

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0096

Título: Projeto : assistência de enfermagem
aos pacientes apresentando sinais ou



972513177 Ac. 240521

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

PROJETO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS
PACIENTES APRESENTANDO SINAIS OU SINTO
MAS DE ESTRESSE

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0096
Ex.1

KÁTIA REJANE NEIVA
MAX GRACIOSA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIa. UNIDADE CURRICULAR

FLORIANÓPOLIS - MAIO/85

Orientadora: IRMGARD ROZA

Supervisora: MARGARETH ROSE GRANDKOW

As janelas
já faz tempo estão fechadas
porque há normas
e conceitos por vencer
alguém tem que se atrever
a dar o passo
e entreabrí-las
para um novo amanhecer

(Oscar N. Safian)

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	01
II - SÍNTESE DOS ASPECTOS DA INSTITUIÇÃO	07
III - SÍNTESE DOS ASPECTOS DA UNIDADE	09
IV - REVISÃO DA LITERATURA	11
V - OBJETIVOS	15
VI - METODOLOGIA	17
VII - AVALIAÇÃO	20
VIII - CRONOGRAMA	21
IX - CONCLUSÃO	22
X - BIBLIOGRAFIA	24

ANEXOS

I - INTRODUÇÃO

A. Nogueira de Faria (1968) define planejamento como sendo o estabelecimento nacional da hierarquia, de prioridades necessárias à realização de um propósito definido. É uma distribuição lógica, no tempo e no espaço, dos recursos disponíveis, dentro de uma sequência metódica de importância, objetivando elaborar um processo capaz de conduzir à realização de um objetivo. Em resumo o planejamento é a coordenação antecipada do comportamento futuro, atendendo a uma hierarquia de valores.

Podemos concluir polarizando o pensamento de diversos autores, que o planejamento é um processo de racionalizar a ação, determinando objetivos, hierarquizando necessidade e recursos estabelecendo etapas e alternativas integrando os elementos, acompanhando a execução, corrigindo e reformulando.

O principal objetivo do planejamento é conduzir o indivíduo ou a sua instituição à realização de seus fins, disciplinando a ação e evitando que a dispersão de esforços e a falta de

continuidade possam ocasionar o fracasso pela perda de confiança nos agentes executivos, na instituição e nos seus desígnos. É preciso, pois, que o planejador esteja perfeitamente identificado com os propósitos últimos, para que seu trabalho tenha realidade.

Constitui em última análise a criação de uma estrutura teórica, a fim de sofrer os retoques necessários antes de seu funcionamento. Está para o organizador assim como a maquete está para o arquiteto.

Segundo o conceito de KOONTZ e O'DONNEL, "o planejamento é como uma parte entre o ponto em que estamos e o ponto que de sejamos chegar".

Através do planejamento que se segue, tentaremos traçar nossos objetivos com a finalidade de facilitar sua realização e ordenar os meios de ação.

Sucedê que o Homem desenvolveu, à medida que se "civiliza", certas peculiaridades psicológicas sem que tivesse desenvolvido, paralelamente, os meios biológicos para enfrentá-las. O ser humano, pelo sentido de previsão de que é dotado, mercê de seu desenvolvimento cerebral superior, apresenta, a priori, duas desvantagens do ponto de vista psíquico-emocional quando comparado às demais espécies: 1a. - É o único ser que sabe que vai morrer (outros podem pressentir a morte por instinto, mas não traduzem, por certo, seu significado). 2a. - É também o único que sofre por antecipação.

A essas vulnerabilidades próprias da espécie, acrescenta-se aos civilizados as competições cotidianas, seja por um lugar ao sol ou até mesmo por um lugar no trem; a eterna batalha contra o relógio; a renúncia de idéias em troca de melancólicas

vitórias materiais; a compulsiva necessidade de fazer tudo para acabar sentindo que não fez absolutamente nada do que realmente desejava. Enfim, a luta constante contra o meio e contra si mesmo. Observa-se que, aqui, um dos elementos básicos é a competição, a qual é, em si, um fenômeno essencialmente agressivo, mesmo quando representa uma luta pela sobrevivência.

Adicionalmente há, por parte do Homem, uma cada vez maior conscientização da necessidade de realizações em um plano mais intrínscico - a busca incessante de amor por exemplo - realizações estas que se tornam mais difíceis à medida que os valores básicos da vida confundem-se com outros, talvez não tão verdadeiros em sua essência, mas que adquirem importância pelas exigências do meio social.

Tudo isso gera ansiedade e frustrações, estímulos complexos para os quais o ser humano não se encontra apto à enfrentar.

FUERST et alii (1977) afirma que as pessoas que recorrem aos serviços profissionais de saúde, sempre experimentam um pouco de estresse emocional. Quando o paciente adoece, é quase certo que a ansiedade aumente. Não importa em que ponto da alternância contínua saúde-doença possa encontrar-se o paciente, pois as percepções que ele tenha e as suas reações emocionais tornam-se facetas importantes da assistência que ele vai receber. Cada ser humano é um ser único, e aqueles que se tornam pacientes continuam a ser tão diferentes de um outro como eram antes de ficarem doentes. Os profissionais da saúde ignoravam com frequência este fato e costumavam tratar os pacientes com uma certa igualdade. Além disso, esperava-se que os pacientes fossem sempre cooperativos e acreditassem sem duvidar que tudo o que era feito por eles era para o seu bem. Em especial, os pacien

tes não podiam reclamar ou ser hostis, anciosos, agressivos ou inconformados. É provável que o comportamento que não estivesse de acordo com as expectativas dos profissionais da saúde fosse considerado como não cooperativo, e o paciente era tido como difícil.

Quando uma pessoa adocece, ela assume um papel diferente daquele quando sua doença não existia.

Apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente, supõe-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independentemente da idade ou quadro clínico, sejam afetadas pelo estresse (ROBERTS, 1978). Além do estresse fisiológico produzido pela própria doença, a hospitalização inclui mudanças no ambiente físico e social e nas atividades diárias do indivíduo, de modo a afetar todo o seu sistema de vida.

A hospitalização pode implicar em ameaça ao bem estar, à integridade física, talvez à própria vida; priva dos comportamentos usuais, força de mudança de papel e perda do sistema de apoio (ZIND, 1974). A necessidade de interagir, em curto período com várias pessoas estranhas, a expectativa de submeter-se a procedimentos técnicos que lhe são desconhecidos, a sensação de que seu corpo está sendo manipulado por outros, são eventos ameaçadores para o indivíduo (MURRAY, 1975). A dependência de outros, a falta de privacidade, forçam o indivíduo a mudar seu papel e assumir padrões comportamentais para os quais não está preparado (MURRAY, 1975).

Vários autores entre os quais MURRAY (1975) e VOLICER (1974), referem-se à hospitalização como uma situação de alto nível de estresse. VOLICER (1975) diz que a experiência de estresse-psicossocial, vivenciado na hospitalização, afeta o pro

cesso de recuperação da doença.

Os problemas psicossociais da hospitalização podem ser encarados como fatores.

SMITH & SELYE (1979), com base em estudos anteriores, afirmam que saúde e homeostase são grandemente dependentes da adaptação, ou seja da habilidade do indivíduo para enfrentar o estresse da vida. Estes autores colocam que o papel básico do enfermeiro, assistir o indivíduo no processo de adaptação, em situações estressantes; para isto, ele precisa ser capaz de compreender o conceito de estresse, reconhecer suas manifestações, identificar quais fatores alteram a resistência ao estresse e formular planos realísticos para fortalecer os condicionadores positivos, implementar ações para reduzir o estresse individual, educar o indivíduo sobre como controlar seus próprios estressores.

Como um dos motivos da escolha, podemos dar todas as citações acima descritas e sua importância. Como outra justificativa temos que todos os trabalhos lidos por nós, tiveram a preocupação de levantar os eventos estressantes, mas não procuraram minimizá-los. Temos ainda que não é dada atenção necessária a parte psicossocial do paciente, pois às vezes é esquecido que cada ser humano é um ser único, com todas as suas fobias, problemas, ansiedades, expectativas, as quais vem a se agravar no momento da hospitalização, e é neste momento que ele necessita de uma maior atenção, por ele se encontrar debilitado e solitário, longe das pessoas comuns e num habitat diferente.

