


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

PROJETO DE ESTÁGIO: "INTERRELAÇÃO DINÂMICA ENFERMEIRO/PACIENTE EM UNIDADE CIRÚRGICA".

N.Cham. TCC UFSC ENF 0009
Título: Projeto de estágio: interrelação
dinâmica enfermeiro/paciente em unidade

972519552 Ac. 239142
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ALUNAS: CRISTINA GABEL
MARA BEATRIZ MARTINS CONCEIÇÃO
MAYESSI DABBOUS MOHAMAD
ROZELI EMÍLIA FIDELIS

ORIENTADORA: MARGARETH LINHARES MARTINS

SUPERVISORA: MARIA ANICE DA SILVA CARDOSO

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0009
Ex.1

FPOLIS, SETEMBRO/85

"Ser jovem significa ser entusiasta, e não otimista, pois o otimismo é uma miopia. Ser entusiasta é ter um espírito que / calcula, e um coração que não calcula; é ser semelhante a um soldado que conta os adversários e em seguida esquece quantos são, pensando na beleza da causa".

(René Bazin)

A idéia da utilização da Teoria da Relação Dinâmica Enfermeiro/Paciente de Ida Jean Orlando, surgiu de uma conversa informal com a professora Ana Palma Camargo, e partir de então, contamos com o apoio da mesma e das professoras: Maria Tereza Leopardi da Rosa, Margareth Linhares Martins, nossa orientadora e da / enfermeira Maria Anice da Silva Cardoso, nossa supervisora. A todas, os nossos sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO:

	Pg
I - Introdução.....	01
II - Metodologia.....	06
a) Revisão de Literatura.....	06
b) Definição de Termos.....	29
c) Métodos e Técnicas.....	31
III - Objetivos.....	36
a) Gerais.....	36
b) Específicos.....	36
IV - Estratégias de Desenvolvimento.....	38
V - Considerações Finais.....	42
VI - Referências Bibliográficas.....	44
VII - Anexos.....	45
Anexo 1.....	46

I - INTRODUÇÃO:

Projeto elaborado pelas alunas da VIII Unidade Curricular (U.C.) do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a ser desenvolvido no período de 12/09/85 à 20/11/85 na Unidade de Clínica Cirúrgica Masculina / do Hospital Governador Celso Ramos, sob a orientação da professora Margareth Linhares Martins e supervisão da enfermeira Maria / Anice da Silva Cardoso.

Este projeto está sendo realizado tendo por base a Teoria do Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente de Ida Jean Orlando.

Esta teoria foi escolhida por melhor adaptar-se à realidade da instituição onde desenvolveremos o nosso projeto, principalmente, se levarmos em consideração o fato de a instituição / não ter uma metodologia sistematizada.

A Teoria do Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente, / trata basicamente de uma assistência de enfermagem deliberada, / onde as percepções, pensamentos e sentimentos do paciente são / amplamente explorados com o objetivo de ele próprio ajudar no / seu tratamento, no entanto, esta mesma teoria apresenta no seu / contexto várias limitações, das quais podemos citar: a visão do paciente isoladamente, não levando em consideração seu grupo e/ou

família. Além disso ela trabalha apenas com as necessidades não satisfeitas atualmente.

Levando-se em consideração que o Hospital Governador Celso Ramos atende pessoas das mais variadas regiões do estado, que o número de funcionários é insuficiente e que a média de internação é pequena (4 - 6 dias), achamos que a aplicação da referida teoria é bastante adequada à situação, já que torna-se difícil / dar orientação aos familiares dos pacientes que dificilmente ou quase nunca visitam o mesmo, exceção os que moram nesta cidade ou nas proximidades. Além disso, pelo curto tempo de permanência em que o mesmo fica hospitalizado, pelo grande número de pacientes / atendidos e pelo número insuficiente de funcionários, as necessidades não satisfeitas na atualidade tem prioridade. No entanto é proposta nossa, à medida das possibilidades, dar orientações extensivas à família e/ou grupo, investigar e trabalhar as necessidades não satisfeitas no passado, que estejam aflorando no presente, e que, certamente terão repercussão no futuro.

Além desses pontos, na abordagem desta teoria todos os pacientes encontrarão uma melhora significativa, o que nem sempre é verdade, levando-se em conta que vários pacientes estão internados sem perspectivas de cura. Porém ela, com todas as suas limitações nos parece bastante viável, principalmente, que de todas as teorias que conhecemos, esta é a que mais dá valor à opinião e participação do paciente e as leva em consideração no desenvolvimento de seu tratamento.

Escolhemos realizar o estágio na área de saúde do adulto à nível hospitalar por levarmos em consideração a diversidade de / patologias, as diferenças sócio-culturais dos pacientes e pela / instituição retratar a realidade brasileira.

Resolvemos trabalhar em Unidade de Clínica Cirúrgica, por esta área exercer grande atração sobre todas nós, oportunizando-nos grandes experiências no campo profissional.

a) Levantamento da Situação:

A assistência de enfermagem é prestada por duas enfermeiras, sendo uma no turno matutino e outra no vespertino, quatro / auxiliares de enfermagem, seis técnicos de enfermagem, quinze / A.S.H.A. e dois auxiliares administrativos, havendo rodízio de / pessoal a cada doze horas, com trinta e seis horas de descanso, sendo que alguns funcionários cumprem seis horas diariamente. O plantão noturno conta com apenas uma enfermeira para todo o hospital.

Segundo bibliografia, o número adequado de funcionários para esta unidade seria de :

média diária de pacientes	horas de enfermagem	dias do ano
ou número de leitos	X	nas 24 horas

dias do ano em termos de necessidades administrativas	X	horas produtivas por empregado
---	---	--------------------------------

$\frac{46 \times 3,5 \times 365}{206 \times 7} = 40,75 = 41$, sendo o déficit perceptível de 29% de funcionários.

Como pode-se verificar, existe um grande deficit no número de pessoal, sendo além disso, predominante a existência de pessoal não qualificado, fazendo com que os mesmos exerçam atividades que não as suas atividades regimentais.

A divisão de tarefas dos funcionários é feita mensalmente, sendo reformulada, se necessário, diariamente. Os funcionários / são avaliados através de reunião grupal. Durante a passagem de / plantão a equipe de enfermagem se comunica em relação à assistên

cia de enfermagem prestada. Não existe no hospital uma metodologia de assistência padronizada, o que existe são rotinas que são altamente flexíveis e poderão receber adaptações.

A percentagem de absenteísmo é bastante elevada, chegando em alguns meses a um total de 40%.

Levando-se em consideração todos esses fatores mais a precariedade de materiais de consumo e permanentes disponíveis, as verbas insuficientes destinadas à saúde, a sobrecarga de trabalho / dos funcionários, pode-se dizer que a assistência de enfermagem / e médica prestada aos pacientes está longe de ser a ideal;

Acreditamos que para que haja uma melhoria de todo este quadro, far-se-ia necessário uma maior conscientização por parte dos governantes priorizando a saúde e a educação da população.

Partindo deste princípio, encontraríamos pessoas vivendo / descentemente com condições culturais e econômicas para manter a sua saúde e instituições com infraestrutura adequada para atendê-los dignamente quando necessário.

Os objetivos gerais da assistência de enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos são:

- a) Prestar assistência livre de riscos ao cliente nas suas necessidades físicas, previamente identificadas, considerando as características individuais e assegurando os recursos indispensáveis;
- b) Prestar assistência às necessidades terapêuticas do paciente / num contexto multiprofissional, aplicando os princípios científicos nos diferentes níveis de complexidade;
- c) Prestar assistência ao cliente nas suas necessidades espirituais, emocionais e sociais, respeitando seus valores, utilizando os recursos da instituição, família e da comunidade;

- d) Prestar assistência às necessidades de reabilitação do cliente no sentido de reintegrá-lo no meio social com a sua participação, da família e da comunidade;
- e) Assegurar que o ambiente onde se proporciona os cuidados seja confortável e livre de riscos e que o cliente, família e funcionários, sejam orientados para protegerem-se das agressões / do meio ambiente;
- f) Integrar as ações preventivas com as curativas e de reabilitação na enfermagem.

