

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*A coordenadora
(releu).
Sandra e Delma*

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0067
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0067
Autor: Junkes, Delma
Título: Diferença de percepção entre os



972519270 Ac. 240220

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

DIFERENÇA DE PERCEPÇÃO ENTRE OS PACIENTES QUE
RECEBEM ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA PARTICULAR E
OS QUE RECEBEM APENAS INFORMAÇÕES DE ROTINA

DELMA JUNKES

SANDRA MARA JACQUES

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIIIª UNIDADE CURRICULAR

FLORIANÓPOLIS

JUNHO - 1986

ORIENTADORA DO ESTÁGIO:

PROFESSORA MARIA TERESA LEOPARDI DA ROSA

SUPERVISORAS DO ESTÁGIO:

ENFERMEIRA TEREZINHA MACIEL (HGCR)

ENFERMEIRA MARIA YOLANDA C. KAULING (HC)

SUMÁRIO

	PÁG.
I- INTRODUÇÃO	1
II- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
III- RESULTADOS	10
1- População, Amostra e Controle. Procedi - mentos Para a Coleta De Dados	10
2- Análise Dos Dados	12
3- Avaliação Dos Objetivos	33
IV- RECOMENDAÇÕES	37
V- CONCLUSÃO	40
VI- BIBLIOGRAFIA	42

ANEXOS

I - INTRODUÇÃO

A nossa proposta de atuação na assistência de enfermagem, enfatizando a orientação pré-operatória, teve uma certa influência da VIª Unidade Curricular. Foi nesta fase que tivemos oportunidade de trabalhar com o paciente cirúrgico, entendendo-o na sua totalidade. Muitas vezes, observando as conversas dos pacientes que atendíamos com seus companheiros de quarto, percebemos a importância das informações que eles recebem acerca dos acontecimentos relacionados com a cirurgia e sobre as situações que enfrenta a internação. Observamos esta diferença na reabilitação precoce, na diminuição do nível de ansiedade e no aumento de satisfação do paciente.

Agora, no desenvolvimento do estágio da VIIIª Unidade Curricular, percebemos mais uma vez, os resultados de uma assistência efetiva no pré-operatório, uma vez que nosso trabalho se desenvolveu em torno do tema "Diferença de percepção entre os pacientes que recebem orientação pré-operatória particular e dirigida e os que recebem apenas informações de rotina".

A escolha da Clínica Cirúrgica Masculina (CCM) do Hospital Governador Celso Ramos (HCCR) para a realização do es-

tágio se deu em razão de dois fatos: (1) a alta rotatividade dos pacientes internados e, (2) o bom entrosamento com os funcionários daquela unidade quando lá fizemos outros estágios em fases anteriores.

Os objetivos propostos no projeto, para a realização do estágio foram:

1- Estabelecimento de um grupo controle e de um grupo amostral;

2- Assistência integral no período pré e pós-operatório para os pacientes do grupo amostral;

3- Avaliação da percepção do paciente sobre sua evolução no período pós-operatório, através da aplicação de um instrumento (ANEXO I) para ambos os grupos;

4- Estimular o auto-cuidado;

5- Manter relação pessoa-a-pessoa com pacientes, familiares e funcionários.

No período de 25/03/86 até 23/04/86, já tínhamos conseguido alcançar parcialmente os objetivos do nosso projeto.

A partir do dia 24/04/86, pacientes internados no HGCR, em período pós-operatório, apresentaram sinais de infecção hospitalar, o que determinou o fechamento do centro cirúrgico e, conseqüentemente, a suspensão das cirurgias naquele hospital. Este acontecimento dificultou a seleção de pacientes, tanto do grupo da amostra como do grupo controle, pois os pacientes que selecionamos para o grupo da amostra, neste período, tiveram alta antes da cirurgia. Durante este período, apesar da pequena quantidade de pacientes internados na CCM, continuamos executando as outras atividades na CCM, propostas no projeto.

Porém, não estávamos satisfeitas pois o nosso objetivo principal não estava sendo alcançado. Discutimos com a professora orientadora e a coordenadora do curso sobre a viabilidade da mudança do campo de estágio e concluímos que seria possível. Então, procuramos a chefe do serviço de enfermagem do Hospital de Caridade (HC) e solicitamos a permissão para a continuação do nosso projeto naquele hospital. Nossa proposta teve uma boa aceitação e muito incentivo por parte da enfermagem. Fomos encaminhadas à unidade cirúrgica "Ala Nossa Senhora da Saúde" (ANSS). Foi discutido, na ocasião até a possibilidade de abertura de campo de estágio para o Curso de Graduação em Enfermagem de maneira mais ampla naquela instituição.

Escolhemos o HC por ser o que mais se identificava com o HGCR, tanto pela rotatividade de pacientes como pelo número insuficiente de enfermeiros.

Durante o período de 16/05/86 à 12/06/86, realizamos estágio no HC, ocasião em que conseguimos alcançar totalmente os nossos objetivos, finalizando nosso trabalho.

Tanto na CCM do HGCR como na ANSS do HC há uma alta rotatividade de pacientes. E, estes pacientes geralmente internam no dia precedente à cirurgia, o que determina um período limitado para uma assistência de enfermagem adequada no pré-operatório. Mesmo assim, apesar do tempo limitado, conseguimos detectar algumas necessidades do paciente, através do diálogo e das observações diretas (percebendo-o na sua totalidade) e indiretas (através do prontuário e indagações feitas por familiares e funcionários).

II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao desenvolvermos nosso estágio, centralizamos nossos objetivos na assistência pré e pós-operatória. Um dos fatores a serem levados em conta, nesta assistência, é a ansiedade do paciente, e, dependendo do nível em que se encontra, é o que mais influencia na sua recuperação. Acreditamos que, para alcançarmos um nível de assistência eficiente, é necessário assistir o indivíduo na sua totalidade. Para tanto, devemos vê-lo no contexto bio-psico-sócio-espiritual.