Nosso estágio será realizado no Hospital Universitário na Unidade de Internação e Cirúrgica, no período de 13.05.85 à 18.07.85; tendo como principal objetivo a minimização dos si

nais e sintomas de estresse, visto que nosso tema será Assistência de Enfermagem aos pacientes estressados.

II - SÍNTESE DOS ASPECTOS DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Universitário é um hospital geral fundado em maio de 1980 e situado no Campus Universitário. Atualmente mantém convênios com instituições como: INAMPS, FUNRURAL, pessoas carentes e universitários.

Sua estrutura é do tipo pavilhonar com predominância horizontal. Possui três andares, térreo e subsolo, abrigando aproximadamente, 116 leitos, distribuídos entre as unidades que compreendem: Unidade Pediátrica, Emergência, Unidade de Clínica Masculina, Unidade de Clínica Feminina, Unidade de Internação Cirúrgica, Ambulatório e UTI. Possui 730 servidores.

Até a presente data não possui uma filosofia própria, porém, existem subsídios para a sua elaboração. Esses baseiam-se nos seguintes princípios: ações preventivas, curativas e de reabilitação, visando encontrar a condição básica de saúde que é o equilíbrio do indivíduo consigo mesmo e com o meio-ambiente.

Tem como objetivos e princípios básicos servir de campo

de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins; prestar assistência médica, odontológica e de enfermagem nas diversas modalidades; administrar e executar serviços de assistência de saúde primária, secundária e terciária; servir de área hospitalar e de saúde pública para o Centro de Saúde da UFSC; prestar serviços à comunidade, à UFSC, e a outras instituições, propostas pela Administração Superior e aprovadas pelo Conselho Diretor.

Possui um cronograma do tipo linha acessória. Existe uma hierarquia representada pelo Diretor Geral, Vice-Diretor Geral e Assessoria, subordinados à Reitoria da UFSC. A enfermagem encontra-se subordinada à Sub-Diretoria de Enfermagem.

Não possuindo um estatuto próprio, é mencionado no estatuto da UFSC e é por ele regido.

Funcionando como órgão suplementar da UFSC, DIRETAMENTE subordinado à Reitoria, possui um Regimento Interno que contém os objetivos, as finalidades, a estrutura administrativa, a descrição de cargos e dispositivos gerais.

A metodologia utilizada é o Sistema Weed com a complementação da teoria das necessidades humanas básicas da doutora Wanda de Aguiar Horta.

III - SÍNTESE E ASPECTO DA UNIDADE

Sabe-se que a Unidade de Internação Cirúrgica tem com finalidade atender pacientes pré e pós-operatório.

Situada no quarto andar do Hospital Universitário e que se assemelha as outras unidade. Compreende 12 quartos, sendo 09 com 02 leitos e 03 quartos com 04 leitos totalizando 30 leitos e dividindo em 16 para o sexo masculino e 14 para o sexo feminino; um posto de enfermagem centralizado; uma sala de preparo de medicamentos; uma sala de preparo de curativos; um depósito de materiais; uma rouparia; um expurgo; uma copa; uma sala para reuniões; uma sala de lazer e uma secretaria de enfermagem.

O quadro de funcionários compreende 28 componentes atualmente, mas não são fixos devido a remanejamento e admissão e os que estão a presente data divide-se em: 06 enfermeiros; um para o período matutino, um para o período vespertino, cumprindo cada um seis horas diárias e um plantão de 10 horas no final de semana; uma enfermeira chefe cumprindo 8 horas diárias de segunda a sexta feira, uma enfermeira por noite cobrindo um plantão

de 12 horas e descansando 72 horas; 10 auxiliares de enfermagem; 10 atendentes de enfermagem (auxiliar operacional de serviços diversos - C), compreendendo 02 de cada categoria para o período matutino, 02 para o período vespertino e 02 cumprindo um plantão noturno; 01 escriturário, cobrindo 8 horas diárias de segunda a sexta feira.

É feito um planejamento anual e em relação a metodologia de enfermagem, estão sendo feitos estudos para uma metodologia adaptação à Unidade de Internação Cirúrgica.

IV - REVISÃO DA LITERATURA

Teoria do Estresse

Por ser um conceito amplo, o estresse é enfocado sob pontos de vista diferentes, mas entende-se que todos enfocam o mesmo fenômeno, que é a reação do ser humano a situações que demandam adaptação ou ajustamento, sejam elas agradáveis ou desagradáveis. A reação do estresse tem aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais e separá-los é impossível, visto que o homem é um ser total.

O termo estresse, do inglês "stress" foi primeiramente utilizado por Selye, pioneiro da pesquisa do estresse, para designar o aspecto comum que ele observou em todas as reações adaptativas do organismo (SELYE).

SELYE relacionou o conceito de estresse com o conceito de homeostase de Cannon, descrito por HOUSSAY (1973, p.1), refere-se a habilidade que tem os seres vivos de, por meio de processos fisiológicos coordenados, manter estável o seu meio in

terno quanto à composição, trocas energéticas e funções, e recuperá-lo quando alterado. Relacionando a homeostase, SELYE concebeu estresse como uma condição ou estado que se manifesta por uma síndrome específica, a qual, consiste no conjunto de todas as reações induzidas por estímulos inespecíficos dentro de um sistema biológico.

A resposta ao estressor se faz sob coordenação neurohormonal. O estressor, originado ou recebido no cortex cerebral ou no sistema nervoso autônomo, ativa o hipotálamo, que, por um lado através de vias eferoras simpáticas e parassimpáticas, emite resposta a órgãos determinados e estimula, por mediação simpática, a medula adrenal a liberar catecolaminas. Por outro lado, estimula a hipófise anterior a produzir corticotrofina, que induz a cortex da supra-renal a liberar essencialmente glicocorticóides e, em menor escala mineralocorticóides, também estimula a hipófise posterior a liberar hormônio antidiurético (SELYE, 1956; FRAIN & VALIGA, 1979).

SELYE identificou que o estresse ocorre numa seqüência trifásica, a qual foi denominada Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que consiste na soma de todas as reações sistêmicas que evoluem numa seqüência temporal, resultante da exposição continuada a um estressor.

As três fases são:

- a) Reação de Alarme - inicia-se logo que o organismo é atingido por um agente estressante. Nesta fase, mediante uma queda da resistência são rapidamente mobilizados meios adaptativos ; registra-se alargamento da córtex da supra-renal e elevação dos níveis hormonais do sangue. São manifestações específicas desta fase a elevação da frequência cardíaca de pressão sis

têmica e do débito cardíaco, diminuição da circulação periférica e maior suprimento sanguíneo ao coração, cérebro e músculos esqueléticos; o indivíduo torna-se alerta, apresentando audição aguçada, pupilas dilatadas e aumento da atenção no campo visual.

- b) Estágio de Resistência ou Adaptação - nesta fase os níveis hormonais se mantêm elevados, a resistência ao agente que produziu a síndrome atinge o seu pico e se mantêm elevada, ocorrendo, simultaneamente, uma diminuição da resistência ou adaptabilidade a outros agentes. O organismo tenta restabelecer seu funcionamento e se adapta às solicitações a que está sendo forçado, melhorando os sintomas da reação de alarme.
- c) Estágio de Exaustão - este representa a fase final e inevitável da síndrome, caso o estressor seja muito intenso e se prolongue o tempo suficiente para esgotar a adaptabilidade. A resistência cai para abaixo do normal, indicando perda da adaptabilidade adquirida na etapa anterior; os níveis hormonais se elevam, voltam os sintomas da primeira fase e, caso continue a exposição ao estressor, surgirá a morte.

As fontes de estresse podem se dividir em cinco categorias:

- a) Fonte química, incluindo drogas, agentes anestésicos, reações sanguíneas e qualquer agente tóxico presente no organismo;
- b) Fonte física, incluindo calor, frio, perda do ciclo dia-noite, estímulo sensorial estranho e sobrecarga sensorial;
- c) Fonte biológica, incluindo organismos patógenos;
- d) Fonte fisiológica, incluindo queimadura, cirurgia, trauma, imobilização, perturbação do sono;

e) Sôcio-emocional, incluindo a ansiedade, medo, dor, mudança de papel e separação de pessoas significativas.

V - OBJETIVOS

Objetivo Geral

1. Detectar sinais e sintomas de estresse e procurar minimizá-los através de ações de enfermagem, dos pacientes em pré e pós operatório até setenta e duas horas e os eventuais casos que ocorrerem após este período.
2. Adquirir habilidade em técnicas específicas e/ou complexas de enfermagem, de acordo com nossa disponibilidade.