A assistência de enfermagem no Hospital Governador Celso Ramos é feita em termos de ações básicas: higiene e conforto, execução da prescrição médica e cuidados de rotina,

A assistência médica é prestada por médicos contratados pela instituição e médicos residentes.

Para melhor reconhecimento da situação do espaço físico da Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Governador Celso Ramos, apresentaremos a sua planta física em ANEXO 1.

II - METODOLOGIA:

a) Revisão de Literatura:

A falta de habilidade completa ou parcial do paciente para realizar o auto-cuidado pode ser temporária ou permanente, ou porque realmente o ambiente pode restringi-lo ou porque ele o interpreta mal. Cada uma destas circunstâncias pertence a um estado / particular de problema e, por isso, pode ser ilustrada.

É importante que o enfermeiro se preocupe com os problemas do paciente, pois o tratamento e prevenção da doença se processam melhor quando condições estranhas à doença e à conduta que se toma em relação a ela não causam sofrimento adicional ao paciente. A doença e o seu tratamento esgotam os recursos próprios do paciente e são suficientes para que ele os combata. De modo geral, o enfermeiro concentra a sua atenção em qualquer coisa que possa interferir no seu conforto físico e mental. O sucesso do tratamento ou de medidas preventivas baseia-se, enfim na própria capacidade do paciente de utilizá-los. Essa é a razão porque a enfermagem / tradicional e atual põe em evidência a importância de assistir as necessidades dos pacientes. As formas como o enfermeiro influencia o paciente e como isto influencia o andamento da condição do paciente não foram sistematicamente estudadas em grande escala.

Incapacidade para comunicar Necessidades:

O que o enfermeiro precisa saber para levar a efeito a sua função de satisfazer as necessidades do paciente? Ele deve primeiro compreender que o paciente não pode explicar claramente a natureza e o significado do seu problema ou da sua necessidade / sem ajuda ou sem que ele tenha primeiro estabelecido um relacionamento com ele. O enfermeiro observa o comportamento do paciente, cujo significado não pode entender sem um exame posterior.

Para uma pessoa inexperiente não é lógico que o paciente / deixe de pedir auxílio quando necessita dele, já que esta é a própria razão de as enfermeiras estarem à sua disposição. Para os familiarizados com os conceitos psicodinâmicos não deveria causar / surpresa o fato de as pessoas serem ambivalentes em relação às / suas necessidades de dependência. O significado das queixas do paciente deve ser verificado de tal forma que o enfermeiro possa ajudá-lo.

O problema do paciente, quando se relaciona com a ajuda de suas necessidades, deve ser examinado de modo a identificar a função da enfermagem. É de responsabilidade direta do enfermeiro providenciar para que se ajude a satisfazer as necessidades do paciente ou diretamente pela sua própria atividade ou indiretamente / chamando outras pessoas para ajudá-lo. Para satisfazer as necessidades do paciente, o enfermeiro:

- 1 - Inicia um processo de ajuda ao paciente para expressar o significado específico do seu comportamento de modo a identificar o seu problema.
- 2 - Ajuda o paciente a explorar o problema de modo a identificar a ajuda que ele requer, para que o seu problema possa ser solucionado.

Dados de Enfermagem:

Existem essencialmente quatro práticas que são básicas para a enfermagem: - Observação.

- Relatório.

- Anotação.

- Ações praticadas com ou para o paciente.

Quando efetuadas, essas práticas deveriam ser examinadas em termos dos benefícios obtidos pelo paciente.

As observações do enfermeiro podem ser diretas ou indiretas. Conhecimento indireto do paciente consiste em qualquer informação derivada de outra fonte que não o paciente. Essa informação diz / respeito ao paciente, mas não é diretamente derivada dele. Normalmente consiste em comentários feitos proposital, incidental, formal ou informalmente, por pessoa (pessoal do serviço de enfermagem, de outros serviços, outros profissionais, amigos e parentes do paciente, etc), em relatórios, reuniões e em outras ocasiões. Esses comentários podem consistir de observações, julgamentos, incidentes, sintomas e queixas pertinentes ao paciente. Outras fontes indiretas podem incluir as anotações do enfermeiro, de evolução, as ordens médicas, etc.

A consideração de dados de enfermagem disponíveis e inicialmente inadequados quando relacionados à ajuda à necessidade do paciente torna possível formular o princípio que orienta o enfermeiro na sua prática de observação. Qualquer observação partilhada e explorada com o paciente é imediatamente útil para verificar e satisfazer sua necessidade ou descobrir que de nada necessita naquele momento.

O modo como o paciente se comporta, afeta o enfermeiro, e o enfermeiro, por sua vez, afeta o paciente. A interação ou proces-

so que ocorre entre eles é único para cada situação.

O Comportamento do Paciente:

O comportamento do paciente é o que é observado pelo enfermeiro numa situação imediata enfermeiro/paciente. Em favor das finalidades da enfermagem é possível abordar uma descrição de comportamento com base no que o enfermeiro percebe. O termo "percepção" é usado em sentido restrito, incluindo apenas os estímulos que o enfermeiro experimenta diretamente através dos seus sentidos, isto é, o que vê, o que toca, o que ouve, o que cheira e o que prova.

O comportamento do paciente pode ser percebido pelo enfermeiro em qualquer das formas seguintes:

- Expressões não verbais de comportamento são manifestados por atividades motoras e manifestações fisiológicas. Essas formas / são em geral percebidas visualmente. O comportamento essencialmente não verbal que é vocal pode ser ouvido pelo enfermeiro.
- O comportamento verbal do paciente que talvez seja mais variável compreende qualquer coisa que o paciente diz. É possível agrupar todo o comportamento verbal como queixas, perguntas, pedidos, recusas, ordem e quaisquer outros tais como comentários ou afirmações. Comportamento verbal e não verbal com certeza podem ser observáveis simultaneamente.

É comum o enfermeiro perceber o comportamento do paciente / pela sua aparência.

Muitas das afirmações feitas pelo enfermeiro são realmente idéias que ocorrem ao enfermeiro como consequência da percepção de alguma faceta do comportamento.

As observações iniciais do comportamento que o paciente apresenta são inadequadas para se compreender o que o paciente es-

tá tentando comunicar. Além desse fenômeno, junto à inabilidade inicial do paciente de comunicar as suas necessidades surge o princípio que orienta o enfermeiro em suas observações do paciente: o comportamento que o paciente apresenta, seja qual for a forma através da qual ele se manifesta, pode representar um pedido de ajuda.

O segundo elemento de uma situação de enfermagem é a reação do enfermeiro. Consiste de três aspectos:

- 1 - Percepções do comportamento do paciente.
- 2 - As idéias estimuladas pelas percepções.
- 3 - Sentimentos em resposta a essas percepções e idéias.

O que o enfermeiro percebe, pensa e sente à respeito do comportamento do paciente irá naturalmente refletir a sua personalidade e terá conseqüências mais ou menos automáticas. Alguns enfermeiros estão mais inclinados a estar atentos às formas verbais de comportamento antes de observar formas não verbais. Embora seja / extremamente difícil separar percepções de idéias e sentimentos, é válido tentar fazê-lo, de modo a focalizar a atenção de como um aspecto de reação do enfermeiro pode afetar outros aspectos.

Quando o enfermeiro observa um paciente, as idéias que automaticamente lhe ocorrem refletem o significado ou interpretação / que ele acrescenta à sua percepção. Esses significados podem ou / não estar certos do ponto de vista do paciente. É quase certo que eles estejam incorretos, ou pelo menos não completamente corretos, se levarmos em conta a individualidade da experiência de cada pessoa. No entanto, a despeito do seu grau inicial de exatidão, as / percepções que provocam as idéias são comunicações dos pacientes.

Uma oportunidade está implícita em questões que exploram especificamente o comportamento do enfermeiro que este reconhece ou

sobre o qual tem uma idéia.