Segundo MASLOW¹, "as necessidades humanas básicas dispõem-se de acordo com uma hierarquia de preponderâncias. As necessidades fisiológicas são consideradas primárias e são aquelas a que o indivíduo deve atender prioritariamente. Quando as necessidades fisiológicas são satisfeitas, aparecem as de natureza psico-social, enfermagem, procuramos abranger todos os aspectos relacionados com a vida do indivíduo, evitando assim, que situações alheias a cirurgia elevassem o nível de ansiedade prejudicando os pacientes no período operatório. A garantia de nossa atuação, dependia, em última instância, da maneira pela qual atendíamos as demandas emocionais, mesmo porque, o teor das emoções pode servir como evi

dências através das quais é possível avaliar melhor a condição ou a situação específica em que se encontra envolvido o paciente.

PAIM⁵, em seus estudos sobre necessidades psico sociais e psico-espirituais do paciente, relata que "o homem inteiro vive, e só assim poderá viver. Repartido, sectorizado, morrerá, por certo, ou procederá como morto. Peças de seu sistema interpendente fazem parte de uma só engrenagem, esta que lhe aciona para a vida em proveito do amor e da criatividade"⁵. Acrescenta ainda que "será necessário buscá-lo na intimidade de suas próprias experiências para compreendê-lo no cume de suas determinantes, e mais essencialmente ainda, para aceitá-lo na consequência que lhe faz homem, dotado ou não de possibilidades para viver às expensas de sua própria razão"⁵.

Para chegarmos tão próximo do indivíduo, a ponto de detectarmos todas as suas necessidades, utilizamos a relação pessoa-a-pessoa segundo TRAVELBEE⁶.

Como diz AMORIM⁴, "o homem é um ser vivo, racional, social, espiritual e membro duma espécie. Em consequência, o respeito, a conservação, a manutenção e a liberdade são observados. Ele é chamado a viver em sociedade ou comunidade, surgindo elementos como a socialização e o trabalho". Como condição de sua situação histórica, somente em relação com os outros homens ele transcende à sua condição animal e se torna humano. E respeitando esta condição conseguimos adquirir a confiança do paciente e transmitir a ele a importância dos acontecimentos referentes à cirurgia.

No decorrer de nosso estágio, observamos que a expectativa da anestesia e da cirurgia imediata produz apreensão

em qualquer paciente, e as manifestações apresentam-se, em cada caso, de maneira diferente. Vale notificar que este tipo de experiência é mais marcante no indivíduo idoso, pois este se sente com falta de proteção e tem em mente que seu organismo tem maior dificuldade de recuperação. Dos fatores que mais influencia na atitude do paciente estão as experiências vividas por ocasião de cirurgias e anestésias realizadas anteriormente, e esta influência se dá na medida em que tenham sido bem ou mal sucedidas. Se inclui aqui as experiências já vividas por familiares.

Durante o período de estágio, procuramos minimizar as reações psíquicas dos pacientes, ameaçados na sua integridade física, receosas de um acidente mortal durante a cirurgia, deslocados de seu ambiente habitual, afastado de seus familiares, submetidos aos procedimentos de enfermagem que são necessários, porém lhes parecem estranhos e desagradáveis, tais como: tricotomia, lavagem intestinal, introdução de sondas, etc....

AMORIM⁴ relata que, "numa situação conflitiva, qualquer ser humano necessita de assistência e de apoio. A palavra serena e persuasiva do enfermeiro e a sua atenção têm um significado gratificante para o paciente. Muitas vezes, a simples presença já é terapêutica porque, seus sentimentos são percebidos também por meio de seus movimentos e expressões faciais". O paciente precisa de alguém para expor seus problemas, suas preocupações e seus conflitos e é o enfermeiro que está mais apto para ouvi-lo, compreendê-lo e incentivá-lo.

Por isso, afirmamos que a orientação deverá surtir um efeito terapêutico adaptado à problemática de cada paciente. Observamos que um encorajamento compreensível é a menos tóxi

ca das medicações e que, muitas vezes, funciona melhor do que qualquer droga pré-anestésica. Portanto, o paciente deve estar informado sobre tudo que possa sobrevir em decorrência de qualquer acontecimento.

Conforme BELAND & PASSOS⁷ é importante que o paciente esteja preparado também para as sensações que geralmente acompanham um procedimento. Geralmente, as instruções preparatórias limitam-se a descrições do equipamento, posição a ser assumida, pessoal que geralmente obedecem a seguinte ordem: segurança, necessidade social, consideração e auto-realização".

Em nossa atuação durante o período de estágio, confirmamos nossas expectativas em relação ao atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo. Aqui, nos referimos ao fato de termos que dispor de tempo para ver e ouvir o paciente. Para alcançar este objetivo em toda a sua extensão, escolhemos a metodologia de Wanda de Aguiar Horta².

Nesta metodologia, o processo de enfermagem é composto pelo histórico de enfermagem, pelo levantamento das necessidades humanas básicas afetadas, prescrição de enfermagem e evolução do paciente. Através destes passos, conseguimos detectar e atender as necessidades do paciente de maneira integral e precisa.

MENDES & COL³ acrescentam que "o objetivo primordial da Enfermagem é a assistência integral ao paciente, procurando atender as suas necessidades psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais".

Para AMORIM⁴ "quando o ser humano apresenta desequilíbrio de suas necessidades básicas, geralmente torna-se frustrado porque suas iniciativas ficam canceladas, havendo uma

interrupção nas suas realidades sociais e profissionais".

Durante a realização do histórico desenvolvido, duração do procedimento, e raramente incluem o que o paciente poderá sentir. As condições psicológicas do paciente são um fato decisivo na sua capacidade de recuperação. A enfermeira pode ser útil garantindo um clima em que o paciente se sinta à vontade para expressar seus sentimentos e temores. É preciso enfatizar que o corpo e mente sempre reagem como uma unidade e, devido às ligações entre hipotálamo e hipófise, as respostas emocionais sempre têm um componente somático e muitas respostas fisiológicas têm um componente emocional.

Para fornecer este tipo de informação é necessário a utilização de pessoal profissional com conhecimento científico, capacidade de análise, julgamento e decisão.

KRON⁸ afirma que a enfermagem tem progredido na definição de seu papel profissional, das suas atribuições e das suas responsabilidades no sistema de saúde. Relata ainda que os enfermeiros estão compreendendo que devem tornar-se líderes na condução do atendimento ao paciente. Realmente, a crescente complexidade, não somente dos processos de tratamento e diagnóstico médicos, mas também dos diversos serviços do hospital, o crescimento da população e a melhor compreensão do povo para com os problemas da área da saúde, são os fatores que tem impulsionado a enfermagem e dela têm exigido maiores responsabilidades. Entretanto, no que tange à distribuição e à utilização de recursos humanos, verificamos que a organização funcional de muitos de nossos serviços é, de modo geral, inadequada e deficiente.

