema (mioma) que a incomodava muito a dois anos.

Em sua maioria, os sentimentos de perda se expressaram através do choro, tristeza, ansiedade, depressão, isolamento, raiva, não aceitação de olhar o membro ou local do órgão amputado, revolta contra a família e contra Deus.

## FAMILIARES

Observamos que os sentimentos de perda dos familiares estão associados à manifestação ou não destes sentimentos pelo paciente, independentemente do tipo de amputação. As perdas manifestadas por estes estavam mais relacionadas ao medo de perder o ente significativo, à alteração do papel deste, à preocupação com as alterações no estilo de vida e sentimentos manifestados por ele e, em alguns casos, até a perdas financeiras. Como disse certa vez o filho de uma paciente: "Ele era uma pessoa acostumada a trabalhar; ela nos criou enquanto meu pai estava fora, e agora olha para o coto..."

Na nossa avaliação, a família tem um peso muito importante na aceitação, pelo indivíduo, das mudanças ocorridas em seu corpo, e no seu reingresso ao meio social, tratando-o com naturalidade, como um membro da família como sempre foi e não como um "móvel novo" da casa. Também verificamos que o contato prévio com a família, com orientações sobre as mudanças que ocorrerão no indivíduo, possibilita uma maior compreensão e colaboração dos familiares.

## 5 - ESTUDO DE CASO

A eleição, para estudo de caso, desta paciente se deu em função de algumas características que o caso apresenta e que nos permitiu uma análise aprofundada: o fato de a paciente em questão ter permanecido mais tempo internada; o fato de ela se manifestar uma paciente mais problemática e, por conseguinte, ter exigido mais a nossa intervenção; e, o fato de ser um dos casos que tivemos oportunidade de avaliar tanto no período pré quanto no pós-operatório.

"A", 57a., F. casada, católica, nove filhos (último com 14 anos), do lar, residente no Bairro Estreito, município de Fpólis. Internou-se na C.C.II/H.U., procedente da Emergência, no dia 03-10-92, com diagnóstico médico de Diabetes Mellitus + retinopatia + vasculopatia periférica + gangrena de hálux D. Sofreu cirurgia de By Pass femuro poplíteo + amputação transtarseana no dia 06/10/92, onde formou processo infeccioso e necrose, o que resultou em uma nova amputação, agora a nível de perna, no dia 20/10/92.



---



---

 AVALIAÇÃO: MODOS ADAPTATIVOS
 

---

## 1-Fisiológico:

NegativoPositivo

- 
- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-dor em MID e no local da incisão</li> <li>-edema moderado MID</li> <li>-hipócorada, hematócrito - 30</li> <li>-diabetes descompensada</li> <li>-coto com péssima evolução, necrosado</li> <li>-constipação</li> <li>-vários episódios de fezes semi-pastosa</li> <li>-região inguinal D c/ grande quantidade de secreção purulenta</li> <li>-diminuição da acuidade visual</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-afebril</li> <li>-MID c/ boa temperatura</li> <li>-ingere bastante líquido</li> <li>-eupneica</li> <li>-movimentação diminuída mantida</li> <li>-dormindo bem</li> <li>-hematoma em MSE em regressão</li> <li>-diurese entre 1400 a 1800 amarelado claro</li> <li>-normotensa</li> <li>-sem infecção no novo coto, agora a nível de perna</li> <li>-1 evacuação semi-pastosa/24hs</li> </ul> |
|---|--|
- 

## 2-Auto-conceito:

NegativoPositivo

- 
- Percebe-se culpada com relação a amputação
  - Desvaloriza suas características próprias suas expectativas, valores e merecimento
  - Percebe-se sem merecimento dos cuidados
  - Negativa com as expectativas de outra amputação (medo da morte)
  - Medo antecipado de dor
- 

## 3-Papel social:

NegativoPositivo

- 
- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteração no desempenho de papel dentro da família</li> <li>-Preocupada com atividades a ser desenvolvidas no futuro</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Confiante na ajuda da família quando for para casa</li> <li>-Papel de mãe, avó, esposa mantidos</li> </ul> |
|---|--|
- 

## 4-Interdependência:

NegativoPositivo

- 
- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Poliqueixosa, desanimada, chorosa não se ajuda</li> <li>-Percebe-se mais doente do que</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizando melhor o auto-cuidado mais animada, comunicativa</li> <li>-Mais disposta a sair do leito, movimentando no leito, menos temerosa quanto à movimentação</li> <li>-Mantém bom relacionamento com a equipe de NFR e demais pacientes</li> </ul> |
|---|--|
-

## DIAGNOSTICO

COMPORTAMENTO Negativo	ESTIMULOS		
	Focal	Contextual	Residual
- 1-Modo Fisiológico			
-Dor em MID e no local da região inguinal	-cirurgia	-aterosclerose de vasos dificulta a cicatrização	
-Diabetes descompensada	-cirurgia -vários episódios de fezes semi pastosa -estress cirúrgico	-alimentação laxativa -não solicitação médica para avaliação da diabete pela endocrinologia. Compartimentação da medicina em especialidade que se voltam para si próprias perdendo o sentido do geral	-falta de conhecimento prévio da doença e desinteresse pelo seu controle
-diminuição da acuidade visual	-Diabetes Mellitos + aterosclerose impede a circulação sanguínea local = retinopatia	-Diabetes descompensada	-falta do conhecimento prévio da doença e desinteresse pelo seu controle
-edema moderado MID	-amputação -não cicatrização do coto -valores glicêmicos alterados	-aterosclerose -diminuição da circulação sanguínea local	
-constipação	-preparo para cirurgia -estresse cirúrgico	-mobilidade diminuída -jejum pós-cirúrgico	-história de constipação anterior aliado ao uso de laxante
-coto com péssima evolução necrosado	-aterosclerose impede a circulação sanguínea local	-mobilidade diminuída -estresse cirúrgico	

-hipocorada	-cirurgia	-processo infeccioso -Diabetes descompensada	
-vários episódios de fezes semipastosa	-não controle da alimentação laxativa		-história de constipação anterior aliada ao uso de laxante
-região inguinal com grande quantidade de secreção purulenta	-aterosclerose diminuída circulação sanguínea local -valores glicêmicos alterados -falta de higiene entre as dobras da pele	-estresse cirúrgico -equipamento de banho inadequado para higiene correta a paciente (falta chuveirinho)	-não valorização da higiene local como fator importante para a cicatrização
2-Modo do auto conceito	Focal	Contextual	Residual
-Revolta com relação à amputação	-dor	-dependente para o auto-cuidado -não cicatrização das lesões -diabete descompensada -falta de apoio emocional -falta de esclarecimento com relação a doença -compartimentação da medicina em especialidade que se voltam para si próprio perdendo o sentido do geral	-Sem esperança de ficar boa -Medo da morte -Experiência negativa de morte de parentes com diabete
-Percebe-se culpada com relação a amputação			-Crenças religiosas de atribuir a doença a castigos divinos -História de repressão social levando a sentimentos de raiva e culpa e a diminuição da auto-estima