Algumas vezes o paciente pode ou não responder ao enfermeiro quando ele explora seu comportamento. Todavia a ausência de uma resposta verbal é uma forma de comportamento não verbal que pode também ser explorada.

O paciente, muitas vezes pode se sentir bastante seguro para demonstrar o que passa pela sua mente. Essa barreira, à sua comunicação teria que ser resolvida antes que o enfermeiro possa ajudá-lo. O paciente pode estar reagindo contra o enfermeiro, o hospital, o médico ou outro enfermeiro, e pode ainda não estar bem certo de que sua reação será realmente compreendida. Em momentos como estes, o paciente pode solicitar demonstração adicional do interesse do enfermeiro.

A percepção do enfermeiro é mais frequentemente correta do que incorreta. É improvável que o paciente negue essa afirmação / se ele estiver consciente do estímulo no momento em que o evento ocorre. A idéia individual e automática que o enfermeiro tem sobre sua percepção provavelmente será inadequada ou não completamente correta a menos que seja primeiro investigada com o paciente.

Identificar o significado do comportamento talvez tome menos tempo se o enfermeiro explorar apenas o que percebe. No entanto, as idéias ocorrem automaticamente, e quando expressas experimentalmente, mesmo que sejam incorretas ou inadequadas, levam à permissão, que ajuda o paciente a expressar o seu próprio significado. A habilidade do enfermeiro em manter as suas idéias pendentes, pode assim, não parecer importante, e talvez não o seja. Todavia em processos mais complicados, a quantidade de tempo dispendida para identificar o significado específico das comunicações / do paciente pode tornar-se um problema. Um paciente pode estar com

um sério problema, e o enfermeiro pode perder muito tempo explorando idéias à medida que lhe ocorrem, apenas para descobrir que toda vez está enganado. Logo, deve-se sugerir que o enfermeiro explore primeiro as percepções, dado que ele tenha desenvolvido habilidade suficiente para fazê-lo ou uma disciplina responsiva como resultado de experiência, reconstrução e reflexão.

O estímulo a que o enfermeiro reage pode ser algo do ambiente imediato do paciente ao invés do seu comportamento. Essas reações podem também servir como um objetivo útil mesmo se o estímulo que as provoca pareça, de início, ser irrelevante para a necessidade de ajuda do paciente.

Enfermeiros frequentemente podem ouvir expressões como: "Não questione isto"; "Não seja tão direto"; "Não diga ao paciente"; / "Veja o que aconteceu". Frases como estas negam ou evitam o que pode realmente estar ocorrendo. Quando a reação do enfermeiro, em / qualquer dos seus aspectos não é explorada com o paciente, a condição deste permanece a mesma ou torna-se pior. Isto naturalmente / pressupõe que a necessidade do paciente não foi satisfeita.

Quanto mais tempo o paciente se frustra em obter ajuda, tanto mais problemático se torna o seu comportamento e mais obscuro o seu significado.

Algumas vezes o enfermeiro pode exprimir a sua idéia de tal modo que fica difícil para o paciente explicar o seu problema. Isso pode acontecer mesmo quando a idéia é expressa em forma de pergunta.

Em geral, antes de aprender o que fazer no processo de sua reação, o enfermeiro experimenta as suas percepções, as suas idéias, e sentimentos quase que simultaneamente. Ele percebe, tem idéias automáticas sobre sua percepção (se suas idéias não são ex-

perimentalmente expressas em forma de perguntas e interrogações, ela supõe que sejam corretas) e então ele encontra um caminho certo.

Preocupação, interesse, simpatia e desejo de ajudar são exemplos de sentimentos apropriados. Sentimentos indesejáveis com uma conotação negativa incluem a zanga, irritação, antipatia, aborrecimento e impaciência. Se o sentimento é ou não desejável ele pode levar a resultados que podem ajudar ou prejudicar o paciente, dependendo da validade das idéias que antecedem o sentimento e do que o enfermeiro faz com ele. Um sentimento positivo ou negativo pode funcionar tão utilmente como as percepções e as idéias, quando explorados de tal forma que o paciente seja solicitado a reagir. Desse modo o enfermeiro é capaz de identificar a diferença/ou semelhança entre o seu sentimento e o do paciente. Interrogando-o, ele descobre se está sendo ou não útil para o paciente naquele momento.

Se em dada situação o enfermeiro não esclarece a sua impressão com relação ao paciente, ele pode vê-lo mais tarde e ter novamente o mesmo sentimento sem nunca descobrir a sua utilidade para o paciente, parecendo até reforçá-lo. Além disso, se o sentimento não é expresso, e explorado, pode ser visto no comportamento não verbal do enfermeiro, isto é, pelo modo de olhar, pelo seu tom de voz, pelo modo que manipula ou segura o equipamento ou toca o corpo do paciente. Manifestações não verbais de zanga, impaciência, preocupação e simpatia são frequentemente aparentes. O enfermeiro que não diz ao paciente quais são seus sentimentos permite que ele interprete as suas manifestações não-verbais a seu modo. Então, o problema real em relação aos sentimentos do enfermeiro parece ser o de eles não serem automaticamente compreendidos pelo pacien

te, o ponto importante não é se o sentimento do enfermeiro é positivo ou negativo, mas se as idéias provocam o sentimento correto e como ele afeta o paciente. Além disso, a avaliação de um sentimento como positivo ou negativo depende da pessoa que o tem ou da pessoa que está sendo afetada por ele.

Os sentimentos podem surgir automaticamente e mesmo quando / são positivos, mas derivados de idéias que não foram primeiramente checadas com o paciente, os sentimentos não o beneficiam e o paciente pode fazer uso do sentimento do enfermeiro quando ele o expressa, desde que ele exponha as suas bases e permita que o paciente corrija ou ratifique o que originou o sentimento do enfermeiro.

O problema gerado no paciente pela zanga do enfermeiro pode-se tornar mais intenso se o enfermeiro não explorar o seu sentimento em relação ao paciente.

Embora o primeiro interesse seja evitar a zanga e os sentimentos indesejáveis, assim como reações de represália contra o paciente, deve-se reconhecer que o enfermeiro, como qualquer outra pessoa, podem desenvolver sentimentos que não ajudam o paciente, apesar dos seus melhores esforços. Mas, apesar dos seus sentimentos o enfermeiro ainda é responsável pelo cuidado dos seus pacientes.

Qualquer aspecto da reação, percepção, idéia ou sentimento do enfermeiro expressos e explorados permitem ao paciente comunicar a informação de que o enfermeiro necessita, de modo a ajudá-lo. Quando o enfermeiro não explora com o paciente a sua reação (expressa ou não expressa), parece quase certo que a comunicação clara entre eles se interrompe. Se a exploração das percepções / não funciona, ele pode explorar as idéias que lhe ocorrem.

É agora possível formular um princípio para orientar o en-

fermeiro no processo de reação ao paciente. O enfermeiro não supõe que todo aspecto de sua reação ao paciente seja correto, útil ou apropriado, até que chegue à validade desta, na exploração com o paciente.

Um enfermeiro pode passar por outras reações que podem influenciar negativamente a situação do enfermeiro/paciente. Essas reações podem surgir como resposta ao ambiente que tem pouco a ver com o próprio paciente de quem ele está ainda cuidando.

As reações que o enfermeiro não analisa podem interferir com a interação entre ele próprio e um paciente. Essas reações podem originar-se do seu quadro de referência pessoal ou profissional, isto é, do seu código pessoal de comportamento, do seu sistema de valor pessoal ou da sua própria idéia de como o enfermeiro deveria ou não falar. Mais imediatamente, as suas reações podem ser estimuladas pelo paciente ou podem resultar da interação com outras pessoas tais como um outro paciente, o enfermeiro-chefe, o supervisor ou o médico. Quaisquer reações com que o enfermeiro fique preocupado normalmente impedem o processo de ajuda ao paciente, porque não foram expressas e exploradas na situação que as provocou. Nesses casos deve-se supor que o enfermeiro ainda não aprendeu a utilidade da exploração das suas reações. Ele ainda não "ganhou" a segurança profissional que surge quando as suas reações pessoais são exploradas para a sua validade e suas referências profissionais. Em vez de responder em termos da sua experiência real, ele responde em termos do que automaticamente supõe esperar-se dele.