Objetivos Específicos

- 1.1 - Fazer levantamento dos sinais e sintomas de estresse no prontuário, prioritizando os pacientes em pré e pós operatório até setenta e duas horas.
- 1.2 - Fazer entrevista através do histórico de enfermagem para detectar sinais e sintomas de estresse ainda não identi

cados.

1.3 - Fazer prescrição, avaliação e evolução de enfermagem.

VI - METODOLOGIA

A população a ser atingida será composta por todos os pacientes internados na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário que apresentam sinais e sintomas de estresse, dando ênfase aos pacientes em pré e pós operatório até setenta e duas horas.

Os sinais e sintomas serão identificados à partir dos relatos das passagens de plantão e da investigação diária dos prontuários dos pacientes em pré e pós operatório até setenta e duas horas e finalmente aos outros pacientes internados. À partir do levantamento faremos uma entrevista através de um histórico de enfermagem modificado (Anexo I), com a finalidade de detectar outros sinais e sintomas com base em nossa Lista de Signais e Sintomas de Estresse (Anexo II). Posteriormente verificaremos a etiologia dos mesmos de acordo com a Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (Anexo III) desenvolvido por Vollicer e Bohannon (1975), para finalmente chegarmos à sua ne

cessidade humana básica afetada, que de acordo com a denominação de João Mohana seriam as suas necessidades psicossociais, psicológicas e psicoespirituais (Anexo IV). Faremos em seguida a prescrição, avaliação e a evolução de enfermagem.

De acordo com as abordagens anteriores ficou explícito que no nosso trabalho utilizaremos a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Segundo Horta (1979), Necessidades Humanas Básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades são universais, portanto comum a todos os homens; o que varia de um indivíduo para outro, é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

A teoria se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica): todo o universo se mantém por processo de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holismo: o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

De acordo com HORTA (1979), Histórico de Enfermagem é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para a(o) enfermeira(o) que tornam possível a identificação de seus problemas.

Assim sendo aplicaremos o processo de enfermagem a toda a população selecionado de acordo com os critérios acima estabelecidos.

Utilizaremos:

- a) o histórico de enfermagem, adaptado e/ou modificado que visa focalizar prioritariamente as necessidades psicossociais;
- b) a prescrição de enfermagem, que é o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano;
- c) e a evolução de enfermagem, que é o relato periódico das mudanças sucessivas que ocorrem com o ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução é em síntese a avaliação global dos planos e cuidados (prescrição de enfermagem implementada). As mesmas serão utilizadas para reavaliação da prescrição de enfermagem.

As técnicas serão realizadas de acordo como método aplicado específico a cada uma.

VII - AVALIAÇÃO

ITEM	NÍVEL	01	02	03
Aplicação do objetivo Geral.	Aplicação correta dentro dos padrões previstos.	Aplicação com algumas incorreções dentro dos padrões previstos.	Aplicação com muitas incorreções dentro dos padrões previstos.	
Execução correta das técnicas com manuseio adequado do material.	Executa as técnicas corretamente segundo os princípios de assepsia.	Executa as técnicas com algumas incorreções.	Executa as técnicas com muitas incorreções.	
Integração com a equipe de saúde.	Mantém relacionamento com pacientes e funcionários, procurando trabalhar em equipe.	Procura manter inter-relacionamento com pacientes e equipe mas não atinge total integração.	Não consegue integrar-se à equipe, trabalho do individualmente.	

VIII - CRONOGRAMA

DATA	ASSUNTOS
01.04.85 à 03. 04.85 08:00 às 12:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira supervisora - Reunião com a enfermeira chefe da unidade - Reunião com orientadora - Reconhecimento da unidade
17.04.85 à 06.05.85 08:00 às 12:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do planejamento - Reuniões com orientadora - Reunião com supervisora
07.05.85 à 10.05.85 14:00 às 18:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos projetos e - participação na apresentação dos outros projetos da VIII U.C.
13.05.85 à 18.07.85 07:00 às 11:00 horas incluindo sábados e/ou domingos e feriados.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos objetivos pré-estabelecidos
19.07.85 à 29.07.85 08:00 às 12:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do relatório
30.07.85 à 02.08.85 14:00 às 18:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e - participação na apresentação dos relatórios.

XI - CONCLUSÃO

Segundo OLIVEIRA (1981), não há um método eficiente, prático e seguro contra o estresse. Talvez a melhor atitude seja a educação individual para uma conscientização da necessidade de encontrar-se uma forma simples de auto-equilíbrio. Cada um deve aprender a adotar uma filosofia de vida que lhe permita velejar mais ou menos tranquilamente pelos mares tempestuosos que são os dias intranquilos de nossa veloz e agressiva sociedade. E talvez a fórmula para isso não seja tão complexa como pode parecer à primeira vista. Talvez ela se resuma em menos ambição, mais tolerância e bastante amor ...

De acordo com Hans Selye, citado por OLIVEIRA, o estresse não deve ser suprimido em todas as suas formas, mas sim minimizado em seus aspectos mais nocivos. O estresse assinala o cientista é o sal da vida. Poucos gostariam de viver uma existência desprovida de impactos, impulsos e erros - seria tremendamente insípido - muito embora a máquina humana deva de tempos

em tempos, descansar através de técnicas de relaxamento.

Um conceito fundamental de Maslow, citado por HORTA, é de que nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais motivação individual.

Segundo FUERST et alii as pessoas experimentam uma gama variada de emoções quando vêm a serem pacientes. O corpo médico que não considera os pacientes como indivíduos únicos e que não dão os ouvidos ao ponto de vista de cada paciente ignora os elementos básicos da assistência à saúde. Cita ainda Florence Nightingale que descreveu isso bem há um século atrás, ao escrever em suas Notes on Nursing: "Se vocês soubessem como os pacientes sofrem de maneira desmedida de causas razoáveis de angústia, levariam essas coisas mais à sério".

Tentaremos alcançar os objetivos propostos, a fim de facilitar a identificação das necessidades psicossociais afetadas e fornecer um instrumento que sirva de sugestão para a resolução das mesmas.

X - BIBLIOGRAFIA

1. BRUNNER, L. S.; SUDDART, D.S. Enfermagem médico cirúrgico. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana.
2. FARIAS, J. N. de. Eventos Estressantes da Hospitalização. Florianópolis, UFSC, 1981. Dissertação de Mestrado.
3. FARIA, A. de N. Organização de empresas. 3.ed. Rio de Janeiro, Record, 1968.
4. FUERS/WOLFF/WEITZEL. Fundamentos de enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro, 1977.
5. HORTA, W. de A. Processo de enfermagem. São Paulo, EU, 1979.
6. UFSC. Hospital Universitário. Regimento do Hospital Universitário, Florianópolis, 1979. (mimeografado)
7. KOONTS, O'D. Princípios da administração. 12.ed. São Paulo, Biblioteca de Administração e Negócios, 1978.
8. MACBRYDE, M. C.; BLACK, S.R. Sinais e sintomas. 5.ed. Rio de Janeiro, Gua-Koogan, 1975.

09. OLIVEIRA, J. M. de. Estresse, doença coronária e morte súbita. A Folha Médica, 82(6) jun. 1981

ANEXO I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Identificação do paciente

Nome: _____
Idade: _____ Estado Civil: _____ Sexo: ()M ()F
Escolaridade: _____ Religião: _____
Profissão: _____ Ocupação: _____
Naturalidade: _____ Procedência: _____
Diagnóstico: _____
Tempo de hospitalização: _____ dias:
DADOS COLHIDOS: _____

Apresentação do paciente

Iniciaremos a entrevista com uma conversa informal, questionando a seguir sobre sua vida:

- Como está se sentindo?
- Há quanto tempo está internado?
- Teve outras internações?
- Se sabe sobre a doença e o tratamento ao qual está sendo submetido.
- Família
- Preocupações
- Queixas
- Problemas
- Hábitos: alterações que podem ter ocorrido devido a doença (sono e repouso, alimentação e hidratação, eliminações, recreação, habitação e religião)
- Observar as condições gerais do paciente
- Observar a linguagem não verbal durante a entrevista
- Questionar sobre dúvidas e expectativas
- Questionar sobre o porque da sintomatologia apresentada por ele.