Cabe a nós afirmar, através dos resultados obtidos com a aplicação dos objetivos de nosso projeto, que o enfermeiro é indispensável na assistência ao paciente cirúrgico.

Que a avaliação do grau de ansiedade é difícil, e que somente a vivência, a habilidade e o interesse do enfermeiro, muitas vezes, sobrepõe-se a uma ansiedade mascarada às vezes, e só revelada por certa impaciência do paciente em estabelecer diálogo com o enfermeiro.

III - RESULTADOS

1- População, Amostra e Controle. Procedimentos para a Coleta de Dados.

Para avaliar a eficiência da assistência pré-operatória que prestamos, realizamos uma pesquisa que se desenvolveu nos hospitais: HC e HCCR, no período de 25/03/86 a 12/06/86.

Esta pesquisa abrangeu dois grupos de pacientes: (1) o grupo da amostra composto pelos pacientes a quem prestamos assistência, e (2) o grupo controle composto pelos pacientes que receberam a assistência dos funcionários da unidade.

Para a formação de ambos os grupos, explicamos os objetivos do trabalho aos pacientes e solicitamos a sua autorização para participarem do trabalho. No processo de seleção foram excluídos os indivíduos que não demonstraram interesse em participar, os que tinham alta prevista para até dois dias após a cirurgia, os que apresentavam complicações sem recuperação até o quinto dia de pós-operatório, e os que estavam incapacitados de comunicar-se.

Os grupos de pacientes foram selecionados às terças feiras de cada semana de estágio, no período matutino, atra-

vés de sorteio aleatório entre os indivíduos que internavam até a segunda feira precedente. Mas, como os pacientes internavam no dia anterior à cirurgia, tivemos pouco tempo para fornecer-lhes a assistência pré-operatória que havíamos previsto no projeto (ANEXO IV).

Além disso, a maior parte dos pacientes tinham a cirurgia marcada para oito horas, limitando assim, a possibilidade de conseguir o número de pacientes necessários para a amostra. Muitas vezes, o número de pacientes internados foi insuficiente para a realização de um sorteio aleatório, ou seja, este número se igualava ao número previsto para cada semana, e desta forma foram incluídos anteriormente no grupo amostral.

Tivemos também que estabelecer uma modificação e decidimos realizar a seleção nas segundas e terças feiras de cada semana de estágio, quando estabelecemos como critério para a escolha selecionar pacientes cujas cirurgias seriam realizadas à partir das onze horas.

Havíamos previsto a participação de 18 indivíduos para cada grupo. Mas como houve oportunidade para compensar os transtornos de troca de campo de estágio, formamos os grupos com 21 pacientes cada. Sendo que 07 foram selecionados no HGCR e os outros indivíduos (14) no HC.

Para avaliar a diferença de percepção do paciente sobre sua evolução no pós-operatório, aplicamos um instrumento aos pacientes de ambos os grupos. A proposta básica foi de que os componentes do grupo amostral receberiam assistência de enfermagem diferenciada, ou seja, mais "completa" do que a assistência oferecida rotineiramente pelos funcionários da unidade onde fizemos estágio.

As autoras do projeto assumiram integralmente a assis

tência aos pacientes do grupo da amostra. Enquanto que os pacientes do grupo controle receberam assistência dos funcionários da unidade.

2- Análise dos Dados

As características dos pacientes do grupo da amostra e do grupo controle estão apresentadas nas tabelas abaixo, e analisadas em seguida.

TABELA 1- Distribuição por faixa etária dos respondentes, representativos do grupo da amostra e do grupo controle.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
INTERVALOS DE IDADE		
15 - 30	03	08
31 - 45	06	02
46 - 60	06	05
61 - 85	06	06
TOTAL	21	21

Dos pacientes do grupo da amostra, 17 foram do sexo masculino e 04 do sexo feminino. Enquanto que do grupo controle, 16 foram do sexo masculino e 05 do sexo feminino. Ainda em relação ao grupo amostral, 16 pacientes são casados, 03 solteiros e 01 viúvo. Do grupo controle, 14 são casados, 03 solteiros e 04 viúvos.

Todos os pacientes, tanto do grupo amostral como do grupo controle, são indivíduos que pertencem a uma classe

considerada de baixo nível sócio-econômico, e, na sua maioria pertencem à religião católica, sendo que, apenas um dentre os elementos do grupo controle pertence à religião cardecista. Do grupo amostral, tínhamos dois indivíduos da igreja evangélica e 01 da assembleia de Deus.

TABELA 02- Distribuição dos respondentes do grupo amostral e grupo controle, de acordo com a ocupação.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
OCUPAÇÃO		
- Do lar	03	04
- Aposentado	07	03
- Operador de Máquinas	01	-
- Funcionário Público	02	02
- Escriturário	01	-
- Auxiliar de Cadastro	01	-
- Lavrador	02	01
- Servente	01	02
- Cabeleireira	01	-
- Motorista	02	01
- Pescador	-	01
- Pedreiro	-	01
- Calceteiro	-	01
- Soldado	-	01
- Açougueiro	-	01
- Biscateiro	-	01
- Construtor	-	01
- Salva-vidas	-	01
TOTAL	21	21

A tabela acima indica que não existe diferença aparente da condição sócio-econômica entre os pacientes do grupo da amostra e do grupo controle, pois os mesmos exercem atividades dentro de uma mesma faixa salarial. Em ambos os grupos, vemos que estas atividades são socialmente mal-remu-

neradas.

Dos pacientes do grupo controle, 07 residem na região da grande Florianópolis, 06 residem em municípios próximos à capital e os demais residem no interior do estado.

Do grupo da amostra, 09 residem na região da grande Florianópolis, 04 residem em municípios próximos à capital e os demais no interior do estado. Portanto não existe diferença significativa da localização geográfica entre os indivíduos da amostra e do grupo controle.