-Desvaloriza suas características próprias, suas expectativas, valores e merecimentos	-dor -desacredita- quanto a fi- car boa. -expectativa de morte	-Médicos não dão muita esperanças quanto a melhora da cliente	-Crenças religi- osas de atribui- buir a Deus a cura do doença
-Percebe-se sem merecimento do cuidado	-amputação - tornando-a dependente dos cuidados de enferma- gem	-equipe de enferma- gem expressa para a cliente que ela da mais trabalho	-História de re- pressão social levando a sen- timentos de raiva, culpa e diminuição da auto-estima
-Negativa com as expectativas de outra amputação	-Medo de mor- rer -Expectativa negativa de melhorar -dor	-Experiência ci- rúrgica anterior negativa (dor e passagem por UTI)	-Crenças religi- osas de atribui- ir a doença a castigos divi- nos -Experiência ne- gativa de morte na família por diabete
-Medo antecipado de dor	-Experiência desagradável de muita dor após a pri- meira ampu- ção		
3-Modo do Papel social	Focal	Contextual	Residual
-Preocupada com as atividades a ser desenvolvi- das no futuro	- Amputação -Alteração de papel desen- vildo dentro da família	-dependência do cuidado dos filhos e esposo	-Desprazer de, ao invés de ajudar, depen- der da ajuda dos outros
4-Modo de Inter- dependência	Focal	Contextual	Residual
-Poliqueixosa, desanimada, cho- rosa, não se ajuda	-dor -desanimada com a evolu- ção da doen- ça -medo de mor- rer -medo da ci- rurgia	-Médicos não dão muitas esperanças quanto à melhora da cliente, nem esclarecem a cli- ente sobre a ne- cessidade da nova cirurgia	-Experiência de morte na fami- lia por diabe- te

-Percebe-se mais doente do que está	-medo de sentir dor ao movimentar-se no leito -pede auxílio dos outros para coisas que ela mesma poderia fazer	-A equipe de Enfermagem tende a fazer para ela o que ela mesma já poderia iniciar-se fazendo	-Crenças culturais de valorização dos sinais e sintomas da doença
-------------------------------------	---	--	---

#### Intervenções:

- Auxiliado no banho de chuveiro;
- Realizado o controle de diurese e evacuações;
- Mantido MID elevado e aquecido;
- Observado e registramos queixas de dor e desconforto;
- Feito o rodízio para injeções subcutânea;
- Auxiliado e estimulamos sentar em poltrona;
- Estimulado o auto-cuidado;
- Administrado a medicação prescrita;
- Realizado curativos, anotamos as características das lesões e informamos a cliente sobre as mesmas;
- Estimulado a vontade viver, baseado no reforço aos aspectos positivos de sua vida;
- Oferecido apoio espiritual, levando um padre para conversar com a cliente;
- Discutido com o médico sobre a evolução das lesões, valores glicêmicos alterados e sobre a solicitação da avaliação pela endocrinologia; e sobre outros comportamentos manifestados pela cliente;
- Orientado sobre: necessidade de nova cirurgia e procedimentos feitos; sinais de hipo e hiperglicemia; importância da movimentação, elevação e aquecimento do membro; evolução das lesões e importância do questionamento a equipe de enfermagem sobre a evolução destas; cuidados com o pé (massagens com emolientes, exerci-

- cios, cuidados com unhas, uso de calçados confortáveis e fechados durante o dia, evitar cortes e lesões, vistoriar o pé todos os dias);
- Aplicado o teste de cores e discutido com a cliente os resultados;
  - Levado para conversar com outros pacientes que haviam feito amputação e que apresentavam bom estado;
  - Festejado com a equipe de enfermagem o seu aniversário e contactado a nutricionista para fazer um bolo dietético;
  - Colocado flores em seu quarto;
  - Feito massagem com Lanet em MIE;
  - Oferecido música para ouvir;
  - Conversado e ouvido;
  - Orientado como fazer uma boa higiene em região perineal, secar com boa eficiência, assim como as dobras da pele abdominal;
  - Levado para passear de cadeiras de rodas;
  - Contactado à nutricionista sobre a alimentação da cliente;
  - Orientado sobre banho de assento, e sobre a possibilidade de realizar enema caso não consiga evacuar;
- 
- Conversado sobre as possíveis causas da dor em membros "fantasmas";
  - Conversado com familiares sobre aquisição de muletas e cadeiras de rodas para a paciente;
  - Discutido com orientadora sobre evolução e terapêutica utilizada nos curativos;
  - Estimulado e auxiliamos a deambulação pelo quarto com o auxílio de muletas e andador.

AVALIAÇÃO FINAL DOS MODOS ADAPTATIVOS

MODOS ADAPTATIVOS	COMPORTAMENTO	
	NEGATIVO	POSITIVO
1-Fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabetes descompensada</li> <li>-Sudorese noturna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sem queixa de dor</li> <li>-Sem sinal de hipoglicemia</li> <li>-Normotensa</li> <li>-Afebril</li> <li>-Hidratada</li> <li>-Aceita bem a dieta</li> <li>-Dormindo bem,</li> <li>-Lesões evoluindo bem, com redução significativa de secreção purulenta</li> <li>-Uma evacuação nas 24hs</li> <li>-Diurese 1700ml</li> <li>-Melhora da dor ao longo MID e coto</li> <li>-Deambulando pelo quarto com o auxílio de muletas</li> <li>-Senta em poltrona</li> <li>-Dieta laxativa com bom efeito</li> <li>-Sem dor em MID e coto</li> <li>-Suspensa medicação para dor</li> <li>-Glicemia com valores mais baixos porém ainda alterados: 134 à 165 mg/dl</li> </ul>
2-Auto-conceito	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Temerosa com relação a causa da dor em MID e quanto as complicações que ela supõe poder causar</li> <li>-Ansiosa com relação a expectativa de alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aceitando melhor a amputação</li> <li>-Aprendendo a deambular com muletas</li> <li>-Percebe-se mais merecedora do cuidado</li> </ul>
3-Desempenho do papel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Momentos de tristeza relacionados com a alteração do seu papel de mãe e avó</li> <li>-Supervalorização do papel de paciente: não aceita a alta (hospitalite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animada com a expectativa de usar muletas em casa</li> </ul>
4-Interdependência		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantém bom relacionamento com a equipe multidisciplinar;</li> <li>-Realizando, com auxílio, o auto-cuidado</li> <li>-Deambulando com o auxílio de muletas pelo quarto</li> <li>-Comunicativa, sorridente</li> </ul>

## AVALIAÇÃO DA CLIENTE

Quando iniciamos o trabalho com esta cliente encontramos-la desanimada, deprimida, chorando constantemente. Acreditamos que estas manifestações estavam relacionadas com a dor e com o medo da morte. A partir do momento que começamos a intervir no caso, tivemos a oportunidade de conhecê-la melhor, identificando seus problemas e buscando junto a ela a solução para os mesmos. Ao nos colocarmos a sua disposição, sentimos que ela começou a reagir e a sentir-se melhor. Uma de nossas primeiras intervenções, que avaliamos ter contribuído para levantar seu estado de ânimo, foi a comemoração de seu aniversário juntamente com a equipe de enfermagem, aumentando a interação cliente/equipe. Porém, com uma péssima evolução das lesões cirúrgicas, a equipe médica avaliou que a cliente necessitaria de uma nova intervenção, fato que deixou-a novamente deprimida, com a expectativa de passar mais uma vez por tudo que já havia passado. No entanto, nesta amputação, agora a nível de perna, a cliente fez menos referências à dor e seu quadro teve melhor evolução. Percebemos que, após o alívio da dor, a cliente se deu conta de que não possuía mais o membro, negando-se a olhar para o coto. Começou a ter problemas relacionados com independência, novo papel a ser desenvolvido dentro da família, expectativas com o futuro e insegurança com relação ao uso de aparelhos. Sentimos que em todos os momentos da internação, principalmente no início, a cliente expressou com destaque sua religiosidade e, de maneira menos intensa, os fatos e momentos tristes que marcaram sua vida, julgando-se cul-



pada pela doença e indigna do tratamento, o que fez com que contactássemos um padre para conversar com ela. Percebemos que, com nossas intervenções diárias, a cliente começou a sentir-se melhor, mais segura e participativa nas intervenções. Num certo dia, ela não aceitou determinada alimentação (mingau de maizena) porque avaliou estar a mesma interferindo negativamente em seu problema (constipação), e sugeriu à nutricionista que elaborasse outra dieta.