ANEXO II

LISTA DOS SINAIS E SINTOMAS DO ESTRESSE

Sinais de estresse

01. alimentação aumentada ou diminuída.
02. Peso aumentado ou diminuído.
03. Sudorese de mãos e pés.
04. Temperatura da pele variável, geralmente fria.
05. Frequência cardíaca oscilante (70 a 150 b.p.m.), mas durante o sono é normal.
06. Mãos e pés frios e úmidos.
07. Rubor intermitente.
08. Ritmo cardíaco rápido e batidas irregulares.
09. Pressão sanguínea diferencial aumentada e a pressão sistólica apresentando-se aumentada.
10. Fraqueza e fadiga generalizada variável.
11. Tremores de lábios, mãos e extremidades que poderão ser fortes, lentos, variáveis e ausentes.
12. Exoftalmia e sinais oculares (retração ou tremor de pálpebras).
13. Agitação - Hipertividade - Impaciência.
14. Concentração difícil.
15. Voz alta e trêmula - palavrões, conversas e brincadeiras em excesso.
16. Respiração irregular, suspiros frequentes.
17. Diarréia ou constipação.
18. Aumento transitório da micção (poliúria, nictúria).
19. Agressividade que poderá ser expressa através de:
 - quebra de objetos
 - atitude de rigidez: testa enrugada, lábios apertados, mandíbulas cerradas e punhos fechados.
 - Poderão apresentar como consequência dos sinais acima citados os seguintes sintomas:
 - dor de cabeça em faixa bitemporais, fronte occipital, na nuca, nos ombros e na parte superior das costas.
 - Poderão apresentar extremidades quentes e secas.
20. Fantasias.
21. Choro.

22. Reclamações.
23. Hipertensão.
24. Apatia:
 - lento, sem atividade, sem energia
 - fisionomia abatida
 - postura caída
 - voz monótona, inexpressiva.
25. Negação.
26. Náuseas.
27. Insônia.

28
Sintomas de estresse

O paciente refere estar e/ou ter:

01. Preocupado.
02. Ansioso.
03. Apavorado.
04. Impaciente, com pressa, inquieto.
05. Nervoso.
06. Medo.
07. Insônia,
08. Sonhos assustadores.
09. Fraqueza, fadiga, tonteira, tremor interno.
10. Estômago embrulhado.
11. Visão pouco nítida.
12. Concentração difícil.
13. Falta de fôlego.
14. Mãos e pés frios.
15. Palpitações, poderá referir que às vezes o seu coração "para".
16. Irritado (explodindo, perdendo a cabeça, etc).
17. Dor de cabeça em faixa bitemporais ou frente occipital, dores na nuca, nos ombros e na parte inferior das costas.
18. Excitado.
19. Exaltado.
20. Tenso.
21. Sob pressão.
22. Extenuado.
23. Fadigado.
24. Cansado.
25. Exausto

26. Apático

27. Alterações dos movimentos motores.

28. Aumento transitório da micção (poliúria, nictúria).

ANEXO III

Eventos da Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização de de desenvolvida por VOLICER & BOHANNAN (1975).

01. Ter estranhos dormindo no mesmo quarto que você.
02. Ter que comer em horários diferentes de que está acostumado.
03. Ter que dormir numa cama estranha.
04. Ter que vestir roupa do hospital.
05. Ter ao seu redor aparelhos que você não conhece.
06. Ser acordado no meio da noite pela enfermeira.
07. Ter que ser ajudado a tomar banho.
08. Não poder conseguir rádio, jornal ou TV, quando você deseja.
09. Ter um companheiro de quarto que recebe muitas visitas.
10. Ter que ficar na cama ou mesmo no quarto o dia todo.
11. Sentir odores ~~di~~ferentes ao seu redor.
12. Ter um companheiro de quarto que está gravemente doente e que não pode ~~conversa~~ com você.
13. Ter que pedir ajuda para usar a comadre.
14. Ter um companheiro de quarto que não é seu amigo.
15. Não receber visitas de amigos.
16. Estar em um quarto que é muito frio ou muito quente.
17. Pensar que sua aparência pode mudar depois desta hospitalização.
18. Estar no hospital durante feriados especiais ou ocasiões em que sua família costuma estar reunida.
19. Pensar que você poderá sentir dor, devido à cirurgia ou realização de exames.
20. Preocupar-se com seu (sua) esposo(a) ou filhos por estarem longe de você.
21. Ter que comer comida fria e sem gosto.
22. Não poder conversar com sua família ou seus amigos pelo telefone.
23. Ser cuidado por um médico que você não conhecia.
24. Ter sido hospitalizado por causa de um acidente.
25. Não saber o momento em que as coisas serão feitas para você.
26. Ver o pessoal do hospital sempre apressado.
27. Pensar que sua renda familiar será reduzida por causa de sua doença.

28. Sentir desconforto devido aos medicamentos.
29. Ouvir as enfermeiras e médicos falarem muito depressa ou usa rem palavras que voce não conhece.
30. Sentir que você está se tornando dependente dos medicamentos.
31. Não receber visita dos familiares.
32. Saber que você precisa ser operado.
33. Estar em um hospital muito longe de sua casa.
34. Ter que ser hospitalizado de repente, sem ser planejado.
35. Não ser atendido logo que voce chama na campanha.
36. Não receber respostas do pessoal do hospital, às suas perguntas.
38. Sentir saudades de seu (sua) esposo(a), filhos ou companheiro (a).
39. Receber alimentação por sonda.
40. Não sentir alívio após receber medicamento para dor.
41. Não saber os resultados dos exames ou as razões do seu tratamento.
42. Não receber medicação para a dor quando necessita.
43. Não saber com certeza a doença que você tem.
44. Não lhe ser dito o seu diagnóstico.
45. Pensar que você pode perder a audição.
46. Saber que voce tem uma doença grave.
47. Pensar que você pode perder um rim ou algum outro órgão.
48. Pensar que você pode ter câncer.
49. Pensar que você pode perder a visão.

ANEXO IV

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

- Oxigenação
- Hidratação
- Nutrição
- Eliminação
- Sono e repouso
- Exercício e atividade física
- Sexualidade
- Abrigo
- Mecânica corporal
- Motilidade
- Cuidado corporal
- Integridade cutâneo mucosa
- Integridade física
- Regulação: térmica, hormonal neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.
- Locomoção
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa
- Ambiente

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

- Segurança
- Amor
- Liberdade
- Comunicação
- Criatividade
- Aprendizagem
- Gregária
- Recreação
- Lazer
- Espaço
- Orientação no tempo e no espaço.
- Aceitação
- Auto-realização
- Auto-estima
- Participação
- Auto imagem
- Atenção

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES
APRESENTANDO SINAIS OU SINTOMAS DO ESTRESSE

Alunos: KATIA REJANE NEIVA
MAX GRACIOSA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

Florianópolis, julho/85

Orientadora: IRMNGARD BRUEKHEIMER ROZA

Supervisora: TÂNIA REBELO

A G R A D E C I M E N T O S

À nossa orientadora em especial Professora Irmgard Bruekheimer Roza pela confiança depositada em nós.

À nossa supervisora enfermeira Tânia Rebelo pela atenção dispensada.

Ao professor Wilson de Paula Seara pela orientação inicial ao projeto.

À nossa coordenadora Rosita Saupe pela compreensão e apoio.

Aos pacientes que possibilitaram a realização deste trabalho.

À equipe de enfermagem da UIC do 4º andar do Hospital Universitário.

P E N S A M E N T O

Todo o lugar onde vivemos por algum tempo s^o muito depois que dali nos despedirmos adquire uma forma em nossa mem^oria e se converte numa imagem permanente e intang^{iv}el. Enquanto ali est^{av}amos e tudo tⁱⁿha mos sob os olhos, v^{ia}mos ainda o acidental e o essencial quase igualmente acentuados. S^o mais tarde se apaga o acidental. Nossa mem^oria s^o ret^{em} o que for digno de ser conservado. N^o fosse assim, como poder^{ia}mos sem me^udo e sem certa sensa^o de vertigem fitar f^{ix}o que um s^o ano de nossa vida passada!