As reações do enfermeiro, não analisadas com outras pessoas além do paciente, podem, assim, interferir na sua função. Essas reações podem parecer positivas ou negativas dependendo da pessoa

que as está julgando. Se o enfermeiro está preocupado com outra / pessoa, ele será menos disponível para o paciente de que está cuidando. Se ele está reagindo contra alguma outra pessoa é menos capaz de responder ao seu paciente com calor e interesse. Mesmo reações positivas estranhas podem interferir no processo de ajuda ao paciente, isto é, quando o enfermeiro automaticamente cede e voluntariamente executa solicitações, ordens, orientações, etc, enquanto o seu paciente está precisando de alguma coisa diferente. Devemos assim, enfatizar que o enfermeiro é responsável pela análise de reações estranhas, positivas ou negativas, que interferem na ajuda aos pacientes. Ele é obrigado profissionalmente a dar início a essa análise.

A atividade do Enfermeiro:

Quando outro enfermeiro da situação de enfermagem consiste em qualquer ação que o enfermeiro pratica. Inclui apenas o que ele faz ou diz, com o paciente ou para o seu benefício. Essas ações podem ser decididas com ou sem a participação do paciente e são / essencialmente de dois tipos:

- 1 - Ações decididas deliberadamente - as que identificam ou satisfazem a necessidade imediata do paciente;
- 2 - Atividades automáticas - as que são decididas de acordo com / outras razões que não a necessidade imediata do paciente. Algumas atividades automáticas são determinadas pelo médico, outras dizem respeito a rotinas de cuidado de pacientes e outras / ainda são baseadas em princípios pertinentes à proteção e promoção da saúde das pessoas em geral.

Embora algumas ações sejam decididas independentemente do / paciente, deve-se enfatizar que elas são planejadas com o objetivo de ajudá-lo. O enfermeiro pode praticar ações deliberativas ou

automáticas pela instrução, sugestão, orientação, explicação, informação, solicitação, pergunta, tomando decisões para o paciente, / manipulando o corpo do paciente, administrando medicamentos ou / tratamentos ou alterando o ambiente imediato do paciente.

Enquanto for evidente que o cuidado de rotina, prescrições médicas e atividades baseadas em princípios de saúde são planejados com o objetivo de ajudar o paciente, a deliberação é necessária para determinar se a atividade realmente alcança o seu objetivo e se o paciente é ajudado por ela.

Deve-se fazer aqui uma distinção entre o objetivo a que uma atividade realmente se presta e o objetivo pretendido para ajudar o paciente. Por exemplo, se um enfermeiro decide arrumar uma cama com o objetivo de tê-la arrumada, sua atividade alcança o objetivo, mas pode ser que não ajude o paciente.

O que o enfermeiro diz ou faz é necessariamente um resultado da sua reação a alguma coisa na situação. As percepções, as idéias ou os sentimentos específicos precipitam a sua ação. As idéias e os sentimentos em resposta direta às percepções do comportamento do paciente foram discutidos anteriormente. Algumas vezes, embora o enfermeiro perceba o comportamento do paciente, ele pode automaticamente pensar nas prescrições médicas, programas e rotinas, princípios de saúde e assim por diante. Idéias automáticas como essas não são realmente relevantes para o significado do comportamento do paciente, mas podem ser preocupação profissional do enfermeiro.

Se um enfermeiro automaticamente faz agir sobre o paciente quaisquer percepções, idéias ou sentimentos sem explorá-los, a atividade pode muito bem ser ineficaz do ponto de vista de alcançar o seu objetivo ou de ajudar o paciente. Por outro lado, se o

enfermeiro checa suas idéias e explora suas reações com o paciente antes de decidir que ação praticar, o que ele faz alcança / mais provavelmente o seu objetivo e ajuda o paciente.

É desejável, naturalmente, para o enfermeiro ter em mente as prescrições médicas, os princípios e programas de saúde e assim por diante; e isto é compreensível quando ele pensa nessas / coisas em resposta as percepções do paciente.

A atividade de um enfermeiro pode ser automática ou deliberativa.

Um processo automático de atividade é ineficaz para ajudar o paciente por uma das seguintes razões, ou por todas elas:

- 1 - Ele é determinado por outras razões que não o significado do comportamento do paciente e a necessidade não-satisfeita que deu origem a este;
- 2 - Ele não permite que o paciente deixe o enfermeiro saber como sua atividade o influencia;
- 3 - Ele não se relaciona com as necessidades imediatas do paciente;
- 4 - Ele pode ocorrer porque o enfermeiro não está desimpedido para explorar a sua reação diante do comportamento do paciente;
- 5 - O enfermeiro não está consciênte de como sua atividade influencia o paciente.

Por outro lado, atividades desempenhadas deliberadamente / são eficazes porque ajudam o paciente, pelas seguintes razões:

- 1 - Realizam-se depois que o enfermeiro conhece o significado do comportamento do paciente e a atividade específica indicada / para satisfazer a sua necessidade;
- 2 - A atividade é desempenhada de tal modo que o paciente é ajudado a informar ao enfermeiro como sua atividade o influencia;

- 3 - A atividade específica indicada satisfaz a necessidade do paciente e alcança o objetivo do enfermeiro de ter ajudado o paciente (senão, determina-se uma nova atividade);
- 4 - O enfermeiro está disponível para responder a necessidade de ajuda do paciente;
- 5 - O enfermeiro como sua atividade influencia o paciente.

O enfermeiro sabe se sua atividade ajudou o paciente através de um processo de exploração que lhe dá evidências para formar uma impressão. A impressão cresce se ele observa uma mudança para "melhor" no comportamento apresentado logo de início.

A observação de uma coerência entre o comportamento e não / verbal parece necessária ao enfermeiro para saber se ele ajudou o paciente. É também importante para ele saber exatamente que a atividade foi útil. Admissivelmente, isso não é um critério absoluto, mas é realístico para a prática de enfermagem. O que resulta no / ponto de vista particular do paciente pode ser identificado apenas pela exploração da reação do enfermeiro diante do comportamento do paciente depois que ele pensa tê-lo ajudado. Se ele ainda não o ajudou ou se o paciente precisa de ajuda adicional, então o paciente pode deixá-lo saber.

Existem três possibilidades de o paciente ser influenciado pelas atividades de enfermagem: a atividade pode ajudar, pode não ajudar, ou o resultado pode ser desconhecido. A consideração dessas possibilidades, à luz da inabilidade do paciente para comunicar claramente sem ajuda, torna possível a formulação de um outro princípio de enfermagem que orienta o enfermeiro quando ele executa tarefas com ou para o paciente. O enfermeiro inicia um processo de exploração para identificar como o paciente é influenciado pelo que ele diz ou faz. Apenas desse modo ele pode estar clara-

mente consciênte de como e se as suas ações estão ajudando o paciente.

O fato de que o enfermeiro pode perceber o que é irrelevante ou relevante, pensar correta ou incorretamente, sentir apropriada ou inapropriadamente, e, além disto, agir de maneira a ajudar ou prejudicar, indâca que as ações e reações do enfermeiro devem ser disciplinadas para se tornarem relevantes, corretas, apropriadas e úteis para o paciente.

Um processo de enfermagem deliberativo tem elementos de contínua reflexão, enquanto o enfermeiro tenta compreender o significado para o paciente do comportamento que ele observa, e o que ele precisa da parte dele para ser ajudado. Respostas que abrangem este processo são estimuladas pela consciência do enfermeiro, cada vez mais ampla, das características particulares de uma determinada situação.