Quando foi oferecida a ela a oportunidade de, com auxílio, andar de muletas, a cliente expressou muita felicidade por ter conseguido dar os primeiros passos. A partir daí, começamos a realizar e prescrever este cuidado diariamente, deixando a cliente cada vez melhor, mais animada, inclusive fazendo elogios pessoais à equipe e a familiares.

Observamos que após a segunda cirurgia, apesar dos valores glicêmicos permanecerem alterados, e da formação de processo infeccioso nas lesões, estas tiveram uma boa evolução, deixando a cliente ainda mais segura e tranquila.

#### MOMENTO DA VISITA

Preocupadas com continuidade do tratamento da cliente a para atender uma solicitação sua, feita durante a internação, resolvemos fazer esta visita domiciliar, também tendo em vista a permanência de sua diabetes descompensada, e que sua filha, apesar de ter recebido alguns ensinamentos sobre aplicação de insulina e realização de curativos ainda estava insegura para fazê-los, segundo relatos

da própria cliente, e ainda para avaliação e reforço das orientações quanto aos cuidados com a lesão e sobre sua doença. Logo ao chegar, ficamos impressionados com a expectativa da cliente em relação à nossa visita ("Eu disse, eu tinha certeza que elas iriam vir, vocês disseram que não ..."), nos abraçou e beijou. A família estava reunida, a casa arrumada, as crianças limpas, e haviam comprado bolo e refrigerantes.

Ficamos contentes em ver a cliente animada, sua filha seguia rigorosamente a prescrição médica quanto à dose e horário das insulinas; haviam conseguido um glicosímetro do INPS para controle das glicemias, conforme recomendações médicas, sendo seus valores anotados em cada horário. As lesões estavam com bom aspecto, os cuidados sendo feitos conforme as orientações recebidas. Dona "A" conseguiu um par de muletas e uma cadeira de rodas emprestadas de um vizinho e vinha realizando, com cautela, alguns treinamentos diários. Reforçamos orientações quanto aos sintomas de hipo e hiperglicemia, quanto aos cuidados com o pé de diabético, quanto à importância do controle das glicemias para boa evolução das lesões, e para o bem estar da paciente, quanto ao tipo de dieta indicada para seu problema de constipação, o risco de usar laxante, orientações quanto à finalidade de cada medicamento prescrito. Orientamos ainda sua filha, que também é diabética, para iniciar o controle da doença, tendo em vista que a mesma não dava muita importância para o problema, e o seu esposo quanto aos cuidados com a hipertensão e quanto à importância do controle desta doença para sua melhor sobrevivência.

Após termos feito o lanche, fomos conhecer, por insistência de dona "A", a oficina de motores de geladeira que seu filho possuía

nos fundo de casa.

Ficamos muito emocionadas com a primeira grande receptividade e com as manifestações, vindas de toda a família, de agradecimentos e elogios ao que tínhamos feito à paciente durante a sua permanência no hospital ("Ela fala bem de todo mundo no Hospital mas volta e meia, ela toca no nome de vocês"). Como não bastasse isso, ficamos realmente impressionadas em sermos presenteadas no momento de nossa saída, com panos de prato que a cliente retirou de seu enxoval. ("É um presente simples, foi retirado de meu enxoval, gostaria que fosse coisa melhor, mas não tenho condições, foi dado com carinho"). Seu marido reforçou estas palavras dizendo: "Isso não paga nem a metade do que vocês fizeram", e novamente nos agradecem.

Sentimos a necessidade de repetirmos a visita para retribuir esta receptividade, pois acreditamos que realizamos uma boa interação com a cliente e sua família e que este êxito não pode se perder, para que outros profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, tenham esta mesma receptividade.

---

## 6 - EXPERIENCIAS

No cotidiano de uma instituição hospitalar ocorrem episódios que manifestam exemplarmente as complicações que se interpõem no relacionamento dos profissionais de saúde entre si destes com os pacientes. Tais episódios nos mostram sempre como podemos estar equivocados ao ficarmos presos à nossa visão particular de mundo, diante de toda riqueza e diversidade da existência humana. Mostram também como a ciência, ao tentar aprofundar o conhecimento sobre o homem, conseguem se distanciar dele. Nas páginas seguintes, relatamos alguns destes episódios que tivemos a oportunidade de vivenciar e que valeram sobretudo como experiência.

---

### 19 Experiência: Compartimentação da medicina.

Depois de ajudar "A" a realizar seus cuidados de higiene e fazer a limpeza nas lesões, fui levá-la de cadeira de rodas até uma das janelas do outro lado do corredor para expor suas lesões ao sol. Chamei a coordenadora do projeto para me ajudar a avaliá-las e esta convidou o médico responsável pela cirurgia de "A" para vir junto. Eles ficaram muito satisfeitos com o resultado das lesões. Quando ele se aproximou, um fato me chamou a atenção: dona "A" o abordou feliz, da mesma forma que tinha feito comigo - "Hoje eu an-dei pela primeira vez de muletas pelo quarto". "Há!", respondeu sem

dar importância, e mudou de assunto. Volta-se para mim e pergunta: "O que você acha?" (Aponta para as lesões). Respondo que elas estão evoluindo bem.

Depois de algum tempo, levo "A" para o quarto e auxilio o cirurgião na retirada dos pontos do coto, enquanto este faz comentários elogiosos sobre o tipo de cirurgia a uma estudante de Medicina.

Perguntei ao cirurgião como avaliava a recuperação de "A", ele me respondeu que era "excelente", continuando a fazer elogios ao tipo de cirurgia: "realmente este método cirúrgico é muito bom, o paciente sente menos dor, sua recuperação é mais rápida, além de proporcionar a colocação de prótese". Por fim, fez indicação para que a estudante realizasse um trabalho de pesquisa sobre este tipo de cirurgia.

Fiquei indignada com o que tinha visto e ouvido. Para ele, o mérito da boa recuperação da cliente estava relacionado exclusivamente ao método cirúrgico adotado. Sua preocupação com a cliente se resumia às características das lesões cirúrgicas.

Quase que falei sobre nosso trabalho, mas me contive. Racionalizando, percebi que este episódio evidenciava problemas de mais amplas proporções: a prevalência, ainda hoje, de uma medicina retrógrada, que não consegue enxergar no homem mais do que um animal; a ênfase na medicina tecnológica, que MELO (1992) denuncia como uma das características básicas do Modelo Médico-Assistencial Privatista, hegemônico no Brasil.

Durante a participação de um curso de Vascular promovido pelos médicos do Hospital Universitário, que teve como uma de suas abordagens a amputação de membros, onde foi relatado entre outros as-

pectos os problemas emocionais que atravessam esses clientes de: negação, auto-imagem, auto-estima, independência, ansiedade e outros de acordo com a história de vida de cada paciente. Foi reconhecido neste curso a necessidade de um acompanhamento desses clientes por um grupo de apoio ou psicólogo. No intervalo de uma das discussões fomos eu, uma enfermeira da C.C.II e minha companheira de trabalho conversar com o cirurgião palestrante. Após a enfermeira fazer questionamentos sobre tipos de curativos realizados em São Paulo, e comentários sobre a realização de curativos com açúcar, falei sobre nosso trabalho no H.U., e sobre o que vínhamos realizando com esses clientes, ele me disse: "a enfermagem não deve conversar com esses clientes sobre esses assunto, porque eles não querem falar sobre isso, o que eles preferem é ficar quiéttinnos em seu canto. O que a enfermagem tem que fazer é um bom curativo, lavar, enfaixar bem a lesão, isso é o que deixa o cliente seguro.