TABELA 03- Distribuição dos respondentes da amostra e do grupo controle, de acordo com a escolaridade.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
ESCOLARIDADE		
- Analfabeto	04	06
- Primário	14	10
- 1º Grau	02	03
- 2º Grau	-	02
TOTAL	21	21

Na tabela 03 percebemos que o nível de escolaridade entre os indivíduos do grupo controle e os indivíduos do grupo da amostra, se resume à instrução primária, não havendo diferença entre os grupos.

Podemos avaliar a percepção dos pacientes do grupo controle e da amostra sobre a sua evolução no pós-operatório através das tabelas apresentadas a seguir:

TABELA 04-- Distribuição dos respondentes do grupo amostral e do grupo controle conforme o número de internações por indivíduo.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
Nº DE INTERNAÇÕES		
1	04	08
2	04	07
3	04	02
4	05	01
5	01	-
6	-	01
7	01	-
8	01	01
9	01	01
TOTAL	21	21

Não existe diferença significativa em relação à questão da experiência em internações anteriores para os pacientes do grupo amostra e do grupo controle. A maioria dos indivíduos de ambos os grupos já foram internados anteriormente.

Acreditamos que a assistência de enfermagem deve ser prestada de uma maneira em que o indivíduo hospitalizado não leve consigo somente experiências negativas e, sim, um certo grau de satisfação. Mas, como veremos, não é esta a realidade que observamos nas instituições em que estagiamos.

Muitos dos pacientes aos quais prestamos assistência, trouzeram consigo expectativas negativas devido a uma internação anterior, quando a assistência provavelmente não deve

ter satisfeito suas necessidades. Podemos evidenciar este fato em histórias, como a seguinte: N. B., 52 anos, do sexo masculino, casado, lavrador, grau de instrução primário, procedente de Taió e residente em Ibirama. Estava internado pela terceira vez, com diagnóstico de Tumor de parótida esquerda, para uma parotidectomia parcial. O paciente refere que nas internações anteriores não lhe foi dispensada a atenção necessária no sentido de informá-lo acerca dos acontecimentos, tais como: o tempo de internação, o objetivo dos exames aos quais estava sendo submetido e o desenvolvimento da doença. Isto ajudou para que o paciente se sentisse apreensivo e tenso na internação durante a qual estabelecemos contato.

Notamos que houve uma mudança significativa na sua reação emocional frente à cirurgia após a assistência de enfermagem que incluiu as informações que ele reclamava. Esta mudança emocional se refletiu na sua reação física.

Dos paciente do grupo da amostra, 13 procuraram outros serviços de saúde antes da internação presente, e 08 não procuraram. Enquanto que do grupo controle 12 procuraram, e 09 não procuraram.

A tabela 05 mostra que 15 pacientes do grupo da amostra e 17 do grupo controle, conheceram a doença antes da internação. E, mostra também que durante a internação, 21 pacientes do grupo da amostra e 20 do grupo controle ficaram conhecendo sobre a doença.

TABELA 05- Distribuição da frequência de respostas dos indivíduos do grupo amostral e do grupo controle sobre o conhecimento da doença antes ou durante a internação.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL		GRUPO CONTROLE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
- Conhecimento da doença antes da internação	15	06	17	04
- Conheceram a doença durante a internação	21	00	20	01

A diferença, no entanto, se estabelece em relação ao nível das informações. Quando os pacientes de ambos os grupos internaram, o que conheciam de sua doença se restringia ao diagnóstico e localização da mesma. Porém, durante a internação, os pacientes assistidos pelas autoras do projeto, ou seja, os indivíduos da amostra, conheciam além do diagnóstico e da localização da doença, a sua causa, evolução e consequência, enquanto que os pacientes do grupo controle continuaram conhecendo somente o diagnóstico e a localização.

Todos os pacientes da amostra, aos quais prestamos assistência, referiram sentir-se muito satisfeitos, pois, a partir das informações que receberam, passaram a saber mais claramente o que era a sua doença e até que ponto esta poderia prejudicá-lo.

Em alguns casos, esta satisfação se traduzia na maneira

ra como o paciente transmitia o que sabia aos seus companheiros. Por exemplo: V.M.A., paciente de 55 anos, do sexo masculino, casado, motorista, com grau de instrução primário. O paciente era procedente de Florianópolis e residente em Pailhoça, tinha como diagnóstico, hérnia inguinal esquerda. Referiu que, com a orientação que oferecemos, sentiu-se capaz de informar à sua família, o que era concretamente uma hérnia: "Aprendi tão bem, que cheguei a virá professor. Ensinei ao meu irmão o que é hérnia".

Em relação ao indivíduo que forneceu orientações sobre a doença, todos os pacientes do grupo da amostra referiram ter recebido a informação por parte das autoras do projeto e, apenas 05 referiram ter recebido informações do médico, e que estas foram de maneira resumida.

Dos pacientes do grupo controle, 20 referiram ter recebido a informação por parte do médico, e neste caso, voltamos a salientar que estas informações se resumiam ao diagnóstico e localização.

De acordo com a tabela 06, os pacientes do grupo da amostra apresentam 12 indivíduos com reações positivas, 07 indivíduos com reação negativa e 02 indivíduos com reações classificadas como outras. Estas refletiam uma certa passividade diante do inevitável. Enquanto isso, o grupo controle apresentou 03 indivíduos com reações positivas, 07 indivíduos com reações negativas e 11 indivíduos que não viam outra alternativa.

A tranquilidade e segurança dos pacientes do grupo da amostra é demonstrada através de frases como: "é melhor sabermos corretamente o que temos, do que ficar imaginando coisas"; "pensei que fosse mais sério".

TABELA 06- Distribuição dos comportamentos apresentados em relação à orientação sobre a sua doença atual.

Nº DE RESPONDENTES		
REAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO A ORIENTAÇÃO SOBRE A DOENÇA	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
- Tranquilo	11	02
- Seguro	01	01
- Ansioso	-	-
- Não acreditou	02	03
- Com medo	02	03
- Outro	02	11
TOTAL	21	21

Os pacientes a quem prestamos assistência, no primeiro contato eram pacientes ansiosos, inseguros e fechados. À medida que prestamos assistência, fomos explorando os pontos onde o paciente apresentava dificuldade. Isto, auxiliou na diminuição da ansiedade e compreensão do problema por parte do paciente.

Mesmo após as orientações fornecidas em relação a sua doença, alguns pacientes apresentavam um certo nível de ansiedade. Evidenciamos esta ansiedade através de frases, como: "O que vai acontecer se eu não melhorar"; "tenho medo de não melhorar, e daí como vou cuidar de meus filhos"; "tenho medo de morrer por causa disso, e deixar meus filhos".