S U M Á R I O

	Pág.
I - INTRODUÇÃO	1
II - DIFICULDADES SENTIDAS	4
III- RESULTADOS E DESCRIÇÃO	6
III.1- Objetivo nº 1 - Detectar sinais e sintomas de estresse, e procurar mi- nimizá-los através de ações de en- fermagem, dos pçtes em pré e pós- operatório até 72 hs e os eventos após este período	6
1.1. Sinais	9
1.2. Sintomas	9
1.3. Eventos estressantes	12
1.4. Necessidades NHB afetadas	17
1.5. Fases do Estresse	20
2. Objetivo nº 2 - Adquirir habilida- des em técnicas específicas e/ou complexas de enfermagem, de acordo com nossa disponibilidade.....	24
IV - CONCLUSÃO	26
IV -1- Do Estágio	26
IV -2- Do Trabalho	28
V - RECOMENDAÇÕES	30
VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

SUMÁRIO DE TABELAS

	Pág.
01- Distribuição dos sinais de estresse apresentados pelos pacientes em pré-operatório, pós-operatório e outros durante os 55 dias de estágio na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário.....	7
02- Distribuição dos sintomas de estresse apresentados pelos pacientes em pré-operatório, pós-operatório e outros, durante os 55 dias de estágio na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário	8
03- Distribuição dos eventos estressantes observados e relatados pelos pacientes no período de 55 dias, durante o estágio na Unidade de Internação Cirúrgica	11
04- Distribuição das Necessidades Humanas Básicas Afetadas observados em Pacientes na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário	16
05- Distribuição dos Pacientes nas 3 fases da Síndrome Geral da Adaptação	19

I - INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os resultados obtidos no decorrer do estágio da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado no 4º andar, do Hospital Universitário, na clínica de internação cirúrgica em 55 dias, tendo início no dia 13.05 e término dia 19.07, sendo que a partir do dia 03.06 foram utilizados todos os sábados e/ou domingos e feriados.

O objetivo principal foi a detecção de sinais e sintomas de estresse e a minimização dos mesmos através das ações de enfermagem, dos pacientes em pré e pós operatório até setenta e duas horas e os eventuais após este período; e a aquisição de habilidades em técnicas específicas e/ou complexa de enfermagem.

Os sinais e sintomas seriam identificados a partir das passagens de plantão e da investigação diária aos prontuários dos pacientes em pré e pós operatório e finalmente aos outros pacientes internados. A partir do levantamento faríamos uma entrevista através de um histórico de enfermagem modificado, com a finalidade

de detectar outros sinais e sintomas com base na lista de sinais e sintomas de estresses. Em seguida, verificaríamos a etiologia dos mesmos de acordo com a Escala de Avaliação do estresse da hospitalização, e para finalizar chegaríamos a sua necessidade humana básica afetada. Posteriormente faríamos a prescrição a avaliação e a evolução.

Para a identificação dos sinais e sintomas foram de maior valia as anotações complementares de enfermagem, uma vez que o prontuário não era muito rico.

Não nos foi válido a delimitação das 72 horas para os pacientes em pós-operatório, tendo em vista que os eventos do pós-operatório em sua maioria ocorriam após este período e eram devidos a prolongada permanência dos pacientes no hospital.

O histórico de enfermagem proposto serviu de embasamento para o levantamento de dados dos pacientes, embora não tenha sido aplicado na forma de questionário ao paciente.

Quanto a tabela dos eventos estressantes da hospitalização, houve necessidade de complementação com alguns outros eventos mencionados pelos pacientes e que o grupo achou importante que fossem listados.

Uma outra modificação significativa para o grupo foi a divisão de acordo com a clínica, feminina e masculina, cabendo a cada um de nós uma delas.

Isto ocorreu, porque no decorrer do estágio foi observado que não estava sendo possível o conhecimento de todos os pacientes, e quando isto ocorria não havia uma interação satisfatória, o que era de grande interesse.

II - DIFICULDADES SENTIDAS

1- Escolha do período - Quando optamos pelo período matutino não fazíamos idéia que o grande fluxo de acadêmicos e professores da medicina, pudessem intervir de maneira significativa no desenvolvimento do trabalho a ser realizado. Por várias vezes fomos obrigados a interromper entrevistas ou mesmo ficamos impossibilitados de entrar em quartos tendo em vista as aulas que estavam sendo ministradas e a prioridade que lhes é dada.

2- Estágio da 7ª fase na unidade - Quando da aplicação do conteúdo da 7ª fase, Administração e Liderança, observou-se que o grupo de estágio encontrava-se perfeitamente integrado à unidade, condição esta necessária para a execução dos objetivos propostos. A integração do grupo em questão também se fazia necessária, embora não de maneira tão envolvente. Isso gerou comparação a nível de equivalência, desfavorecendo a naturalidade de sua ocorrência.

3- Duplicidade de supervisão - Durante a fase inicial houve problemas referentes a adaptação do grupo em relação ao projeto apresentado. Esta fase ultrapassou o período previsto devido a falta de acompanhamento por parte de nossa supervisora que encontrava-se em inúmeros compromissos profissionais. As falhas eram detectadas pela enfermeira chefe, mas não era alertadas ao grupo tendo em vista a falta de autoridade e competência do assunto alegadas pela mesma. Desta forma realizou-se uma reunião proposta pela orientadora, onde decidiu-se em consenso que a supervisão do estágio ficaria a cargo da enfermeira chefe da unidade, por ser a profissional com maiores possibilidades de realizar um contacto mais frequente e eficaz conosco.

4. Adaptação do grupo frente ao projeto - Tendo em vista os fatores acima citados a adaptação do grupo, ocorreu, dentro de um espaço de tempo mais prolongado que o previsto. Afóra isso, o grupo manteve-se preocupado em demasia em como utilizar o material apresentado e em elaborar fórmulas de aplicação do projeto propriamente dito.

Apresentaremos a seguir os objetivos propostos no projeto, com os resultados e a discussão dos mesmos.

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. OBJETIVOS:

Detectar sinais e sintomas de estresse e procurar minimizá-los através de ações de enfermagem, dos pacientes em pré e pós operatório até setenta e duas horas e os eventuais casos que ocorrerem após este período.

Dos pacientes que estiverem internados na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário durante o período de estágio, 38 o grupo aplicou o objetivo "1" acima descrito e seus correspondentes específicos.

Demonstaremos a seguir os resultados obtidos de acordo com a metodologia descrita no projeto, na forma de tabelas e discussão das mesmas.

TABELA 01 - Distribuição dos sinais de estresse apresentados pelos pacientes em pré-operatório, pós-operatório e outros durante os 55 dias de estágio na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário, Florianópolis, 1985.

SINAIS	Pré-Operatório		Pós-operatório		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01-Choro (21)	14	56,84	06	15,78	02	02,63	18	42,10
02-Apatia (24)	09	23,68	04	10,52	--	----	11	28,95
03-Agitação hiperatividade ou impaciência(13)	05	13,15	02	05,26	--	----	06	15,80
04-Insônia (27)	05	13,15	01	02,63	--	----	05	13,15
05-Tremores de lábios, mãos e extremidades (11)	03	07,89	02	05,26	--	----	04	10,50
06-reclamações (22)	03	07,89	02	05,26	--	----	04	10,50
07-respiração irregular e/ou suspiro frequente(16)	03	07,89	01	02,63	--	----	04	10,50
08-Mãos e pés frios e úmidos(06)	04	10,52	--	----	--	----	04	10,50
09-Pressão sanguínea diferencial aumentada e a pressão sistólica apresentando-se aumentada (09)	02	05,26	02	05,26	--	----	04	10,50
10-voz alta e trêmula, brincadeiras em excesso (15)	01	02,63	02	05,26	--	----	03	07,9
11- Negação (25)	02	05,26	--	----	--	----	--	----
12- Exoftalmia e sinais oculares (12)	01	02,63	--	----	--	----	01	2,63
13- Diarria ou constipação (17)	01	02,63	--	----	--	----	01	02,63
14- Temperatura da pele variável, geralmente fria (04)	01	02,63	--	----	--	----	01	02,63
15- Agressividade (19)	01	02,63	--	----	--	----	01	02,63
	01	02,63	--	----	--	----	01	02,63

Observação: (Nº) Os números entre parênteses são referentes a numeração da lista dos sinais do anexo III do projeto: Assistência de Enfermagem aos Pacientes apresentando sinais e sintomas de Estresse.

TABELA N° 02- Distribuição dos sintomas de estresse apresentados pelos pacientes em pré-operatório, pós-operatório e outros, durante os 55 dias de estágio na unidade de internação Cirúrgica do Hospital Universitário, Florianópolis, 1985.