Pelo que pude entender, na realidade, a preocupação do médico está com a cicatrização do coto e, conseqüentemente, com o bom êxito da cirurgia. Fiquei chocada com os comentários do médico e disse: "Estamos conversando e fazendo outras intervenções com esses clientes e obtendo bons resultados". "O médico de início me olhou com um certo espanto, depois riu, bateu em minhas costas e saiu."

Senti uma revolta muito grande contra o médico e contra o sistema, que fragmenta as pessoas em compartimentos onde cada especialidade deve ficar responsável por determinada parte, e a pessoa não é vista na sua totalidade enquanto gente, ser humano, cujo seu cérebro sofre pelo conjunto das manifestações dolorosas que acometem seu corpo. Mas resta sempre a esperança de uma mudança de paradigma na medicina para que esta passe a ver o homem na sua complexa tota-

lidade. E, mais do que a esperança, resta a luta, já que uma nova medicina só surgirá conforme CAPRA (1988) muito gradualmente, exigindo profundas mudanças nas nossas atitudes, na prática de socialização

2ª - Experiência:

30-09-92 - 17:00hs

Hoje assisti ao Sr. "D" que estava para fazer uma amputação abdomino-perineal de reto com colostomia definitiva na semana seguinte. Conversamos sobre a cirurgia, o pós operatório, a recuperação na UTI e como este retornaria ao quarto. Esclareci suas dúvidas sobre o funcionamento da colostomia e utilização da bolsa, mostrando-lhe algumas disponíveis no hospital. O cliente mostrou-se muito interessado em saber sobre os procedimentos a que seria submetido, manifestando compreensão sobre as explicações recebidas. Eu estava muito feliz e satisfeita por perceber que havia conseguido ajudá-lo.

As 15:30, sua ex-sogra veio visitá-lo. Quando entrei no quarto estavam conversando, porém logo ficaram calados. Senti algo estranho, conversei um pouco com eles e logo me afastei, pois senti que minha presença estava atrapalhando o diálogo entre eles. As 16:00hs, a ex-sogra do Sr. "D" aproxima-se de mim para despedir-se. Então resolvi acompanhá-la até o elevador e conversamos sobre o Sr. "D". Fiquei surpresa ao ouvi-la revelar dados sobre ele que até então desconhecia, fatos estes que não correspondiam às histórias contadas pelo cliente e que não condiziam com a imagem que eu havia feito dele. Durante o diálogo ela contou-me que o Sr. "D" havia

praticado incesto, o que me deixou chocada. Após algum tempo despedi-me dela e voltei à unidade. Neste dia não consegui mais falar com o cliente, somente no final da tarde procurei-o para despedir-me. Sabia que alguma coisa havia mudado, e foi então que comecei a refletir sobre o ocorrido.

Naquela tarde eu estava chocada, a princípio não sei por que me senti enganada, talvez pelo fato de ter criado uma imagem do cliente e, de repente, verificar que ele não correspondia a esta. Ao chegar em casa, fiquei pensando e percebi que ele não havia me enganado, mas eu é que me enganara a respeito dele. Diversas coisas passaram-se em minha mente, até que compreendi o que estava errado nesta situação era o fato de, inconscientemente, ter-lhe julgado baseado em minhas crenças e valores, e deixar que isto se refletisse no relacionamento com ele.

Baseado nesta situação, compreendi como as crenças e valores da pessoa que assiste têm grande influência na maneira como este vê o cliente, refletindo-se conseqüentemente sobre a assistência realizada. Porém acredito que a partir do momento que tomamos consciência disto, podemos refletir sobre estas influências, tentando compreender o cliente como ele realmente é, e não como o vemos. Foi então com esta convicção que conseguir continuar assistindo o cliente como antes, sem atitudes preconceituosas.

Este fato é reforçado por CAPRA (1988) ao afirmar que "Há médicos de família que são muito zelosos e atenciosos, e há especialistas muito pouco dedicados. Há experiências muito humanas nos hospitais e outras que são muito desumanas. A medicina é exercida por homens e mulheres das mais diversas personalidades, atitudes e crenças". Onde percebe-se que a assistência prestada depende em



parte da pessoa que assiste, o que é influenciado por suas crenças, valores e atitudes.

### 3ª Experiência

23-09-92 - 18:00hs

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir "ML", 42 a, sexo F, que se encontra em pós-operatório de uma amputação abdomino-perineal de reto com colostomia definitiva devido a um CA de reto. A cliente tinha conhecimento de seu diagnóstico, porém não sabia da existência de metástase em seu fígado. No período pré-operatório passou por momentos de depressão, chorava muito, aceitou a cirurgia por medo da doença.

SOUZA (1986) afirma que "os pacientes com cancer de cólon ou reto o período de descoberta da doença à criação do estoma é muito curto. O período de adaptação surge em plena resposta do ego ao desequilíbrio provocado pelo ato cirúrgico, surgem medo e insegurança." Foi o caso de "ML" que há quatro meses atrás passou a ter sintomas da doença, e tomou conhecimento do diagnóstico, juntamente com a notícia que tinha que fazer cirurgia resultando em colostomia definitiva e no uso de bolsa, o que levou esta a ficar ansiosa e com medo. A possibilidade de existir metástase era outro fator que a preocupava, sendo que o médico lhe assegurou que somente após a cirurgia saberia com certeza da gravidade de seu caso. O fato de ter vivenciado uma experiência anterior negativa de Ca na família contribuiu para aumentar seu medo.

Durante os contatos com sua filha, observei que estas expres-

savam carinho e afeto pela cliente, demonstrando interesse em saber tudo o que ocorria com ela. No momento da visita, sua filha lhe perguntou o que o médico havia dito, respondeu que o tumor era grande, mas que agora estava tudo limpo. Sua filha demonstrou alegria ao saber da notícia. Neste instante me senti mal, por estar ali, observando a felicidade delas devido a um fato que não era verdadeiro, senti medo que elas me questionassem, pois não saberia o que dizer e ao mesmo tempo senti pena delas. Nesta situação o que deveria fazer? Dizer ou não a verdade (diagnóstico)? Fiquei confusa; e achei que pelo menos a família deveria saber, mas não me sentia preparada para isto. No final da tarde, quando as duas retiraram-se para ir embora, fui conversar com elas. Perguntei se haviam falado com o médico, e foi então que fiquei perplexa ao ouvir a irmã de "ML" dizer que sim, e este havia lhe contado que o Ca estava muito avançado, ela viveria por mais algum tempo, porém não tinha esperanças. Elas haviam escondido o fato da cliente para deixá-la tranquila, e pediram ao médico para não revelar nada à cliente, tranquilizei-as e me afstei. Fiquei refletindo sobre o ocorrido, e lembrando como "ML" havia reagido mal à notícia da doença, comecei a pensar que talvez sua filha estivesse com a razão. Afinal, esta a conhecia melhor do que eu.