Dos pacientes do grupo da amostra, 20 conhecem o médico que os assiste, e 01 não conhece. Enquanto que no grupo controle, 17 pacientes conhecem o médico que os assiste e 04 não conhece. Acreditamos que o motivo pelo qual os pacientes não conhecem o médico que os assiste, é porque algumas visitas médicas aos pacientes, são realizadas pelos médicos assistentes.

Notamos que a maioria dos pacientes vê o médico como uma autoridade, que não dispõe de muito tempo, que não pode ser interrompido, enfim, são os donos do destino dos pacientes. Isto faz com que os pacientes não expressem as suas dúvidas, as suas expectativas e suas percepções.

Muitos pacientes, após a visita médica, nos procuravam para fazer-nos perguntas que deveriam ter sido feitas ao médico. Ao indagar-mos sobre o motivo pelo qual a pergunta não era dirigida à ele, o paciente referia que "o médico falava, mas não se entendia a explicação". E muitas vezes, a pergunta não era feita, devido ao curto período de tempo que o médico dispensava ao paciente.

Respondemos as perguntas da maneira como achamos que deveria ser, e, orientamos para que os pacientes não se sentissem apreensivos e conversassem mais com os seus médicos.

Na tabela 07, vemos que não existe uma diferença significativa entre os resultados apresentados pelo grupo amostral e pelo grupo controle. A maior parte de ambos os grupos não conhece o enfermeiro.

Acreditamos que o motivo pelo qual a maioria dos pacientes não conhece o enfermeiro da unidade, é que para estes não existe uma diferenciação entre os elementos que lhes prestam cuidados. Além disso, os enfermeiros, ao assistirem os pacientes não costumam se identificar.

TABELA 07- Distribuição dos respondentes em relação ao fato de conhecerem ou não a enfermeira da unidade.

Nº DE RESPONDENTES		
CONDIÇÃO DO RESPONDENTE	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
- Conhecem o enfermeiro	07	02
- Não conhecem o enfermeiro	14	19
TOTAL	21	21

Para MEZOMO⁹, o paciente quer e precisa ter um relacionamento pessoal com aqueles que o tratam e isto nem sempre acontece. Muitas vezes, o paciente não sabe nem mesmo distinguir as pessoas que se ocupam dele e quais são suas funções. Não sabe o nome de ninguém e ninguém sabe o seu. É o anonimato total.

Em nosso contato com os pacientes, procuramos identificar-nos, pois é importante que o paciente tenha conhecimento acerca das pessoas que o tratam e das funções destas pessoas. Isto faz com que eles adquiram confiança e sintam-se mais seguros.

O enfermeiro precisa dispor de muito tempo para detectar as necessidades dos pacientes e supri-las, conforme foi visto na fundamentação teórica.

Durante o período que passamos nos hospitais, vimos que isso não está sendo conseguido, pois o número de enfer-

meiros é insuficiente. E os enfermeiros presentes, muitas vezes, devido às necessidades gerenciais da unidade, precisam desviar-se de suas funções, para executar funções pertencentes a outros membros da equipe, que também é em número insuficiente.

Podemos afirmar esta colocação, pois aos pacientes a quem prestamos assistência, dedicamos um período de tempo maior e com isso propiciamos um clima de abertura, onde o paciente pode exprimir suas necessidades. Devido a nossa dedicação, mostramos ao paciente que o nosso conhecimento não deveria ser visto como uma barreira para o nosso relacionamento, e, sim para que a nossa ligação ficasse mais firme. Por estes pacientes fomos diferenciados dos demais membros da equipe de enfermagem e procurados com mais assiduidade, pois estes sabiam que tínhamos mais disponibilidade de tempo e podíamos auxiliá-los no que fosse necessário.

TABELA 08- Distribuição dos respondentes em relação ao fato de terem ou não sofrido uma cirurgia anteriormente.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
CONDIÇÕES DOS RESPONDENTES		
- Tinham sido operado anteriormente	15	10
- Não tinham sido operado anteriormente	06	11
TOTAL	21	21

A tabela 08 nos mostra que a maioria dos pacientes tanto do grupo controle como do grupo amostral foram operados anteriormente. Isto supõe que estes pacientes que já passaram por uma experiência cirúrgica tenham um nível de ansiedade diminuído, em decorrência do contato que tiveram com os procedimentos relacionados à cirurgia e a hospitalização. Mas, na realidade o que observamos durante os contatos que tínhamos com os pacientes, foi que estes pacientes ou não haviam recebido nenhuma orientação adequada, ou a cirurgia anterior serviu como um fator traumatizante.

Nos pacientes aos quais prestamos assistência conseguimos trabalhar o fator ansiedade, com o objetivo de preparar o paciente adequadamente para a cirurgia e para uma evolução eficiente no pós-operatório.

TABELA 09- Distribuição dos respondentes em relação ao fato de terem ou não recebido orientação sobre sua cirurgia.

Nº DE RESPONDENTES		
CONDIÇÃO DO RESPONDENTE	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
- Receberam orientação sobre a cirurgia	21	03
- Não receberam orientação sobre a cirurgia	00	18
TOTAL	21	21

Como vemos na tabela 09, todos os pacientes do grupo amostral receberam orientação sobre a sua cirurgia, enquanto que do grupo controle, apenas 03 o receberam. Esta diferença é reflexo das condições impostas pelas instituições para atuação do enfermeiro, como: número limitado de enfermeiros e extrapolação das atividades que lhe competem. As autoras do projeto conseguiram alcançar estes resultados devido à maior disponibilidade de tempo dispensada para cada paciente.

TABELA 10- Distribuição dos respondentes conforme o comportamento apresentado frente a necessidade de realização de uma cirurgia.

Nº DE RESPONDENTES		
COMPORTAMENTO DO PACIENTE FRENTE A NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE UMA CIRURGIA	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
- Tranquilo	08	07
- Seguro	01	-
- Ansioso	05	07
- Não acreditou	-	-
- Com medo	03	03
- Outro	04	04
TOTAL	21	21

A diferença existente entre os pacientes do grupo amostral e do grupo controle, reconhecida na tabela 10, com referência ao comportamento apresentado pelo paciente frente à necessidade de realização de uma cirurgia, é mínima. É vis

to que uma grande parte apresenta comportamentos positivos. Estas respostas positivas eram acompanhadas de expressões como: "eu sou obrigado a operar"; "não me resta outra solução"; "o que eu poderia fazer , aceitar"; "dizem que vai ser melhor pra mim".