O enfermeiro percebe, pensa, sente e age de acordo com o modo como ele experimenta em sua própria participação na situação / enfermeiro/paciente. Em cada momento ele tem que descobrir mais sobre sua própria ação e reação, de modo a compreender os seus / significados distintos para o paciente. Por causa disso, as suas respostas obedecem a uma seqüencia definida. Primeiro, ele divide com o paciente aspectos das suas percepções, suas idéias e seus / sentimentos, exprimindo em palavras ou gestos ou tons não verbais a sua idéia, preocupação, ou questionamento de modo a conhecer / quão exata ou adequada é a sua reação. A resposta do paciente dá origem a reações novas que ele continua a expressar e explorar. Ele deve fazer isto de modo que ambos possam descobrir o que cada um está pensando e o porquê, de modo que se possa chegar a uma / compreensão da necessidade do paciente. Quando se percebe clara-

mente a necessidade do paciente, o enfermeiro pode determinar um meio apropriado de ação. O enfermeiro, então, faz ou diz alguma coisa com ou para o paciente, ou juntos eles decidem que a ajuda de outra pessoa é necessária. Seja qual for a ação, o enfermeiro questiona de modo a descobrir como a sua ação o influencia.

Um processo de enfermagem deliberativo está claramente relacionado à função profissional do enfermeiro de ajudar o paciente, porque ele está numa posição de saber o que está acontecendo e se ele está sendo útil ou não. O enfermeiro reconhece se satisfaz a necessidade de ajuda do paciente, notando a presença ou ausência de melhoras no seu comportamento. Na ausência de melhoras, o enfermeiro sabe que a necessidade do paciente não foi ainda satisfeita e se ele permanece disponível inicia o processo novamente com qualquer que seja o comportamento apresentado e que será então, / observado.

O Desenvolvimento de Problemas de Enfermagem:

Estabelecer um relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente não é tão complicado como se pode pensar, porém isso não significa que a psicodinâmica do relacionamento seja simples. É extremamente complexa.

O enfermeiro responde não apenas com a sua própria individualidade, mas também com uma compreensão correta do objetivo das atividades que ele desempenha - objetivos que não são automaticamente compreendidos pelo paciente e atividades que não correspondem automaticamente às exigências das necessidades do paciente. Por outro lado, o paciente se comporta de maneira individual e o significado do seu comportamento ou da necessidade que se lhe / dá origem não é automaticamente comunicado ao enfermeiro. Se isso é relevante para situações enfermeiro/paciente em geral, então

são as comunicações automáticas inadequadas entre o paciente e o enfermeiro que complicam a situação enfermeiro/paciente. Esse fenômeno se relaciona diretamente com o aparecimento de enfermagem.

Uma atividade planejada em benefício do paciente pode não resultar em ajuda para ele. Isso levanta a pergunta: "Por que se fez isso em primeiro lugar?" É comum receber os seguintes tipos de resposta de perguntas sobre o porquê de o enfermeiro ter dito o que disse e ter feito o que fez para o paciente: "Era o momento para se fazer isso."; "Era isso o que eu diria."; "Por que o paciente pediu para fazer."; "O médico mandou."; "A supervisora disse-me para fazer.". Embora essas respostas possam refletir uma falta de compreensão da função do enfermeiro, elas não refletem a atitude do enfermeiro que é uma ajuda fundamental. Uma resposta apropriada: "fiz ou disse isso porque o paciente precisava".

Não obstante as razões que o enfermeiro dá para atividades que ele desempenha com pacientes, deve-se supor a sua intenção de ajudar. Não é muito provável que um enfermeiro profissional se recusasse a entender a necessidade do paciente, desde que ele compreenda a necessidade corretamente.

Uma vez que a atividade do enfermeiro é profissional apenas quando ele alcança deliberadamente o objetivo de ajudar o paciente, a atividade por si só não é critério decisivo pelo qual possa ser avaliada. Em vez disso, o que é relevante e significativo é se e como a atividade serve para ajudar o paciente a comunicar as / suas necessidades e como ela é conduzida para que estas se satisfaçam. Embora isso possa ser aceito como um quadro de referências, devemos ter consciência de que a organização coerente da responsabilidade de enfermagem (em alguns ambientes) requer ou espera que o enfermeiro desempenhe atividades não relacionadas com a atividade

profissional do momento. Como o número de atribuições não profissionais aumenta, a liberdade do enfermeiro para ajudar o paciente necessariamente diminui. A preocupação com essas outras atividades torna o enfermeiro menos disponível para ajudar os pacientes nas suas necessidades. Mesmo assim, as exigências do paciente de ajuda pelo enfermeiro são essenciais para o seu bem-estar, assim como o seu funcionamento profissional eficiente.

As atividades profissionais são planejadas e executadas em benefício do paciente. Quando o enfermeiro em colaboração com o paciente, identifica o que satisfará a necessidade do paciente e age de acordo com isso, o comportamento ou a condição do paciente melhora. Não está de acordo com a realidade esperar que a atividade sem deliberação se adapte ao paciente. Como duas pessoas podem saber o que é exigido uma da outra a não ser por acaso, sem trocar informações? Cada uma, antes da sua experiência juntas, estava percebendo, pensando, sentindo e comportando-se de modo diferente. Há probabilidade de haver, no início, um conflito quase inevitável entre um processo automático de atividade e a necessidade imediata do paciente. Isso pode ser descrito como um "conflito situacional".

O resultado de uma situação de enfermagem depende da ação que o enfermeiro pratica. Esses resultados podem ou não ser úteis para o paciente; pode não se saber, também, como influenciaram o paciente. Quando o comportamento do paciente não mostra mudança para melhor, o enfermeiro pode supor que ele não está atuando eficazmente. A ação do enfermeiro cria, soluciona ou evita um problema.

A investigação mostra que problemas surgidos nas situações de enfermagem são resultados diretos das atividades cedidas e exe

cutadas sem levar-se em consideração a necessidade imediata do paciente. Essas atividades ou são prescritas por médicos ou são decididas independentemente pelo enfermeiro.

É importante reconhecer que o enfermeiro está usando uma prescrição médica para o paciente e não está executando prescrições para o médico. Isso é lógico, uma vez que, se o paciente fosse capaz de fazer sozinho o plano de diagnóstico e de tratamento, com toda certeza o enfermeiro não se envolveria em primeiro lugar.

Os problemas enfrentados pelo enfermeiro começam com inadequações inerentes à situação de enfermagem, isto é, as reações e ações automáticas do enfermeiro e do paciente e as comunicações / pouco claras resultantes. Quando o enfermeiro não aceita os princípios de prática eficaz que resolvem essas inadequações, ele age automaticamente e permite que o "conflito situacional" continue. Embora em situações enfermeiro/paciente surjam problemas dos "conflitos situacionais" não resolvidos, eles se manifestam para o enfermeiro de um ou dois modos. Ou ele descobre que as suas atividades são ineficazes para chegar aos resultados desejados ou independentemente ele decide que o comportamento manifestado pelo paciente é "ineficaz" em relação ao seu bem-estar. Em ambos os tipos de problemas a natureza de ajuda do relacionamento enfermeiro/paciente se rompem.

Não se sugerem que enfermeiros tenham jurisdição superior / às prescrições médicas. Estas são decisões geradas das necessidades médicas do paciente e são portanto de responsabilidade do médico. Ele tem a prerrogativa de prescrever. Entretanto, na prática corrente da enfermagem, o enfermeiro executa atividades prescritas e o faz em benefício do paciente. Já que a sua atividade é nesses casos, prescrita pelo médico, o uso que ele faria da pres-

crição levaria necessariamente em consideração a responsabilidade inerente em qualquer ato que um enfermeiro executa com ou para o paciente, isto é, consideraria como a atividade influencia o paciente. Não obstante, se o enfermeiro acha ou não útil a atividade, ele não muda o que está prescrito. Em vez disso, ele informa ao médico sobre os resultados da atividade prescrita, se este ainda não sabe, ele continua, muda, ou cancela suas prescrições conforme ele achar necessário.