Segundo SIMONTON, citado por CAPRA (1988) "uma vez gerados esses sentimentos de expectativas e esperança, o organismo os traduz em processos biológicos que começam a restaurar o equilíbrio e a vitalizar o sistema imunológico, percorrendo as mesmas vias que foram usadas no desenvolvimento da doença. A produção de células cancerosas diminui e, ao mesmo tempo, o sistema imunológico torna-se mais forte e eficiente em combatê-las." A cliente estava reagindo bem,

estava com sentimentos de esperança para o futuro talvez pelo fato de não saber da gravidade de seu caso. Porém, talvez ela tenha reagido mal à doença por não ter sido preparada para receber esta notícia. CAPRA (1988), ainda cita a forma de tratamento dos Simon-tons, que ajudam os pacientes a se tornarem cientes do contexto mais amplo de sua enfermidade, a identificar os principais pontos de estresse em sua vida e a desenvolver uma atitude positiva diante da eficácia do tratamento e do poder das defesas do corpo." Porém, isto só é possível diante do conhecimento da doença pela cliente e ajuda terapêutica.

Numa situação como essa não me senti no direito de intervir na decisão da família e "ML" continuou pensando que estava curada. Se a atitude foi correta, só o tempo dirá. Não poderia deixar de levar em consideração a opinião dos familiares, que convivem com a cliente, conhecendo-a melhor. Acredito que devemos orientá-los sobre a situação e deixar que reflitam e tomem a decisão que será melhor para a cliente.

---

## 7 - CONCLUSÕES

### 1 - Principais conclusões relativas à problemática abordada

1.1 - A dor e a insônia são os comportamentos fisiológicos mais evidenciados entre as pessoas que se submetem a cirurgias de amputação. No pré-operatório, a dor tem origem no próprio problema que exige a intervenção cirúrgica, enquanto no pós-operatório ela tem sua origem principal nas lesões produzidas pela cirurgia. Já a insônia é originada por dois tipos de fatores, os de ordem ambiental e os de ordem emocional (medo da morte, sentimentos de perda, preocupações diversas), cujos estímulos são os mais difíceis de serem removidos.

1.2 - Outros comportamentos fisiológicos bastante frequentes entre tais pacientes são: constipação e diarreia (na maioria dos casos causada pela cirurgia, mobilidade diminuída, por uso descontrolado de laxativos, em casa, e por dieta imprópria, no hospital) e hipo ou hiperglicemia (relacionados ao estresse cirúrgico e ao não controle dos valores glicêmicos).

1.3 - Os comportamentos mais evidenciados nos planos do auto-conceito, do exercício do papel e da interdependência são: distúrbios da auto-imagem e auto-estima, o medo da morte, perdas (ou sentimentos de) relativos à independência e à sexualidade, e depressão.

1.4. - Os comportamentos fisiológicos foram bastante mais facilmente identificados que os relativos à dimensão psicossocial do indivíduo. Este fato pode ser explicado por duas ordens de fatores: a) a relativa semelhança na manifestação de sintomas físico-químicos entre diferentes indivíduos, em contraste com uma variedade e desigualdade muito maiores das manifestações de origem psicológica ou cultural e, b) ao maior preparo, durante o curso, para a abordagem dos problemas de ordem fisiológica, assim como à ênfase dada nas práticas hospitalares convencionais, à dimensão biológica do homem.

1.5 - Os principais fatores que levam o indivíduo a aceitar a amputação são a dor e o medo da evolução da doença.

1.6 - A depressão e os sintomas emocionais relacionados com distúrbios na auto-imagem e na auto-estima são mais intensamente manifestados quando, após a cirurgia, e diminuídas as sensações de dor, o paciente percebe que não possui mais o órgão ou membro amputado.

1.7 - Os sentimentos de perda são mais claramente manifestados

pelos pacientes submetidos à amputação de membros, seguidos dos colostomizados, envolvendo perdas relacionadas com a independência, com a imagem corporal e com a sexualidade.

1.8 - Entre os pacientes que sofreram amputação de membros, o sentimento mais manifestado foi com relação a perda da independência. É importante frisar, no entanto, que os três casos enquadrados nesta categoria eram de pessoas com mais de 50 (cinquenta) anos, sendo possível que o fator idade tenha funcionado nestes casos como amenizador dos sentimentos de perda relativos à auto-imagem e à sexualidade.

1.9 - Entre os pacientes que sofreram amputação de partes do intestino (e, especialmente, entre os colostomizados), o sentimento de perda mais significativo foi com relação à sexualidade.

---

1.10 - A paciente que sofreu uma histerectomia não manifestou sentimentos de perda. Entretanto, tal fato deve ser relativizado em vista da mesma ter gerado quatro filhos, anteriormente.

1.11 - A paciente com amputação de parte do rosto evidenciou perdas diversas: na auto-imagem, na auto-estima, na sexualidade, no contato social, no trabalho, no prazer de comer. À exceção da última, motivadas por sensações de

dor, as demais partes estão associadas à alteração da imagem facial.

1.12 - A manifestação do medo da morte, quando ocorrida, estava conjugada à intensa expressão de religiosidade. A figura de Deus é vista tanto como determinadora da doença e do sofrimento (castigo), quanto como salvadora e como fonte de esperança de superação de situação vivida.

1.13 - Um fenômeno bastante frequente entre os pacientes estudados (30%) foi a "hospitalite" - termo empregado por NOVAES (1975), para descrever a reação dos enfermos de quererem continuar doentes.

1.14 - Outro fenômeno muito frequente foi a manifestação do receio de "dar trabalho" ou a sensação de "estar incomodando". Tais sentimentos estão claramente relacionados com o baixo nível cultural dos pacientes, carentes da consciência de seus direitos e de um senso crítico mais acurado, e formados numa perspectiva de passividade e não-reinvindicação.

1.15 - O comportamento normal, verificado, dos familiares em relação aos pacientes que sofreram amputação foi de solidariedade, podendo-se mesmo afirmar que os familiares sofriam a amputação juntos com o paciente.

1.16 - De outro lado, no entanto, os familiares apareceram co-

mo portadores de preconceitos, evidenciados, com ênfase, na valorização cultural da beleza e da integridade físicas e, deste modo, agravando a situação enfrentada pelo paciente, ao reforçarem seus sentimentos de perda no tocante à auto-imagem.

1.17 - Via de regra, os sentimentos de perda manifestados pelos familiares estavam relacionados à manifestação ou não destes sentimentos pelos pacientes, mas também se relacionavam com o medo da perda do ente querido e/ou com a alteração do papel deste no seio familiar e do seu estilo de vida.

## 2 - Conclusões relativas ao instrumental metodológico empregado

2.1 - Os dois instrumentos (formulários) baseados no processo de enfermagem de Roy ("Identificação de respostas aos estímulos" e "Intervenção de enfermagem") revelaram-se adequados ao trabalho que propúnhamos, funcionando como bons roteiros para o diagnóstico e a evolução da situação dos pacientes de um modo abrangente.

2.2 - O "Roteiro para entrevista com a família" revelou-se um instrumento suficiente tanto para a obtenção de informações quanto para propiciar uma intervenção positiva dos



familiares na aceitação, pelos pacientes, das mudanças ocorridas em seu corpo.

2.3 - O "Teste das cores de Luscher" serviu para o levantamento de pistas para uma maior compreensão sobre a situação emocional dos pacientes (apesar de não julgarmos suficientemente atestadora da veracidade das informações colhidas, as interpretações do teste foram confirmadas por todos os pacientes com os quais este foi aplicado) e, sobretudo, para o estabelecimento de uma melhor interação com os mesmos, funcionando a aplicação do teste como fator de desinibição e de abertura de diálogo.