Entre os outros comportamentos apresentados pelos pacientes, temos: tristeza, pensativo, obrigação, chocado, feliz por saber que tinha mais uma chance e nervosismo.

TABELA 11- Distribuição dos respondentes quanto ao fato de terem ou não recebido orientações no pré-operatório sobre suas prováveis condições no pós-operatório.

Nº DE RESPONDENTES		
CONDIÇÃO DO PACIENTE	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
- Receberam orientações sobre suas condições no pós-operatório	21	03*
- Não receberam orientações sobre suas condições no pós-operatório	-	18
TOTAL	21	21

* Um destes pacientes recebeu orientação do médico na sala de cirurgia.

A tabela 11 mostra que todos os pacientes do grupo

amostral, ou seja, todos os pacientes aos quais prestamos assistência, receberam orientações sobre suas condições no pós-operatório. Enquanto que apenas 03 pacientes do grupo controle as receberam. Vemos aqui, novamente, a falta de disponibilidade de recursos humanos qualificados para esta tarefa necessária ao bem-estar do paciente internado.

As orientações fornecidas aos pacientes aos quais prestamos assistência (grupo amostral), segundo eles próprios, foi de grande validade. Além disso observamos que o paciente que tem conhecimento sobre os acontecimentos pós-operatórios, é um paciente seguro, menos ansioso, confiante e disposto a auxiliar para sua própria reabilitação.

As respostas de expressões como: "se eu não soubesse que viria com essas sondas, nem imagino o susto que iria levar"; "é bom sabermos o que vai acontecer, só assim ficamos atentos para alguma coisa errada".

Enquanto que as respostas negativas vinham acompanhadas de expressões como: "quando me vi com soro, sonda, pensei que estivesse muito mal", "não sabia se poderia me mexer, tomar água, até falar".

Todos os pacientes do grupo da amostra referem ter recebido as orientações sobre as suas condições no pós-operatório pelas estudantes de enfermagem. Dentre estes, 02 também referem ter recebido orientações do médico. Dos pacientes do grupo controle, apenas 03 referem ter recebido estas orientações, e foram fornecidas pelo médico.

Aqui, temos uma evidência do pouco contato que o médico tem com o paciente. E, quando este contato é feito, é tão rápido que os pacientes não tem oportunidade de expressar as suas necessidades.

TABELA 12- Distribuição dos respondentes quanto a informação da razão dos procedimentos pré-operatórios, tais como: jejum, lavagem intestinal, tricotomia e esvaziamento da bexiga.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL		GRUPO CONTROLE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
- Conhecem a razão do jejum	21	00	01	20
- Conhecem a razão da lavagem intestinal	05*	-	-	11*
- Conhecem a razão da tricotomia	19*1	-	01	20
- Conhecem a razão do esvaziamento da bexiga	19	02	03	18

* Dos pacientes do grupo da amostra, apenas 05 realizaram lavagem intestinal. E do grupo controle apenas 11 realizaram lavagem intestinal.

*1 Dos pacientes do grupo da amostra, 02 não realizaram a tricotomia.

Vemos na tabela 12 que a maior parte dos pacientes a quem prestamos assistência (grupo amostral) conheciam a importância dos procedimentos pré-operatórios, como: jejum, lavagem intestinal, tricotomia e esvaziamento da bexiga. O des

conhecimento dos 02 pacientes sobre o esvaziamento da bexiga, era parcial. Eles eram pacientes idosos, com dificuldade de assimilação.

Em relação ao grupo controle, a maioria dos pacientes não conhecia a importância dos procedimentos pré-operatórios. Notamos que os pacientes que receberam nossa assistência, tinham conhecimentos do objetivo das atividades pré-operatórias que os envolvia. Isto auxiliou na obtenção de resultados favoráveis em relação à execução de cada procedimento, tais como: eficácia das lavagens intestinais, tricotomia sem lesões de pele. Quando perguntados sobre como foi a orientação sobre a lavagem intestinal, os pacientes da amostra responderam que foi explicado corretamente. Enquanto que todos os pacientes do grupo controle responderam que nada havia sido falado sobre o procedimento em questão. Com relação à tricotomia, a maior parte dos pacientes da amostra reagiam tranquilamente, e observamos que apenas um deles sentiu-se envergonhado. As respostas positivas vinham acompanhadas de expressões como: "é preciso ser feito"; "eu tenho que aceitar por que é melhor para mim".

Os paciente do grupo controle apresentam aproximadamente as mesmas reações, sendo que a maior parte reagiu tranquilamente e apenas 03 referiram sentir vergonha frente a realização da tricotomia.

A maior parte dos paciente, tanto do grupo da amostra, como do grupo controle, referiram ter tomado banho no mesmo dia da cirurgia. Apenas 01 paciente da amostra tomou banho no dia anterior, pois tinha uma fratura de colo de fêmur e não podia movimentar-se sozinho.

TABELA 13- Distribuição dos respondentes quanto à informação sobre a finalidade do pré-anestésico.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL	GRUPO CONTROLE
CONDIÇÃO DO PACIENTE		
- Conhecem a finalidade do pré-anestésico	16	04
- Não conhecem a finalidade do pré-anestésico	01	15
- Não tomou pré-anestésico	04	02
TOTAL	21	21

A tabela 13 mostra que entre os pacientes da amostra que tomaram pré-anestésico, apenas 01 não soube explicar a finalidade do pré-anestésico e 04 pacientes não tomaram. Enquanto que do grupo controle, apenas 04 sabiam a finalidade do pré-anestésico, 15 não conheciam e se referiam a ele, como sendo, aquele "comprimidinho" ou "injeção dolorida que tomei antes de ir para a sala de cirurgia", e 02 pacientes não tomaram.