SINTOMAS	Pré-Operatório		Pós-Operatório		Outros		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
01- Ansioso (02)	17	44,73	08	21,05	01	04,63	25	65,78
02- Preocupado (01)	10	26,31	04	10,52	01	02,63	12	31,57
03- Impaciente, inquieto e/ou com pressa (04)	05	13,15	02	05,26	02	05,26	07	18,42
04- Nervoso (05)	07	18,42	02	05,26	--	-----	07	18,42
05- Tenso (20)	05	13,15	02	05,26	--	-----	06	15,78
06- Mãos e pés frios (14)	04	10,52	--	-----	--	-----	04	10,52
07- Cansado (24)	04	10,52	02	05,62	01	02,63	04	10,52
08- Fraqueza, tadia, tremor interno (09)	01	04,63	01	02,63	--	-----	02	05,26
09- Apatia (26)	02	02,63	--	-----	--	-----	02	05,26
10- Insônia (07)	--	-----	01	02,63	--	-----	01	02,63
11- Estômago embrulhado (10)	01	02,63	--	-----	--	-----	01	02,63
12- Dor de cabeça em faixa bitemporal (17)	01	02,63	--	-----	01	04,63	01	02,63
13- Fatigado (23)	01	02,63	--	-----	--	-----	01	02,63
14- Aumento transitório da micção (28)	01	02,63	--	-----	--	-----	01	02,63

Observação: (N°) Os números entre parênteses são referentes a numeração da lista dos sintomas do anexo III do projeto: Assistência de Enfermagem. Aos pacientes apresentando sinais e sintomas de Estresses.

SINAIS E SINTOMAS

Como demonstram as tabelas acima, os sinais e sintomas que tiveram maior incidência, foram choro e ansiedade respectivamente. Observa-se ainda que a maior percentagem deu-se no pré-operatório.

Segundo BRUNNER, a ansiedade é a reação normal ao estresse e à ameaça. É uma reação emocional à percepção do perigo, real ou imaginário, que se experimenta fisiológica, psicológica e comportalmente. Frequentemente a ameaça afeta tanto a ameaça e sobrevivência física, quanto a integridade do eu psicossocial.

BRUNNER afirma ser o choro, dentre outros, uma manifestação característica da ansiedade.

Diante do exposto, observa-se a correlação existente entre as tabelas 1 e 2.

Analisando a variada gama de sintomatologia apresentada pelos pacientes, concordamos com FUEST, quando diz que o estresse é uma experiência extritamente pessoal, que algumas pessoas parecem ser capazes de tolerar melhor a tensão do que outras e que ainda uma si -

tuação que é estressante para uns pode não ser para outros. Salientando-se que é rara a pessoa que não sente estresse quando está no papel de paciente.

Como exemplo teríamos os pacientes que passaram pela Unidade de Internação Cirúrgica durante o estágio, onde de 119 pacientes, 38 apresentaram exacerbação dos sinais e sintomas e foram assistidos. Se fossemos analisar a fundo cada paciente, duvidamos que todos não apresentassem no mínimo um sinal ou sintoma de estresse.

Concordamos com RUZA quando afirma que a orientação pré-operatória é da competência do enfermeiro, cujos efeitos são extremamente compensadores, para o serviços de enfermagem, para o paciente, bem como para a própria instituição hospitalar.

Neste sentido cita ainda os autores BIRD; DUMAS & LEONARD, EGBERT "eta al"; LEVINE & MEYER. Os quais são unânimes ao abordarem a importância da orientação pré-operatória e sua influência na minimização da ansiedade e maior integração enfermeira-paciente, proporcionando a este maior segurança física e emocional e conseqüentemente redução de complicações pós-operatórias.

Isso foi observado no decorrer do estágio, diante das orientações pré-operatórias por nós realizadas, uma vez que observamos que as mesmas não estavam ocorrendo de forma satisfatória.

TABELA 03 - Distribuição dos eventos estressantes observados e relatados pelos pacientes no período de 55 dias, durante o estágio na unidade de Internação Cirúrgica, Hospital Universitário, Florianópolis, 1985

EVENTO ESTRESSANTE	Nº	%
01- Sentir saudades de seu (sua) esposa(o) filhos ou companheiro(a)(38)	13	34,21
02- Saber que você precisa ser operada (39)	11	28,94
03- Não sentir alívio após receber medicamento para dor (40)	08	21,05
04- Preocupar-se com seu(sua) esposa(o) por estarem longe de você(20)	07	18,42
05- Estar em um hospital muito longe de sua casa(33)	06	15,78
06- Não saber o momento em que as coisas serão feitas para você(25)	05	13,15
07- Não saber resultado dos exames ou as razões do seu tratamento(41)	04	10,52
08- Vergonha de se expor(*)	04	10,52
09- Não receber resposta do pessoal do hospital às suas perguntas(37)	03	07,89
10- Não receber visitas dos familiares(31)	03	07,89
11- Pensar que você poderá sentir dor devido a cirurgia ou a realização de exames(19)	03	07,89
12- Não ter pessoa conhecida no Centro Cirúrgico(*)	03	07,89
13- Ter que transferir a cirurgia(*)	03	07,89
14- Pensar que sua renda familiar será reduzida por causa de sua doença(27)	02	05,26
15- Ter que ser hospitalizado de repente sem ser planejado(34)	02	05,62
16- Estar no hospital durante feriados especiais ou ocasião em que sua família deverá estar reunida (18)	02	05,62
17- Medo da cirurgia ser adiada (*)	02	05,62
18- Pensar nas restrições impostas pela doença quando sair do hospital(*)	02	05,62
19- Preocupar-se com a viagem de volta(*)	02	05,62
20- Ter dificuldades para comunicar-se com seus familiares(*)	01	02,63
21- Estar em um hospital (primeira hospitalização(-))	01	02,63
22- Não saber o tempo de internação(*)	01	02,63
23- Pensar que você poderá ter câncer (48)	01	02,63
24- Sentir desconforto devido aos medicamentos (28)	01	02,63
25- Ter que pedir ajuda para usar comadre (13)	01	02,63
26- Pensar que sua aparência pode mudar depois desta hospitalização(17)	01	02,63
27- Não ser atendido logo que você chama a companhia(35)	01	02,63
28- Saber que você tem uma doença grave(46)	01	02,63
29- Pensar que você pode perder um rim ou um outro órgão (membro) (47)	01	02,63
30- Ter que ser hospitalizado de repente, sem ser planejado(34)	01	02,63
31- Não saber o que será feito com ele (*)	01	02,63
32- Não saber o tempo da cirurgia(*)	01	02,63
33- Não saber o tipo da anestesia(*)	01	02,63
34- Não conhecer o médico que lhe fará a cirurgia(*)	01	02,63
35- Não saber quando poderá retornar as suas atividades normais(*)	01	02,63

(Nº) Os números entre parênteses correspondem a numeração ordenada utilizada por VOLICER & BOHANNON (1975)

(*) Os asteriscos correspondem os eventos detectados e relatados que não se encontram nos eventos estressantes da hospitalização citada por VOLICER & BOHANNON.

EVENTOS ESTRESSANTES DA

HOSPITALIZAÇÃO

Como se pode observar na tabela os eventos mais apresentados foram respectivamente "Sentir saudades de seu (sua) esposo(a) filhos ou companheiro(a), e Saber que você precisa ser operado, correspondendo a 34,21% e 28,54% dos pacientes que tiveram intervenção do grupo.

Concordamos que KAMIYAMA quando afirma que a separação da família, parentes e amigos, acarretada pela hospitalização é uma intensa fonte de insegurança emocional e causa de numerosos problemas.

A distância física que o separa da família, é por ela própria um fator determinante de insegurança emocional. Quando aliada a distância social por rejeição da família, diminuição do grau de relações primárias por prolongada internação, ou à simples perspectivas da possibilidade de uma distância social, a insegurança torna-se ainda maior.

Segundo NOGUEIRA citado por KAMIYAMA o doente hospitalizado, principalmente no início da interna

ção, se vê "suspensão entre dois grupos que tendem a se excluir mutuamente; a dos sãos, principalmente família e amigos, ao qual deixou de pertencer, evidentemente contra a vontade; e o dos doentes hospitalizados, em relação ao qual sua atitude é de repulsa". Para se ajustarem esse novo grupo precisa substituir o antigo sistema de vida pelo novo, imposto pelas novas circunstâncias e condições, reconstruir a sua auto-imagem e reformular suas perspectivas de vida.