### 3 - Outras conclusões relativas à experiência do estágio

3.1 - A não-compreensão, e mesmo a não-aceitação do nosso trabalho, quando o iniciamos, é demonstrativa da hegemonia de posturas naturalistas nas práticas hospitalares do Hospital Universitário, as quais enfatizam os aspectos biológicos do processo saúde-enfermidade, subestimando a dimensão psicológica do indivíduo. De outro lado, no entanto, a gradativa aceitação que o trabalho foi conquistando, assim como o reconhecimento de seus êxitos, pode ser vista como indicativa da possibilidade da revisão de tais práticas.

3.2 - A compartimentação da medicina em setores super-especia-

lizados, bem como a organização hospitalar baseada nesta característica revelou-se, na prática, prejudicial à melhoria da saúde dos pacientes.

#### 4 - Considerações finais relativas ao referencial teórico

4.1 - Os pressupostos do modelo de Roy podem ser divididos em duas categorias básicas: aqueles que são construídos a partir do conceito-chave de "adaptação" e que são indissociáveis da concepção do homem como um "sistema de adaptação"; e os que independem deste conceito e desta concepção.

4.2 - As pressuposições do M.A.R. que independem da idéia de "adaptação" são as afirmações de que o homem é um ser biopsicossocial (1.1); de que este ser se encontra em constante interação com o meio ambiente (1.1); de que, nesta interação, ~~ele enfrenta condições, circunstâncias~~ e influências que afetam seu desenvolvimento e comportamento (1.4); de que, para enfrentar as mudanças do meio, o homem usa mecanismos que são biológicos, psicológicos e sociais em sua origem (1.7); e, de que saúde e doença são dimensões inevitáveis na vida das pessoas (1.9). Nenhuma destas pressuposições é exclusiva do M.A.R. mas são, isto sim, comuns a todas as modernas teorias da saúde humana. Por conseguinte, não são elas que caracterizam ou que qualificam o modelo; apenas o enquadram num estágio determinado do desenvolvimento histórico das ciências da saúde.

4.3 - Apesar de, por si só, as assertivas expostas não defini-rem o modelo de Roy, justamente por serem patrimônio comum da modernidade científica no campo da saúde, devemos considerá-las até mesmo para podermos nos situar, juntamente com Roy, dentro desta modernidade. Sem isto, uma possível discordância nossa em relação a Roy seria uma discordância ditada pelo passado; ao contrário, se tivermos que discordar de Roy, queremos que esta discordância nasça de uma perspectiva de futuro. Concordamos com estas assertivas: a) o homem é um ser biopsicosocial (rejeitar esta concepção é o mesmo que negar o fato de que o homem pensa e vive em sociedade. Somente a medicina mais tacanha - e que, lamentavelmente, é hegemônica nas práticas hospitalares que conhecemos - é ainda capaz de conceber o homem como um simples animal, o que implica compreender a doença como um desarranjo puramente físico ou químico, exigindo, portanto, um tratamento apenas fisioterapêutico e/ou quimioterapêutico. A concepção do homem como ser biopsicosocial pressupõe o entendimento de que ele está exposto a uma maior variedade de desarranjos e que, portanto, exige uma variedade maior de terapias); b) o homem está em constante interação com o meio ambiente (só é possível rejeitar este fato se se posicionar a partir de uma perspectiva filosófica idealista subjetiva, pela qual o mundo não passa de uma mera projeção de nossa consciência; ao contrário, sabemos que o mundo existe independentemente de nossa consciência e que nos situamos nele, fazendo par-

te da sua dinâmica e, portanto, relacionando-nos necessariamente com ele); c) o homem enfrenta, na sua interação com o meio ambiente, condições, circunstâncias e influências que afetam seu desenvolvimento e comportamento (mais que isto, o homem depende, para sua sobrevivência e desenvolvimento, do meio ambiente, estando por conseguinte exposto às suas condições); d) para enfrentar as mudanças do mundo, o homem usa mecanismos que são biológicos, psicológicos e sociais em sua origem (a necessidade de enfrentamento, não apenas das mudanças, mas, de modo mais amplo, de todas as condições ambientais implica, não apenas para o homem, mas para qualquer ser vivo, a necessidade de desenvolver mecanismos apropriados a este enfrentamento. No caso específico do homem, tais mecanismos são biológicos, psicológicos e sociais justamente porque o homem é um ser biopsicossocial, ou seja, é um animal que ao longo de sua evolução enquanto espécie desenvolveu uma estrutura psíquica e passou a viver em sociedade. Seus mecanismos de enfrentamento do mundo correspondem a estas três dimensões do seu caráter: sua constituição animal, físico-química; sua estrutura psíquica; sua vida social); e, e) saúde e doença são dimensões inevitáveis na vida da pessoa (saúde e doença não são realidades dissociadas o dissociáveis; uma só pode existir em relação à outra; ambas compõem um processo dinâmico e contínuo, constituindo o movimento próprio da contradição entre vida e morte.

4.4 - Os demais pressupostos do M.A.R. (aqueles vinculados ao conceito-chave de "adaptação") podem ser sumariados da seguinte forma: o homem é um "sistema de adaptação" (1.1) em relação às mudanças do meio; sua capacidade de adaptação depende do seu próprio estado e do grau em que a mudança ocorre (1.2); a adaptação pressupõe respostas positivas às mudanças do ambiente (1.6) e tais respostas promovem a integridade da pessoa em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (1.5), liberando energia para que ela responda a outros estímulos (1.3); esta adaptação se processa em quatro domínios ("modos de adaptação") distintos - fisiológico, do auto-conceito, do exercício do papel e da interdependência (1.8). Por fim, a pessoa com problemas de adaptação é o cliente da enfermagem (1.10), cuja meta é justamente promovê-la (1.11).

---

4.5 - Os pressupostos acima sumariados (à exceção dos dois últimos, que definem o cliente e a meta da enfermagem) são assertivas que atribuem à "adaptação" o caráter de condição básica de regulação da doença e conservação da saúde, bem como explicam o seu funcionamento geral. O conjunto desses pressupostos, encadeados logicamente, está armado em torno do conceito-chave de "adaptação", de tal modo que a refutação de qualquer deles só é possível mediante a refutação do referido conceito chave. Assim, é a este conceito que devemos dirigir essencialmente nossa atenção.

4.6 - No nosso entendimento, a adaptação, antes de ser um conceito, é uma realidade. Num mundo que está em perpétuo movimento e numa sociedade que é plena de conflitos e contradições, as mudanças e transformações são parte intrínseca da vida das pessoas, impondo-lhe a necessidade de adaptação quase que permanentemente. Também entendemos aceitável a visão de adaptação como condição de saúde, uma vez que o desajuste em relação à realidade tem implicações necessárias sobre a integridade física e psíquicas das pessoas. Deste modo, entendemos que o M.A.R., assim construído é um instrumental válido para a avaliação das condições individuais de saúde e para a intervenção sobre tais condições.

4.7 - De outro lado, entendemos que o fato de o modelo se demonstrar adequado como instrumental de análise e de intervenção não o fecha a possíveis reformulações e aperfeiçoamentos, sendo interessante conferir-lhe um caráter de provisoriedade (as teorias que se pretendem definitivas merecem ser definitivamente enterradas). O conjunto dos seus pressupostos constituem apenas um quadro analítico bastante genérico, que pode ser preenchido com distintos conteúdos. Assim, o behaviorismo, que informa o modelo no concernente à dimensão psíquica da pessoa, pode perfeitamente ser substituído ou complementado por outras teorias psicológicas, da mesma forma que outras teorias sociológicas podem ocupar o lugar do funcionalismo que, no M.A.R. informa os elementos de análise re-

ferentes à dimensão social da vida humana. Deste modo, entendemos que o M.A.R. pode se tornar um instrumento mais valioso do que efetivamente é, desde que se abra às conquistas da ciência e da filosofia.