Qualquer atividade automática é ineficaz, a menos que o enfermeiro perceba que o paciente foi ajudado por ela. Se o enfermeiro percebe que o paciente não foi ajudado, ele poderá dirigir a sua atenção para uma explicação mais detalhada, com o objetivo de identificar que a atividade específica satisfará a necessidade do paciente. Se o enfermeiro não refletir sobre como sua ação influencia o paciente, então a necessidade não satisfeita do paciente permanece de modo que não há nenhuma melhora na sua condição. Pode-se concluir então que atividades ineficazes podem ser prevenidas se o enfermeiro identifica e satisfaz a necessidade do paciente antes de tomar qualquer decisão sobre qual atividade seria indicada.

Comportamento Ineficaz do Paciente:

Usa-se comportamento ineficaz do paciente para significar / qualquer comportamento que impeça que o enfermeiro desempenhe as suas atividades para o cuidado do paciente, ou que ele mantenha um relacionamento satisfatório para o paciente. Esses comportamentos são freqüentemente chamados "não-cooperativos", "desarrazoados", "de exigência" ou "de ordem".

Quando o paciente se recusa a cooperar ele impede que o en-

fermeiro execute atividades que são planejadas em seu benefício, e assim ele se comporta de um modo que parece ser incompatível com o seu bem-estar. Quando faz solicitações ou exigências desarrazoadas, ou gasta a maior parte do seu tempo dando ordens ao enfermeiro, ele se comporta de um modo que pode impedir que o enfermeiro goste dele. De certa forma, quando o paciente se comporta de um modo que faz o enfermeiro pensar que ele é desarrazoado, então o comportamento está em oposição direta às prerrogativas do enfermeiro no desempenho da sua função profissional de ajudá-lo. Quando ele "dá ordens" ou é "desarrazoado" ele não está reconhecendo os conhecimentos técnico-administrativos do enfermeiro profissional. Geralmente dão-se ordens e fazem-se exigências a uma pessoa apenas quando essa pessoa não tem, ou se pensa que ela não tem, boa vontade em cooperar.

Se o "conflito situacional" inicial não é solucionado, o enfermeiro tem um problema para resolver. O problema surge porque a atividade planejada e pretendida para o benefício do paciente, mas executada automaticamente, é ineficaz; a atividade é ineficaz porque a necessidade do paciente não foi identificada e satisfeita e se a atividade não for reconduzida através de um processo de reflexão, pode resultar uma série de atividades ineficazes e, além disso, retardar a melhora na condição do paciente.

A simplificação das situações enfrentadas pelo paciente desenvolve-se na medida em que o enfermeiro toma consciência de que o comportamento apresentado por ele é uma manifestação das necessidades não-satisfeitas.

Pode parecer que o comportamento ineficaz do paciente está inicialmente em oposição direta ao interesse do enfermeiro por ele. Parando para descobrir o que está errado, o enfermeiro é capaz de

compreender que o paciente realmente não se opõe a ele, mas que a sua necessidade não está sendo satisfeita.

Caso estas situações pareçam simples demais para explicar os grandes problemas de enfermagem, pode-se dizer que superficialmente parecem "maiores". Novamente a raiz do problema era a mesma, isto é, o conflito inicial entre a necessidade imediata do paciente.

Atividades ineficazes podem também ter outras implicações importantes, isto é, o custo do cuidado da enfermagem, o progresso da condição do paciente, o custo do material, medicamentos e outros.

A discussão dos problemas de enfermagem ajuda a demonstrar a importância de identificar e satisfazer a necessidade imediata do paciente no início da interação, antes que uma atividade seja decidida. Quando isso não ocorre, os problemas que resultam, são, com efeito, resultados diretos da necessidade do paciente não-satisfeita. Esses problemas chamam a atenção do enfermeiro quando o comportamento do paciente parece "ineficaz" para o interesse de seu próprio bem-estar.

As rotinas de enfermagem são atividades necessárias e automáticas e, por isso, o enfermeiro deve manter uma consciência das possíveis repercussões. Mantendo tal consciência, o enfermeiro tem dois meios de lidar com atividades automáticas. Primeiro, deve agir / ou tentar agir, e então descobrir se o paciente foi ajudado ou, pelo menos, se não foi incomodado pela atividade. Se o paciente não foi ajudado, o enfermeiro tem um problema e deve então começar a identificar a atividade específica que é necessária. Um segundo meio de / que ele dispõe é deixar em suspenso a sua decisão de agir e primeiro identificar a necessidade imediata do paciente, evitando, assim, um problema.

Uma atividade pode ser correta quando é executada automática

mente, mas é ineficaz na ajuda ao paciente ou na obtenção do resultado desejado.

Tendo havido atividade, o enfermeiro pode, no entanto, explorar o seu efeito caso um meio de identificar a necessidade do paciente. É possível que o enfermeiro descubra que a sua atividade automática não perturba o paciente, ou é possível que ele perceba que ela foi formulada de modo incorreto e tem que ser reconduzida. Desse modo o enfermeiro pode solucionar o problema que uma atividade automática pode gerar.

Se o enfermeiro automaticamente decide pela atividade "certa", mas deixa em suspenso o que ele quer alcançar até que identifique e satisfaça a necessidade do paciente, ele ajuda o paciente e alcança seu objetivo primário. Se o enfermeiro não é capaz de executar o que ele pensa que é indicado, ele ajuda o paciente a dizer-lhe porque o seu julgamento é impróprio e incorreto. Ele então toma uma nova decisão ou continua a explorar o que está ocorrendo, de modo que o paciente compreenda e aceite o que o enfermeiro acredita ser indicado. Em qualquer dos casos o objetivo é ajudar o paciente.

Concluindo, há um conflito necessário entre qualquer atividade automática e as solicitações imediatas de ajuda do paciente. Esse conflito pode ser resolvido lidando com o problema subsequente depois que há a atividade. O conflito pode também ser resolvido imediatamente se o enfermeiro deixa em suspenso a sua decisão de agir e primeiro identifica a necessidade do paciente, evitando assim a ocorrência do problema.

Problemas no relacionamento enfermeiro/paciente podem portanto ser solucionados ou evitados. Seja qual for o método que o enfermeiro use, ele pode estabelecer, manter ou restabelecer o /

a sua ajuda se ele inicia um processo de identificação da necessidade imediata do paciente.

Naturalmente, nem todos os pacientes podem ser ajudados pelo enfermeiro a este ponto. Em vez disso, a sua melhora sempre se relaciona com o que o enfermeiro e o paciente iniciam, com a extensão do seu contato e com o que eles são capazes de realizar. / Em cada contato o enfermeiro repete um processo de aprendizagem / de como ajudar o paciente individualmente. A sua própria individualidade e a do paciente exigem que ele examine esse processo cada vez que é chamado para prestar serviço aqueles que precisam dele.

b) Definição de Termos segundo Orlando:

Enfermagem:

"É a resposta a indivíduos que sofrem ou antecipam uma sensação de desampara."

"Processo de cuidar numa experiência imediata.... para evitar, relevar, diminuir ou curar a sensação de desampara do indivíduo."

"Procurar e satisfazer a necessidade imediata de auxílio do paciente."

Meta da Enfermagem:

"Crescente sensação de Bem-estar; uma alteração para melhor no comportamento do paciente; aumento na habilidade e adequação em cuidar melhor de si."

Saúde:

"Sensação de adequação ou bem-estar."

"Necessidades satisfeitas."

"Sensação de conforto."

Ambiente:

Não define.

Ser humano:

"Ser em evolução com necessidades."

Cliente de Enfermagem:

"Paciente sob cuidados médicos e que não podem lidar com / suas necessidades ou cumprir sozinhos o tratamento médico."

Problema de Enfermagem:

"Sofrimento devido a necessidades não satisfeitas por causa das limitações físicas, reações adversas do tratamento, de experiências que impeçam o paciente de comunicar suas necessidades."

Atividades Ineficazes:

"Agir de modo a não auxiliar o paciente ou não alcançar os propósitos profissionais."