O processo de ajustamento é um aspecto a ser considerado na assistência ao doente desde a sua admissão, orientando a substituição do antigo sistema de vida pelo novo, através de real interação, para que continue sendo ele mesmo nessa condição específica.

Convém salientar que os pacientes em questão eram procedentes em sua maioria (68,4%) do interior do estado, 65,8% eram casados e possuíam filhos, frequentemente estavam num ambiente totalmente desconhecido, e distantes de seus familiares.

Vamos de encontro a KAMIYAMA quando diz que todo ser humano tem medo ao desconhecido: o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável. A doença e a hospitalização são experiências desconhecidas para as pessoas em geral, os métodos de elucidação do diagnóstico, o tratamento, os cuidados de enfermagem que recebem são estranhos, não são práticas correntes em sua vida normal. Além disso muitas

vezes implicam em experiências traumatizantes e dolorosas o que aumenta mais o medo.

NOGUEIRA refere que neste estado de insegurança, por medo ao desconhecido, é resultado da insatisfação e inibição, da necessidade de auto-afirmação ou da identidade pessoal. É uma necessidade básica que existe em todo o homem, de "sentir-se como a causa das situações de que participa ou como causa do próprio comportamento. Segundo KAMIYAMA esta necessidade parece estar implícita em todos as demais, por representar "a identidade pessoal", isto é, o fato de uma pessoa ser ela e mais ninguém, principalmente em nossa cultura, onde a individualidade é super-valorizada.

O medo e a insegurança são maiores ainda, quando causados por um fator de forte ameaça à vida, a doença, que desencadeia modificações somato-psíquicas e sociais no indivíduo, o que faz com que ele desconheça a própria capacidade, e, conseqüentemente, desconheça como comportar-se. A sua auto-imagem é alterada, e o paciente força-se para reconstruí-la, nesta nova condição de doente hospitalizado, necessita para isto, do conhecimento correto de sua doença e tratamento.

A doença em si é indesejável, constitui estímulo muito negativo por ser estritamente relacionado à morte, o mais negativo de todos os estímulos, o inverso da sobrevivência.

A hospitalização é igualmente um estímulo

altamente muito negativo, daí ser a maior expectativa do doente hospitalizado, livrar-se o quanto antes desta condição indesejável e canalizar todos os esforços para este objetivo. KAMIYAMA.

Pesquisando a tese da Dra. KAMIYAMA, observou-se que o medo ao desconhecido representado pela doença, terapia médica e assistência de enfermagem assumia grande importância para o doente hospitalizado, como se vê pela elevada frequência apresentada correspondente a 32,6%. Analizando a qualidade desses problemas e enumerando-os temos: o desconhecimento da doença, exames e tratamento, medo da operação; desconhecimento dos cuidados de enfermagem que recebe, da operação e data de sua realização; da medicação prescrita e a que recebe, do sistema de vida pós alta; dos cuidados do pós operatório; das razões da suspensão da operação; do estado geral por ausência de resposta às perguntas feitas sobre os sinais vistos e o estado geral.

Confrontando com os resultados obtidos pelo grupo, podemos observar que os eventos estressantes que correspondem aos acima listados dão uma percentagem de 33,33% dos eventos apresentados na tabela 3 acima descrita.

TABELA 04 - Distribuição das Necessidades Humanas Básicas Afetadas observadas em Pacientes na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital universitário Florianópolis, 1985

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS	PACIENTES	Nº	%
01- Segurança		24	53,15
02- Gregária		17	44,73
03- Aprendizagem		10	26,31
04- Integridade cutânea mucosa		07	18,42
05- Aceitação		05	13,15
06- Locomoção		05	13,15
07- Integridade física		04	10,52
08- Liberdade		04	10,52
09- Comunicação		03	7,89
10- Auto-estima		03	7,89
11- Auto-imagem		03	7,89
12- Motilidade		02	5,26
13- Participação		02	5,26
14- Atenção		02	5,26
15- Ambiente		02	5,26
16- Vascular		01	2,63
17- Eliminação		01	2,63
18- Repouso		01	2,63
19- Cuidado Corporal		01	2,63
20- Recreação		01	2,63
21- Laser		01	2,63

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

De acordo com a tabela 04, constata-se que das necessidades humanas básicas listadas de acordo com a denominação de JOÃO MOHANA, as mais afetadas foram as necessidades psicossociais correspondentes respectivamente a segurança (53,15%) e a gratificação (44,73%).

Recapitulando os resultados obtidos nas tabelas anteriores temos que o sinal mais apresentado foi o choro (36,84%), o sintoma a ansiedade (44,73%) e os eventos "saudades da família" e "saber que você precisa ser operado".

A ansiedade e o medo são utilizados frequentemente como sinônimos, entretanto o medo, em geral refere-se a uma ameaça específica; a ansiedade a um presságio não especificado.

Tomando como base o conceito acima descrito poder-se-ia substituir o termo medo pela ansiedade, tendo em vista os comentários realizados na tabela 3, referente aos eventos estressantes, sendo que 35,33% dos pacientes apresentaram eventos referentes a algo que lhes era desconhecido.

Diante do exposto, constata-se a correlação existente entre os mesmos; SINAIS, SINTOMAS, EVENTOS e NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS.

Os dados levantados vão de encontro com os apresentados pela Dra. YURIKO KAMIYAMA em sua tese "O Doente Hospitalizado e sua percepção quanto a prioridade de seus problemas, onde a mesma chegou a conclusão que os problemas mais sentidos pelos pacientes encontravam-se na área básica ou expressiva, sendo 32,6 correspondente ao "medo do desconhecido" e 29,8% à família, concluimos diante do exposto que o que as necessidades foram respectivamente a "segurança e a gregária".

Definição do termo:

Área básica ou expressiva é aquela que engloba os problemas relativos ao atendimento de necessidades básicas, causadas pela doença e a área técnica abrangge a terapêutica médica, ou seja, a sintomatologia clínica e execução de prescrição. JOHNSON e MARTIN- citados por KAMIYAMA.

TABELA 5 - Distribuição dos Pacientes nas
3 fases da Síndrome Geral da
Adaptação. Florianópolis, 1º
semestre . 1985.

Estágios Pacientes	Alarme		Adaptação		Exaustão	
	38	38	100%	36	94,73%	2

FASES DO ESTRESSE

De acordo com a mesma podemos observar que a maioria dos pacientes, correspondentes a 94,7% se adaptaram, chegando a 5,26% ao estágio de exaustão.

Tendo que a reação de alarme se inicia quando o organismo é atingido por um agente estressante, temos que todos os pacientes ao serem hospitalizados já se encontram em estágio de alarme, por ser a mesma por si própria, um fator estressante desprovida de outros eventos que podem seguir posteriormente. Observamos que a maioria dos pacientes conseguiram mobilizar meios adaptativos para os inúmeros eventos aos quais foram submetidos durante o período de hospitalização.

Os casos de exaustão merecem atenção. Embora os pacientes fossem pacientes oncológicos em fase terminal, ambos se negavam a fazer cirurgia, até bem pouco tempo antes da mesma. Acabaram concordando na última hora. Haviam relatado que se fossem para a cirurgia morreriam: "Se eu operar vai ser o fim; eu não quero operar" "Se eu for para a cirurgia eu vou morrer". O primeiro morreu 4 dias após a operação; o segundo morreu durante a

indução anestésica.

Concordamos com GARBIN (1979), quando diz que existem dificuldades relacionadas a mensuração do estresse, principalmente, pelo fato de ser estresse uma resposta global, ou seja, o indivíduo diante de um estressor responde e comporta-se como um todo, mas os instrumentos disponíveis para mensuração não são holísticos, apenas medem variáveis relacionadas a estresse.

Nossa avaliação para a adaptação foi feita com base na minimização dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. A partir do momento que o paciente conseguiu se amoldar a situação não apresentando exacerbação de sinais e sintomas, ele se adaptou.

Concluimos que apesar de ser difícil a mensuração do estresse, o mesmo se encontra presente em maior ou menor grau em todos os pacientes.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CHORO: Deixar paciente chorar: - segurar sua mão - sentar ao seu lado até que ele se acalme - questionar o motivo e se você poderá ajudá-lo - ouvi-lo - mostrar-se interessado por ele e disposto a ajudá-lo na solução de seus problemas, etc.