- 4.8 - Um pequeno aperfeiçoamento que julgamos possível no M.A.R., sem violentá-lo, mas que pode produzir muitos bons resultados, diz respeito à categorização dos chamados "modos de adaptação". O modo do exercício do papel e o modo de interdependência poderiam, a nosso ver, serem englobados num único modo, uma vez que ambos remetem à mesma dimensão de problemas, relativos à vida social do homem. Desta forma, teríamos três modos, um referente à vida fisiológica, outro à psíquica e outro à social, correspondentes às três dimensões do caráter biopsicosocial do homem. Esta simplificação metodológica serviria para diminuir as dificuldades na compreensão do M.A.R. pelos diversos interessados, ao mesmo tempo que poderia ser a chave para libertá-lo da sua prisão funcionalista.

- 4.9 - Uma crítica que julgamos necessária a estes pressupostos refere-se àquele que concebe o homem como um "sistema de adaptação". Na nossa maneira de ver, esta é uma concepção restritiva que, por um lado, supervaloriza o conceito de "adaptação" e, por outro, empobrece a visão sobre o homem. Preferimos dizer que o homem, ao invés de ser um sistema adaptativo, possui um sistema adaptativo. Tal

reformulação não diminui em nada o valor dos demais pressupostos.

4.10 - Quanto aos dois últimos pressupostos, definidores do cliente e da meta da enfermagem, são pressupostos de conteúdo, com os quais não os concordamos. Embora entendamos a adaptação como um processo da vida real e como uma necessidade na vida dos homens, não a vemos como um "fim" em si própria, mas como um "meio" para estes homens prosseguirem em seu crescimento. Desta forma, os homens não vivem para se adaptar, mas se adaptam para viver. A meta da enfermagem, portanto, não deve ser a promoção da adaptação do indivíduo-cliente, mas sim a promoção do seu mais pleno desenvolvimento. Assim, também redefinimos a idéia de cliente: este deixa de ser apenas o indivíduo com problemas de adaptação e passa a ser qualquer indivíduo na busca do próprio crescimento. Com isto, buscamos retirar o M.A.R. da sua perspectiva conformista e voltada para a manutenção da ordem estabelecida e colocá-lo numa nova perspectiva, vivificante e libertadora.



## 8 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - ACHCAR, Maria Carmelita Henriques. Humanização do hospital. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, v.1, n.5, p.16 - 20, maio/jun. 1979
- 2 - ALMEIDA, Telma Marques da Silva, BARROS, Tânia Regina Rocha de Inteვენção de enfermagem ao cliente e família frente a uma amputação emergencial. Pernambuco, jun. 1990. mimeogr.
- 3 - BEDOYA, Carmenza. El papel de la enfermera em rehabilitacion. Rev. Investigacion y Educacion em Enfermeria, v.9, n.1, p.53-61, mar. 1991.
- 4 - BEYERS, Marjorie, DUDAS, Susan. Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. v.1
- 5 - BRANCO, Daniela S. et al Familiares em sala de espera da unidade de bloco cirúrgico (UBC): percepção sobre informações recebidas. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v.9, n.2, p.99 - 104, dez. 1988.
- 6 - BUNGE, Mário. Epistemologia: curso de atualização. São Paulo, EDUSP, 1980. 325 p.
- 7 - CAPRA, Fritjf. O ponto de Mutação. São Paulo: cultrix, 1982. 447 p.
- 8 - ————, Sabedoria incomum. São Paulo: cultrix, 1988.
- 9 - CARVALHO, Zuila Maria de Figueirêdo. Orientação de enfermagem fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.37, n.3 - 4, p.157 - 164, jul/dez. 1983.
- 10 - GRANDA, Edmundo & BREILH, Jaime. Produção e distribuição da doença como fato coletivo. In: Saúde na Sociedade. São Paulo: Cortez, 1989. p. 35-52.
- 11 - GUEZZI, Maria Inês Leal. Cuidados de enfermagem aos pacientes ileostomizados e colostomizados. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v.3, n.1, p.23-27, dez. 1981.
- 12 - HENSE, Denise Suzanna Siebert. A espiritualidade no contexto da experiência do paciente cirúrgico. Rev. Bras. Enf., Brasília v.41, n.1, p.14 - 17, jan./mar. 1988.
- 13 - HOUSE, Randon. O teste de cores de Luscher. Rio de Janeiro: Renes, 1969, 185p.

- 14 - JUPIRY, Jean-Pierre. Introdução à crítica da Ecologia Política Civil. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1980.
- 15 - MANZOLLI, Maria Cecília. Relacionamento em enfermagem aspectos psicológicos. São Paulo: Savier, 1987. 102 p.
- 16 - MARTINS, Margareth L. Assistência de enfermagem ao indivíduo ostomizado: ileostomias e colostomias. Florianópolis: UFSC, 1991. mimeogr.
- 17 - NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. A família como unidade de serviço para a assistência de enfermagem à saúde. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n.3-4, p.359-364, jul./dez. 1985.
- 18 - ROCKENBACH, Lúcia Herta. A enfermagem e a humanização do paciente. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n.1, p.49-54, jan/mar. 1985.
- 19 - RODRIGUES, Cecília Maria. Colostomia: relato de experiências vivenciada por clientes colostomizados após hospitalização. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.42, n.1-4, p.53-59, jan/dez. 1989.
- 20 - RODRIGUES, Maria José. Musicoterapia: elemento integrador entre o corpo e a mente. Rev. de Fisioterapia da FVC, Curitiba, v.2, n.1, p.33-36, abr./set. 1990.
- 21 - SANTOS, Evanguelia K.A. dos. Problemas da amamentação e assistência de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1992.
- 22 - SILVA, Waldine Viana, CORREA, Iolanda Maria Silva. Aspectos emocionais do paciente clínico no pré-operatório, Brasília: 1992.

---

- 23 - SOUZA, Mara Cristina et al. Mudanças na imagem corporal e alterações psicológicas em pacientes colostomizados e ileostomizados. Rev. do Col. Bras. de cirurgiões, São Paulo, v.13, n.4, p.159-162, jul/ago. 1986.
- 24 - TREVISAN, Maria Auxiliadora, MENDES, Isabel Amélia Costa, NOGUEIRA, Maria Suely. Definições Teórica e Operacional do Conceito de Papel do Enfermeiro. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, V. 8, n. 1, p. 94-110, jan. 1987.
- 25 - VIEIRA, José Cristovam Martins. A ponte indivíduo grupo: uma prática do modelo de adaptação. Florianópolis; UFSC, 1991. 221p. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 991.
- 26 - VISCOTT, David. A linguagem dos sentimentos. Natal: Summus, 982. 135p.