Aos pacientes a quem prestamos assistência referiram que a medicação pré-anestésica não lhes fez muita diferença, que se sentiram tranquilo a partir do diálogo com as autoras do projeto. Enquanto, que os pacientes do grupo controle, re

feriram que se soubessem a finalidade do pré-anestésico, o efeito poderia ter sido diferente, pois estavam muitos ten sos e como a medicação deixa o indivíduo sonolento, isto veio para irritá-los e deixá-los mais tensos. Observamos esta ten são através de frases, como: "eu já estava nervoso, tomei uma injeção tão doida, e me deixou mais nervoso ainda".

Com relação às atividades realizadas após a aplicação do pré-anestésico até o momento de ir para a sala de cirurgia, a maior parte dos pacientes, tanto do grupo da amostra como do grupo controle referiram ter permanecido na cama. A maior parte dos pacientes a quem prestamos assistência (grupo amostral) referiram estarem tranquilos e já saber o que os esperava quando estavam a caminho da sala de cirurgia, sen do que apenas 01 deste grupo se apresentou inseguro. Esta in segurança pode ser vista na história do paciente, que segue: J.M.F., 75 anos, sexo masculino, cor branca, viúvo, aposenta do, nascido em Florianópolis, procedente do Alto Ribeirão, re side sozinho, possui o curso primário, sofreu um desastre, onde fraturou o colo fêmur D e a perna D, portador de DBPOC. Paciente muito ansioso, com expectativas negativas em relação ao seu restabelecimento pós-operatório, refere que vai sofrer uma cirurgia muito difícil, pois é num lugar ruim. Re lata: "tenho muita idade, e a calcificação em uma pessoa jovem é fácil, mas em mim eu não sei como vai ser"; "não tenho muita fé em andar, estou velho". Informado parcialmente sobre a cirurgia. Nunca sofreu uma cirurgia.

Conversamos muito com o paciente, discutimos e explicamos sobre sua situação e suas chances de recuperação. O pa ciente parece ter ficado menos ansioso, embora continuasse a sentir-se ansioso.

A maior parte dos pacientes do grupo controle referiram insegurança, medo e não saber o que os esperava quando estavam a caminho da sala de cirurgia. Estas afirmações vinham acompanhadas de expressões como: "se eu não estivesse de camisola, e meio tonto eu teria saído do carrinho e pulado fora"; "senti tanto medo que fui de olhos fechados".

Os pacientes da amostra referiram que a sala de cirurgia não os assustou, pois já sabiam o que havia lá dentro, mais haviam sido orientados pelas autoras do projeto.

Muitos dos pacientes do grupo controle comparavam a sala de cirurgia a "um frigorífico"; outras acharam que era uma sala "bem bonita"; "bem equipada", um deles disse: "eu me assustei quando vi aquelas pessoas com pano no rosto e na cabeça, pensei que estivesse em outro mundo".

TABELA 14- Distribuição dos respondentes quanto a informação sobre a importância da realização de exercícios respiratórios e movimentação ativa.

Nº DE RESPONDENTES	GRUPO AMOSTRAL		GRUPO CONTROLE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
- Conhecem a importância da realização dos exercícios respiratórios	21	-	01	20
- Conhecem a importância da movimentação ativa				

A tabela 14 indica que todos os pacientes do grupo da amostra conheciam a importância da realização dos exercícios respiratórios e da movimentação ativa. Dos pacientes do grupo controle, apenas 07 conheciam a importância destas atividades e ficaram sabendo, somente no período pós-operatório, pois apresentavam problemas como distensão abdominal e dores nos membros, que exigiu a execução dos exercícios.

Através da ênfase dada às orientações pré-operatórias, acerca destas atividades, todos os pacientes da amostra realizaram as mesmas com afinco, o que os levou à uma boa evolução pós-operatória. De acordo com as observações do enfermeiro da unidade, muitos pacientes aos quais prestamos assistência tiveram um período de permanência hospitalar diminuído.

Todos os pacientes do grupo da amostra realizavam os exercícios de respiração e movimentação ativa com tranquilidade e segurança pois sabiam da importância destes para sua recuperação precoce, enquanto que nos pacientes do grupo controle observamos muita resistência a estas atividades, expressa através de frases como: "se eu tossir, vai estourar os pontos"; "se eu me movimentar, pode arrebentar tudo"; "não respiro direito, porque pode doer".

Em relação à reação dos pacientes frente à hospitalização, tanto os do grupo controle como os do grupo da amostra, a maioria referiu sentir-se bem, pois são bem tratados, embora sentissem saudades de casa.

Entre os pacientes do grupo da amostra e grupo controle, somente 01 paciente do grupo controle referiu que se incomodou com o tratamento: "não sou avó, não chamo ninguém de vó, e acho o meu nome muito bonito".

Esta observação da paciente confirma nossa crença de que cada indivíduo é um só, com desejos e aspirações individuais, e além disso, cada um tem sua própria identificação. Portanto, devemos estar alertas para o relacionamento do paciente, identificando-o pelo seu próprio nome.

Do grupo da amostra e do grupo controle, 06 pacientes, respectivamente, referiram que o hospital é um local onde tem oportunidade de conhecer alguma coisa sobre a doença, 04 pacientes da amostra e 05 pacientes do controle, referiram que o hospital é um local bom. Os demais pacientes de ambos os grupos referiram outras opiniões, como: "se não fosse o hospital, o que seria de nós"; "o hospital foi uma invenção melhor do que a bomba atômica"; "o hospital é o local que podemos procurar, quando temos uma necessidade".

3- Avaliação dos Objetivos

3.1- Objetivos Gerais

1- Fazer orientação pré-operatória particular e dirigida à 18 indivíduos, que correspondem a 40% da capacidade total dos indivíduos internados na CCM do HGCR. A amostra será determinada por sorteio aleatório, no período de 31/03/86 à 12/06/86.

2- Avaliar, no período pós-operatório, a diferença de percepção entre os pacientes de um grupo amostral e de um grupo controle, este também determinado através de sorteio aleatório num total de 18 indivíduos que correspondem a 40% da capacidade total dos internados na CCM que não receberam orientação pré-operatória particular e dirigida.

3- Prestar assistência de enfermagem, segundo a metodologia proposta por Wanda de Aguiar Horta, a todos os pacientes do grupo da amostra.

Os objetivos gerais foram avaliados através da execução dos objetivos específicos:

1- Prestar assistência integral, nos períodos pré e pós-operatórios, à 18 indivíduos que correspondem a 40% da capacidade total dos internados na CCM, os quais farão parte do grupo da amostra.