APATIA: questionar se existe algo que o preocupa - ouvi -

lo - mostrar-se interessado por ele - obter sua confiança - encorajá-lo mostrando ou melhor ressaltando suas possibilidades - procurar ajudá-lo na solução de seu problema, etc.

ANSIOSO: ouvir o paciente - encorajá-lo a partilhar de suas experiências imediatas - mostrar-se a disposição , sem pressa como se ele fosse o único paciente da unidade - esclarecer seus dúvidas, etc.

PREOCUPADO: mostrar-se solidário com ele - sentar-se a seu lado e tentar achar junto a solução do problema que o preocupa.

IMPACIENTE: mostrar-se calmo, sem pressa - sair para dar uma volta com ele, (quando possível) ou sentar a seu lado, encorajando-o a partilhar o que esta afligindo - descobrir a causa e agir para no mínimo minimizá-la.

ETC.

Se continuássemos listando as prescrições, não teríamos nada mais que repetições do que num contexto geral foi descrito, que seria você mostrar-se interessado "por ele", "ter tempo para ele", adquirir a confiança de "le" e "solucionar ou ajudar na resolução dos problemas de le".

A prescrição maior e mais coerente seria que todos vissem o paciente como um ser dentro de um con-

texto geral estivessem dispostos a travar com o mesmo a batalha de seu reestabelecimento.

em resumo as ações de enfermagem prestadas foram:

- ajudar ao paciente em sua necessidade de participação que incluem a sua orientação completa e atenciosa dentro do seu ambiente físico;
- reconhecimento da situação do paciente diante da observação dos indícios fisiológicos, emocionais e comportamentais;
- encorajamento de forma verbal e não verbal para que o paciente expressasse seus sentimentos (através da presença física, uso apropriado de toques, e cuidados prestados a ele e até pelo tom de voz;
- ajuda ao paciente na compreensão e controle de suas reações;
- ajuda ao paciente no desafio imposto pela hospitalização.

A avaliação e a evolução foram feitas através da realização de vistas diárias, observando-se a permanência ou regressão dos sinais e sintomas anteriormente apresentados.

3.2. OBJETIVO 2:

Adquirir habilidade em técnicas específicas e/ou complexas de enfermagem, de acordo com a disponibilidade do grupo.

O grupo realizou, na medida do possível, as técnicas de enfermagem a quense propôs, as quais serão relacionadas abaixo:

- administração de medicamentos por via oral e parenteral;
- antissepsia de meato urinário;
- aplicação de calor local;
- arrumação de cama: cama de operado, cama aberta, mudança de roupa em cama com paciente;
- auxílio em desinfecção terminal;
- bandagens;
- confecção de luvas para exercícios respiratórios;
- curativos simples e complexos;
- enema intestinal;
- higiene oral;
- instalação e controle de fluidoterapia (com butterfly e abbocath);
- instalação de PVC;
- instalação e retirada de cateterode O₂;
- restrição de movimentos;

- retirada de pontos;
- retirada de sonda vesical;
- tricotomia;
- troca de bolsa de colostomia;
- troca de jontex;
- verificação dos sinais vitais.

Outras atividades realizadas:

- acompanhamento de pacientes para a realização de exames;
- acompanhamento de visitas médicas e/ou multidisciplinares;
- encaminhamento de exames;
- informações sobre pacientes;
- orientações: pré e pós-operatórios, para alta hospitalar, quanto a realização de exames, a familiares, de alunos estagiários e funcionários;
- preparo de alta hospitalar;
- reuniões com: coordenadora, supervisora, e psicólogo;
- solicitação de serviços.

IV - CONCLUSÃO

ESTÁGIO

Ao término da realização deste estágio projeto pudemos concluir que a evolução do trabalho foi, para nós de grande valia.

As oportunidades oferecidas na oitava unidade curricular do curso de graduação em enfermagem, propiciaram um crescimento e amaduracimento maior em termos pessoais e profissionais.

Quando nos é dada condições de optar pela área, tema e escolha dos profissionais que poderão prestar orientação na tarefa a ser realizada, torna-se mais prazerosa a obrigatoriedade dos afazeres.

Apesar do projeto não ter alcançado de imediato a compreensão de alguns profissionais a ele ligados e das críticas recebidas, consideramos de suma importância a sua implantação.

Estar com o paciente nas condições encontradas, não significou para o grupo, apenas a oportunidade de ministrar-lhe técnicas habituais de atendimento. Significou antes de tudo, uma abordagem sem fórmulas prontas

e regras pré-estabelecidas, que nos deram uma visão mais ampla das angústias vivenciadas durante uma hospitalar e possibilitou a realização de ações que viessem a minimizá-las e/ou extinguí-las.

O que pôde parecer a muitos perda de tempo, para o grupo foi "ganho de experiência, vivência e satisfação".

O que rotulou "atendimento ou abordagens inadequadas" foi para o grupo "descoberta de área.

Enfim, concluímos, que fôí plenamente satisfatória a implantação e desenvolvimento do projeto, e que pudemos realizar os objetivos aos quais nos propusemos.

C O N C L U S Ã O D O

T R A B A L H O

JONHNSON e MARTIN, citados por KAIYAMA, salientam, como papel primordial de enfermeiro, o expressivo e como secundário o instrumental para que se possa assistir o homem doente que tem medo, que está inseguro e em situação de dependência de outras pessoas.

Estas características do homem doente são também apontadas por DICHTER, que em seu estudo sobre o relacionamento "paciente - hospital" concluiu que o paciente adulto hospitalizado sofre modificações profundas em sua personalidade. Afirma o autor que a necessidade emocional é o primeiro fator "não médico" que precisa ser atendido. Concluiu, ainda, que as características emocionais precisam ser consideradas na assistência ao paciente hospitalizado e que para diminuir o medo e a insegurança é indispensável a satisfação de suas necessidades, "muito especiais" e "privativas".

Outros autores como ABDELLAH e LEVINE, concordam com DICHTER quanto à natureza do indivíduo doente

e afirma constituir a situação hospitalar uma situação de tensão em que as necessidades tornam-se de importância muito grande para o paciente. Quando satisfeitas dão ao paciente mais possibilidade para reagir de modo positivo à sua terapia.

Em face das considerações acima citadas e da própria experiência, quando da realização do trabalho, concluímos que não resta a menor dúvida quanto a ser verdadeira a forma de assistência a ser prestada ao paciente.

Todas as vezes em que detectamos as angustias, os temores, os desagregamentos anteriores causados pelos mais variados fatores estressantes em cada um dos pacientes assistidos e pudemos solucioná-los e/ou minimizá-los, obtivemos respostas imediatas em termos de superação e melhora frente ao tratamento aplicado.

Nos resta apenas afirmar que, seria falso dizer que a assistência é eficiente sem se considerar a avaliação dos cuidados, feita pelo próprio paciente, quanto às necessidades por ele percebidas, complementando com a seguinte afirmação: "talvez estejamos satisfazendo as necessidades dos hospitais, dos médicos e dos enfermeiros, mas não dos pacientes". ABDELLAH.

RECOMENDAÇÕES

- 1 - De acordo com o local de estágio, recomendamos que se faça uma averiguação a respeito do período, optando por um horário que não haja interferência excessivas para se obter uma boa atuação.
- 2 - A necessidade de expor os objetivos a toda a equipe de enfermagem, antes do início do trabalho de campo.
- 3 - Que durante o estágio, troque-se experiências entre grupos afins para que, de alguma forma, haja um enriquecimento mútuo de conhecimentos.
- 4 - Para finalizar, gostaríamos de recomendar a continuidade deste trabalho através das equipes subsequentes.

B I B L I O G R A F I A

- 1 - BRUNNER, L.S., SUDDART, Os. Enfermagem médica cirúrgica. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana.
- 2 - FARIAS, J.N. de. Eventos estressantes da hospitalização. Florianópolis, UFSC, 1981. Dissertação e Mestrado.
- 3 - FUERST/WOLFF/WEITZEL. Fundamentos de Enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro, 1977.
- 4 - HESSE H. Para Ler e Pensar. 5ª ed, Editora Record, Rio de Janeiro - RJ.
- 5 - YORIKO, Kamiyama. O doente hospitalizado e sua percepção quanto a prioridade de seus problemas. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1972 - Tese de Doutorado.
- 6 - ROZA, I.B. Validade da orientação planejada de Enfermagem ao paciente adulto submetido à cirurgia supramesacólica. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, Janeiro de 1980. Tese de Mestrado.