9 - BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS:

- 1 - BRUNNER, Lillian Sholtis, SUDDARTH, Doris Smith. Enfermagem médico-cirúrgica. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- 2 - CONTRERAS, Justina. Aplicação do modelo de adaptação de Roy em pacientes com doença de Hansen. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- 3 - CORREA, Sônia Hespanhol P. et al. Inovações na assistência de enfermagem ao paciente ortopédico. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.37, n.2, p.139-146, abr./jun. 1984.
- 4 - FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- 5 - Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- 6 - FERREIRA, Noeli L. Andrade. Assistência emocional - dificuldades do enfermeiro. Rev. Baiana Enf., Salvador, v.5, n.1, p.30-41, out. 1992.
- 7 - LEWIS, Howard R., Lewis, Martha E. Fenômenos psicossomáticos: até que ponto as emoções podem afetar a saúde. Rio de Janeiro: J. Olímpio, 1974. 318p.
- 8 - LINS, Lenes Clécia Saraiva, Rodrigues, Eduarda. Operacionalização da teoria de Callista Roy em um paciente com síndrome de Cushing. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, v.4, n.24, p.18-23, jun./ago. 1982.
- 9 - MARTINS, Ana Adelaide. Enfermagem como prática social. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.40, n.2-3, p.132-143, abr./set. 1987.
- 10 - MEKSENAS, Paulo. Aprendendo sociologia: a paixão de conhecer a vida. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1986. p. 61-90.
- 11 - MELO, Cristina. Enfermagem: teoria e prática para construir qual sistema de saúde? Rev. Baiana Enf., Salvador, v.5, n.1, p.21-29, out. 1992.
- 12 - MOREIRA, Alice Leite. Plano de assistência de enfermagem - baseado no modelo de adaptação de Sister Callista Roy. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.15-19, nov./dez. 1979.

- 13 - NEIVA, Kátia Rejane, GRACIOSA, Max. Assistência de enfermagem aos pacientes apresentando sinais ou sintomas de estresse. Florianópolis: UFSC, 1985. Projeto de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem.
- 14 - PILOTTONETO, Egydio. Cor e iluminação nos ambientes de trabalho. São paulo: Liv. Ciência e Tecnologia, 1980. p. 97-126.
- 15 - RIZZARDI, Eliana M. B., SILVA, Elizabeth Paz da, BURLAMAQUE, Clelia Soares. Adequação da assistência de enfermagem às necessidades e expectativas de pacientes cirúrgicos. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v.4, n.2, p.169-187, jul. 1983.
- 16 - SANTO, Terezinha de Jesus Monteiro Espírito. Segurança emocional como necessidade humana básica - atuação do enfermeiro junto ao cliente em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n.3-4, p.231-236, jul./dez. 1985.
- 17 - SCHMARCZEK, Marilene. Um estudo sobre redução do estado de ansiedade através da dinâmica de grupo. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.20, n.3, p. 207-217, dez. 1986.
- 18 - TAKITO, Clarinda. Como o paciente hospitalizado percebe o ambiente de sua unidade. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.37, n.2, p.125-134, abr/mai/jun. 1984.
- 19 - TRENTINI, Mercedes et al. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v.11, n.1, p.18-28, jan. 1990.
- 20 - TURRISI, Gladys Hebe, SILVA, Denise Guerreiro V. da. O modelo de adaptação de enfermagem de Roy. Florianópolis: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. 1986. mimeogr.

## 9 — ANEXOS

ANEXO 1

IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS AOS ESTIMULOS

Nº:

Data:.....

- Identificação:

Registro.....

Nome.....

Idade..... Sexo ( )M ( )F

Estado Civil: S ( ) C ( ) DE ( ) DI ( ) Outro ( )..

Endereço:.....

..... Fone:.....

Atividade Profissional.....

Escolaridade .....

Religião.....

Naturalidade.....

Renda Familiar (em salário mínimo).....

Diagnóstico.....

Fez Cirurgia? sim ( ) não( )

Sem sim, qual? .....

-Data da cirurgia:...../...../.....

-Data da internação:...../...../.....

-Data da alta:...../...../.....

- MODO FISIOLÓGICO

- Movimento e repouso

-Execução de exercícios físicos, tipo, frequência

.....  
.....

Sono:

.período.....

.frequência.....

.sonífero.....

Postura: (posição adotada).....

Mobilidade.....

- Nutrição:

Refeições:

.frequência.....

.dieta (tipo).....

.orientação.....

.estado nutricional .....

- Eliminação:

Renal:

.características.....

Intestinal:

.características.....

Outras:.....

-Oxigenação:

.Respiração:

- . características.....
- . tabagismo sim( ) não( )
- . frequência/quantidade.....

- Pulso:.....
- . frequência.....
- . pulsos periféricos.....
- PA.....

-Sentidos

- Fluidos e eletrólitos
- . ingestá líquida.....
- . diuréticos.....
- . edema.....

-Função neurológica

- . nível de consciência.....

-Integridade da pele

- . coloração.....
- . turgor.....
- . tñnus.....
- . umidade.....
- . pigmentação.....
- . temperatura: corporal.....
- extremidades.....



.outras alterações.....

-Percepção:

-Medicamentos:

## II - AUTO-CONCEITO

### 1 - Eu-Físico

Como se sente em relação a: corpo, aparência, atratividade, sexualidade

Observar: vestes, cabelos, maquilagem, higiene

### 2 - Eu-pessoa

Como se sente em relação a: si mesmo; cônjuge; filhos; amigos; outras pessoas; religião; resolução de problemas.

Como se descreve?

Como você gostaria de ser?

Como você se vê em relação a outras pessoas?

Você se ama?

O que pensa da vida?

Por quem você vive?

---

Para quem você vive?

Quais são suas expectativas para o futuro?

Observar: tique; estado de espírito; tom de voz; linguagem corporal; contato visual.

## III - EXERCICIO DO PAPEL

-Expectativas: dos pais; dos filhos; do c3njugue; de amigos; de outras pessoas significativas; de grupos da comunidade.

-O que o cliente pensa que outros esperam dele:

-Expectativas do cliente para com ele mesmo.

-O que voc3 acha que mudou em sua vida?

- Atendimento 3s pr3prias expectativas do cliente, 3s dos outros com rela33o ao trabalho.

- Observar desempenho de atividades de pap3is do cliente: na fam3lia;

## IV - INTERDEPENDENCIA

-Componentes da família:

-Membro(s) da família que mais se afina;

-Outras pessoas importantes para o cliente;

-Relações do cliente com outras pessoas;

-Como vê a equipe médica, de enfermagem e outros profissionais?

---

-Como gostaria de ser visto?

-Atividades que desenvolve fora de casa:

.Individualmente:

-.Em grupo: formal (instituição)

não formal (amigos, vizinhos, etc)

Observar:

.Demonstra afeto e se interessa por outras pessoas?

.Modo como os outros demonstram afeição e amor por ele?

.Modo como demonstra afeto em relação a outras pessoas?

.Indícios verbais quando interage com outros (família, amigos, entrevistador)?

.Comportamento de apoio como cuidado e atenção, proteção, reconhecimento de ajuda, sinais de amor, respeito, valor, toque.

## ANEXO 2

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

## AVALIAÇÃO: MODOS ADAPTATIVOS

Modos Adaptativos	Comportamentos	
	Negativo	Positivo
-Fisiológico		
-Auto-Conceito		
-Papel Social		
-Interdependência		

Registro:

Nº Prontuário:

## DIAGNOSTICO

Comportamento	Estimulos		
	Focal	Contextual	Residual
Fisiológico.			
Auto-Conceito			
Desempenho do Papel			
Interdependência			

Registro:

Nº Prontuário:

INTERVENÇÕES E AVALIAÇÃO:



## ANEXO 3

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A FAMILIA

1-O que você sabe sobre o problema do cliente?

2-Como você se sente em relação ao problema?

3-O que você gostaria de fazer para ajudá-lo?

4-Como você acha que ele se sente?