Comportamento Ineficaz:

"Tal como sendo não cooperativo, irracional, buscando ou / tendo comportamentos que impeçam o enfermeiro de cumprir suas tarefas ou ter uma relação satisfatória com o paciente."

Processos de Enfermagem:

"A interação do: comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações de enfermagem recomendadas para o benefício do paciente."

"Processos pelas quais o enfermeiro age."

Relações Enfermeiro/Paciente:

"Básico na teoria e não diferente da terapêutica de enfermagem ou processo de enfermagem."

Terapêutica de Enfermagem:

Função direta:

"Iniciar um processo de auxiliar o paciente a expressar o / significado específico de seu comportamento de maneira a verificar seu sofrimento e ajudar o paciente a explorar o sofrimento de modo a descobrir o auxílio necessário à que esse sofrimento seja revelado."

Função indireta:

"Chamar a atenção para o auxílio de outros."

"Qualquer auxílio que o paciente possa necessitar para que suas dificuldades sejam superadas, isto é, para que seu conforto físico e mental seja assegurado tanto quanto possível enquanto ele estiver sob alguma forma de tratamento ou supervisão médica."

"Instruir, sugerir, dirigir, explicar, informar, requerer, questionar, tomar decisões, de forma automática ou deliberada, para o benefício do paciente, manuseando seu corpo, administrando / medicamentos ou tratamentos, ou pela alteração da vizinhança imediata."

c) Métodos e Técnicas:

O processo de enfermagem, para melhor aplicação, foi dividido em três fases sendo que, para cada uma, foram criados instrumentos próprios:

Primeira fase: Diagnóstico.

Instrumento nº1: Dados Básicos do Paciente:

Nome:

Registro:

Quarto:

Leito:

I - Identificação:

Idade:

Sexo:

Cor:

Estado civil:

Número e idade dos filhos:

Escolaridade:

Ocupação:

Profissão (inclui a do cônjuge):

Religião (praticante):

Procedência:

Naturalidade:

Data de admissão:

Diagnóstico médico:

Por onde foi admitido:

II - Percepções, Sentimentos e Pensamentos:

	Percepções	Sentimentos	Pensamentos
Trabalho			
Família			
Doença			
Internação			
Cirurgia			

III - Necessidades afetadas:

<ul style="list-style-type: none"> - sono e repouso - exercícios e atividades físicas - alimentação e hidratação - eliminações - cuidado corporal 	
--	--

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - habitação - sexualidade e reprodução - recreação - religião - constelação familiar - atividade profissional - educação para a saúde
(fumo, álcool, drogas e
alergias). | |
|--|--|

IV - Dados do exame físico: (incluindo sinais vitais).

V - Outras observações:

a) Como e no que espera ser ajudado?

b) O que acha que pode fazer para se ajudar?

c) O que gostaria de perguntar?

d) Dados clínicos de interesse para a enfermagem;

e) Impressões do enfermeiro sobre o paciente.

Instrumento nº2:

Nome:

Quarto:

Leito:

Data e hora	Percepções diárias do paciente:

Instrumento nº3:

Data e hora	Observações diárias do enfermeiro

Segunda fase: Plano.

Instrumento nº1: Instrumento Diário:

Data e Hora	Necessidades não satisfeitas	Plano de Cui- dados	Horário

Terceira fase: Avaliação.

Instrumento nº1: Ficha de Alta:

Data de internação:

Número de internações anteriores:

Data de alta:

Diagnóstico médico:

Tipo de cirurgia:

Data de cirurgia:

Opinião do paciente em relação à:

- Tratamento médico:
- Tratamento de enfermagem:
- Hospitalização:
- Atendimento recebido:
- Seu estado atual:

Percepções futuras do paciente:

- Como se sente agora que está saindo do hospital?
- Caso já tenha sido internado nesta instituição anteriormente, sentiu alguma diferença entre a situação atual e as outras?
- No que a hospitalização modificou a sua vida?
- Sente-se apto para recomeçar a vida lá fora?
- Recebeu orientações do médico? Quais?

Orientações de enfermagem:

III - OBJETIVOS:

a) Gerais:

- Prestar assistência de enfermagem ao paciente internado / em unidade cirúrgica utilizando a Teoria da Relação Dinâmica Enfermeiro/Paciente.
- Fazer boletins informativos sobre patologias menos comuns e estudo de caso de quatro pacientes.

b) Específicos:

- Estabelecer um processo de ajuda, através da interação enfermeiro/paciente para promover a identificação dos significados dos comportamentos dos mesmos nas suas necessidades ou problemas imediatos;
- Utilizar o processo de enfermagem como método de trabalho para o acompanhamento individualizado aos pacientes;
- Ajudar o paciente a explorar o problema de modo a identificar a ajuda que ele requer para que o seu problema possa ser solucionado;

- Orientar o paciente/família nas necessidades apresentadas durante a internação;

- Executar ações deliberadas de enfermagem para fornecer ajuda para suprir as necessidades expressas pelo paciente (oxigenação, hidratação, alimentação, sono e repouso, mobilidade e motilidade, eliminações, higiene, etc...);

- fazer boletins informativos sobre patologias menos comuns que serão distribuídos para as enfermeiras e funcionários da unidade;

- Fazer quatro estudos de caso que serão apresentados no relatório e discutidos com a equipe de enfermagem da unidade, os / quais serão feitos com base no processo de enfermagem;

- Executar técnicas complexas de enfermagem afim de desenvolver habilidades.

IV - ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO:

Iniciaremos o estágio na unidade dia 12/09/85 em sistema de rodízio (uma aluna por turno de quatro horas). Neste dia, todas / as alunas trabalharão no período das 7 às 11 horas, onde participarão da passagem de plantão, fazendo a apresentação de seus nomes, do projeto e dos objetivos gerais aos funcionários e enfermeiras da unidade.

Para auxiliar na execução de nossas tarefas, faremos um pequeno treinamento através de conversa informal à dois atendentes (um de cada turno diário diferente), ao auxiliar responsável pela medicação e curativo na ala em que estivermos trabalhando, por acreditarmos que estes entram mais em contato com o paciente do que as demais categorias de enfermagem. •

O treinamento será baseado nos objetivos de nosso projeto e na teoria do Relacionamento Enfermeiro/Paciente (modo de abordar o paciente, forma de questionamento das queixas e solicitações do paciente, como manusear o processo de enfermagem por nós elaborado e como satisfazer as necessidades do paciente).

A escolha dos leitos será aleatória, levando-se, porém, em consideração, a praticidade e facilidade de locomoção (quartos / próximos uns dos outros com pacientes do mesmo quarto).

Inicialmente serão escolhidos dois pacientes com os quais será desenvolvido o projeto. Esta escolha também será aleatória.

Nós entraremos em contato com o paciente, nos apresentaremos e procuraremos dizer em rápidas palavras o que será feito e como será desenvolvido.

Como foi dito anteriormente, dividimos o processo de enfermagem (segundo a Teoria de Orlando) em três fases:

- Diagnóstico;
- Plano;
- Avaliação.

Na primeira fase utilizaremos uma ficha para levantamento dos dados básicos do paciente. Para o preenchimento desta, faremos entrevista com o mesmo. Além desta, utilizaremos as fichas de percepções diárias do paciente, onde ele dará a sua percepção em relação ao seu estado geral, tratamento, hospitalização e outros, e a ficha de observações diárias do enfermeiro, onde nós registraremos dados considerados importantes (queixas, estado geral, resultados de exames, avaliação da metodologia aplicada, etc...).

Na fase do plano utilizaremos um instrumento diário do qual constam as necessidades não satisfeitas do paciente, as quais serão levantadas a partir da ficha de dados básicos e visitas diárias, o plano de cuidados com seus respectivos horários a fim de satisfazer as necessidades do paciente.

A fase de avaliação será para medir o aproveitamento do uso da teoria, segundo a opinião do paciente. Para isto, utilizaremos a ficha de alta que será preenchida através de entrevista por ocasião da alta hospitalar, porém, faremos avaliações diárias do paciente através das fichas de percepções do mesmo e observações do enfermeiro, cujos dados servirão para acompanhamento da evolução

do paciente e avaliação de seu estado geral.

Sempre que possível e necessário, serão dadas orientações ao paciente e/ou família em relação as suas necessidades não satisfeitas durante a internação e por ocasião da alta hospitalar.

As ações por nós executadas serão feitas deliberadamente com o objetivo de ajudar o paciente a expressar o seu comportamento / e/ou pedido de ajuda a fim de identificar seus problemas imediatos.

Os boletins informativos serão feitos sempre que se julgar necessário e discorrerão sobre novas patologias. Os mesmos serão distribuídos aos demais enfermeiros e funcionários da unidade,

No decorrer da aplicação do projeto, serão colhidos subsídios para a elaboração de quatro estudos de caso, dos quais constará o processo completo de enfermagem, com ficha de dados básicos, instrumento diário, percepções do paciente, observações do / enfermeiro, ficha de alta, acompanhamento de pré, trans e pós-operatório. Estes estudos constarão do relatório final e serão apresentados as professoras supervisora e orientadora e demais pessoas interessadas.

As ações de enfermagem por nós praticadas, serão desenvolvidas a princípio com dois pacientes, abrangendo no final do estágio um total de trinta pacientes com os quais utilizamos a teoria.

Essas ações de enfermagem serão desenvolvidas de modo que o paciente contribua na descoberta de suas necessidades não satisfeitas e que, conjuntamente com o enfermeiro, busca alternativas / para satisfazê-las.

A primeira e segunda semana de estágio serão para adaptação na unidade. Neste período serão fixados os leitos dos pacientes com os quais trabalharemos, será feito treinamento informal dos

funcionários que nos auxiliarão e será testado o processo de enfermagem.

Na terceira e quarta semanas executaremos o projeto com dois pacientes e a partir da quinta semana começaremos a trabalhar com quatro pacientes.

O acompanhamento do paciente escolhido para estudo de caso poderá ser realizado em qualquer etapa do estágio, sendo que a apresentação do referido estudo será feita em data e hora a combinar.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A Teoria do Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente data de 1957, porém, em nosso meio, nunca foi aplicada por alunos, sendo que nós resolvemos aceitar o nosso próprio desafio para ver os resultados.

As dificuldades encontradas na elaboração deste projeto foram muitas, principalmente em relação a bibliografia que é bastante resumida, no entanto, a boa vontade encontrada em muitas pessoas que nos ajudaram, deu-nos ânimo para trabalhar na busca de um novo método de assistência de enfermagem, visando a mais rápida recuperação do paciente.

Depois do estudo da Teoria de Orlando, estamos cientes das suas limitações que já foram descritas anteriormente, e como já / dissemos também, estamos dispostas a superar muitas delas.

Como somos o primeiro grupo a aplicar a referida teoria em um projeto de conclusão de curso, esperamos atingir bom êxito para que no futuro outros possam utilizá-la também, sempre com inovações, a fim de aprimorar os seus conhecimentos profissionais e dar uma assistência de enfermagem cada vez mais próxima do ideal, o que é nosso intuito.

Esperamos contar com o apoio dos funcionários e enfermeiros da instituição onde realizaremos o nosso estágio e cremos, isto /

não será difícil; quanto a colaboração por parte dos pacientes, a creditamos que dependerá mais de nós do que deles propriamente.

Todos os resultados obtidos durante a aplicação deste projeto serão descritos ao final do estágio em relatório.

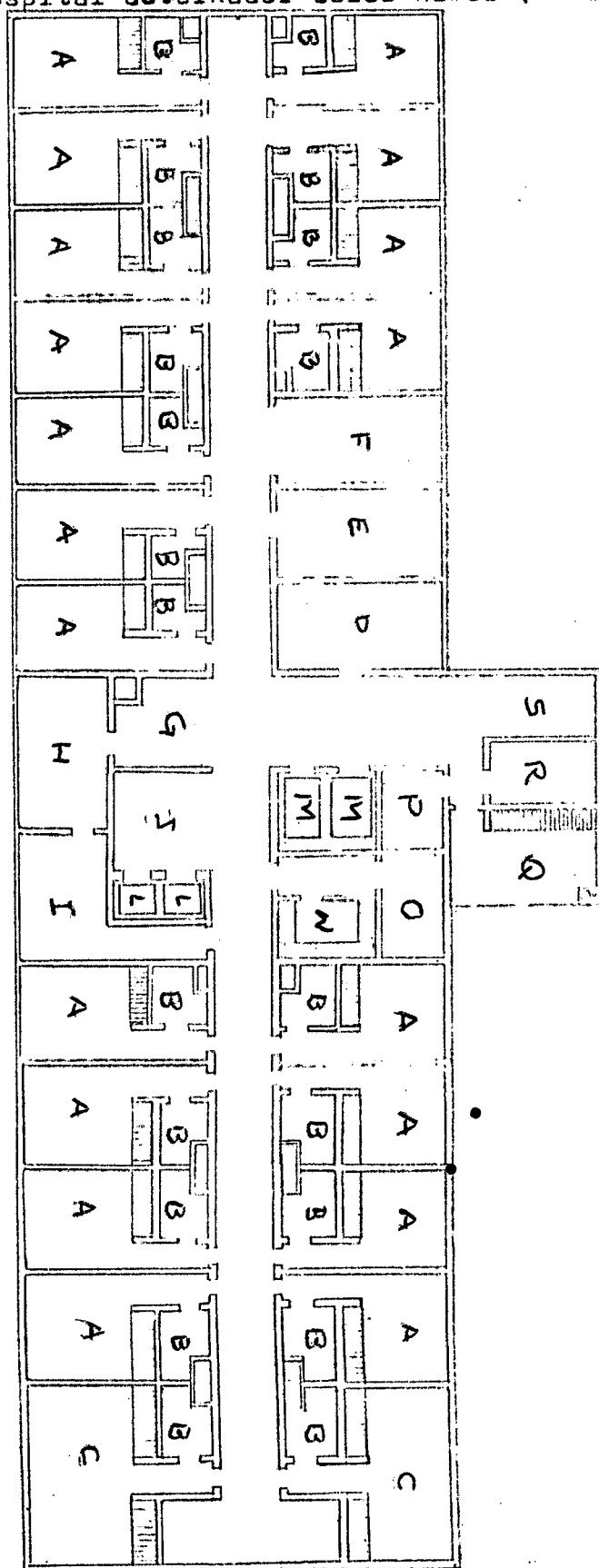
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Apostila de Administração Hospitalar da VIII Unidade Curricular.
2. DUTIL, G. et alli. Vive tua vida. Como?, 7 ed, Rio de Janeiro, Agir, 1982.
3. HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem, São Paulo, EPU, 1979.
4. MELEIS, Afaf Ibrahim. Theoretical Nursing: Development & Progress, J.B. Lippincott Company, 1972.
5. ORLANDO, Ida Jean. O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente, 16 ed, São Paulo, EPU, 1978.

VII - ANEXOS:

- ANEXO 1: Planta física baixa da Unidade de Clínica Cirúrgica Masculina do Hospital Governador Celso Ramos (4º andar).

- ANEXO 1: Planta física baixa da Unidade de Clínica Cirúrgica Masculina do Hospital Governador Celso Ramos (4º andar).



ESC-1:250

- Legenda para a planta física da Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Governador Celso Ramos (4º andar):

A - Quarto de dois leitos.

B - Banheiros.

C - Quarto de cinco leitos.

D - Copa.

E - Sala de estar dos funcionários.

F - Quarto de pacientes externos com três leitos.

G - Posto de enfermagem.

H - Sala de serviço.

I - Sala de curativos.

J - Hall do público.

L - Elevadores do público.

M - Elevadores dos pacientes.

N - Depósito de roupa limpa.

O - Sala de guarda de macas, cadeiras de roda, suportes de soro, etc...

P - Depósito de roupa suja.

Q - Coleta de lixo e local de despejo.

R - Sanitários.

S - Escadas de acesso entre os diversos andares do hospital.