Consideramos este objetivo totalmente alcançando, pois conseguimos prestar assistência integral nos períodos pré e pós-operatório à 21 pacientes que correspondem 116,6% do previsto pelo projeto para o grupo da amostra.

A todos os pacientes do grupo da amostra aplicamos o processo de enfermagem, com os passos: histórico de enfermagem, identificação das necessidades humanas básicas afetadas, prescrição de enfermagem e evolução do paciente, exemplo (ANEXO V).

Através do histórico de enfermagem, que foi realizado através de diálogo informal, detectamos as necessidades afetadas no contexto bio-psico-socio-espiritual. A partir daí, implementamos um plano de cuidados e conseguimos acompanhar a evolução do paciente. Acreditamos que o processo de enfermagem é de suma importância, pois é através dele que o enfermeiro tem uma visão global do paciente.

Como havíamos previsto no projeto, elaboramos um instrumento para a documentação do processo de enfermagem (ANEXO VI), que seria anexado ao prontuário do paciente. Mas, como houve uma certa resistência por parte dos funcionários em relação a este instrumento, resolvemos tomá-lo somente sob

nossa responsabilidade.

A todos os pacientes do grupo da amostra foram fornecidas orientações pré-operatórias verbalmente e através de uma folha de orientações, elaborada pelas autoras do projeto (ANEXO IV). Esta folha de orientações não foi fornecida a todos os paciente da amostra, pois alguns tinham deficiência visual e outros não liam ou não conseguiam compreender as orientações. A estes as orientações foram feitas verbalmente.

2- Estabelecer um grupo controle, através de sorteio aleatório, de 18 indivíduos que correspondem a 40% do total dos indivíduos internados na CCM, os quais não receberam orientação pré-operatória particular e dirigida das acadêmicas.

Consideramos este objetivo totalmente alcançado, visto que o grupo controle foi formado e, apesar de não terem recebido assistência, responderam ao instrumento de avaliação da sua percepção sobre a evolução no pós-operatório.

3- Aplicar o instrumento de avaliação da percepção do paciente sobre sua evolução no pós-operatório - APEPO (ANEXO I), aos pacientes do grupo controle e do grupo da amostra.

Consideramos este objetivo totalmente alcançado, visto que o instrumento APEPO foi aplicado à todos os pacientes do grupo da amostra e do grupo controle, conforme os itens 1 e 2, e através da sua análise alcançamos o objetivo básico que era conhecer os resultados de uma assistência diferenciada.

4- Promover integração com pacientes, familiares e funcionários.

Consideramos este objetivo totalmente alcançado, visto que durante todo o período de estágio conseguimos estar

sempre integradas com pacientes, familiares e funcionários da unidade.

Todo contato que mantivemos com eles foi baseado na relação pessoa-a-pessoa conforme TRAVELBEE.

5- Promover oportunidade para a comunicação entre os pacientes.

Consideramos este objetivo totalmente alcançado, pois conseguimos formar 03 grupos de pacientes. Nestes grupos, fizemos com que cada um se identificasse, falasse sobre a sua doença, discutisse sobre a assistência fornecida no hospital e assuntos referentes aos desejos de cada um.

Propiciamos também, oportunidades para que pacientes que foram submetidos a uma determinada cirurgia entrassem em contato com outros pacientes que seriam submetidos ao mesmo tipo de cirurgia. Observamos que este procedimento fez com que os pacientes que aguardavam cirurgia, se sentissem mais tranquilos.

6- Estimular o auto-cuidado

Consideramos este objetivo totalmente alcançado, visto que, todos os pacientes do grupo da amostra estando bem orientados, assumiram, sem necessidade de supervisão e estimulação, atividades como movimentação ativa e exercícios respiratórios, além de auxílio no banho.

Além de estimular o auto-cuidado nos pacientes da amostra, também trabalhamos com um paciente paraplégico que não fazia parte deste grupo.

IV - RECOMENDAÇÕES

Através da experiência vivida neste período de estágio, onde sentimos a necessidade de maiores oportunidades para atuação do enfermeiro visando o bem-estar das pessoas às quais é dirigida a assistência, recomendamos:

1- Às instituições:

- Que contratem maior número de enfermeiros, propiciando assim, melhores condições para a melhoria da assistência ao paciente.

2- Aos enfermeiros:

- Que lutem para que possam estabelecer e fazer valer o que consideram suas funções específicas.

3- Ao Curso de Graduação em Enfermagem:

- Que reforce o estudo das metodologias de assistência em Enfermagem, para permitir ao enfermeiro maior segurança no estabelecimento do processo de enfermagem.

- Que estimulem aos estudantes a executarem estágios no H.C., pois consideramos que há no local excelentes oportunidades para a aprendizagem.

- Que ofereçam mais oportunidades para a execução de técnicas mais complexas.

- Que se reforce o estudo das disciplinas ligadas à área psico-sócio-espiritual.

- Que continuem propiciando aos estudantes a oportunidade da escolha do campo de estágio, como é feito na VIIIª Unidade Curricular.

4- Às enfermeiras e funcionários do HC:

- Que continuem a ser tão receptivos e incentivadores quanto o foram durante a realização do nosso estágio.

V - CONCLUSÃO

(Concluimos, com a realização deste trabalho, o que vem sendo discutido em muitas ocasiões - que para a prestação de uma assistência pré-operatória adequada e eficiente, é necessário a disponibilidade de um recurso humano qualificado, ou seja, o enfermeiro,) e que este recurso disponha de tempo para uma maior interação profissional - paciente.

(Através de nosso empenho, podemos salientar a importância de uma orientação pré-operatória individualizada.) Os resultados do presente trabalho mostram a diferença de percepção entre os pacientes que recebem orientação pré-operatória particular e dirigida e aqueles que recebem apenas informações de rotina. Essas diferenças podem ser resumidas como:

- diminuição do nível de ansiedade pré-operatória;
- diminuição do nível de tensão em relação à cirurgia;
- diminuição do tempo de convalescença;
- aumento do comportamento cooperativo em relação ao regime de solicitação.

Através deste trabalho sentimos que para levantar e suprir as necessidades do paciente cirúrgico, é necessário que

o enfermeiro disponha de tempo para ouvir e ver o paciente como um todo. Isto não está sendo conseguido nas instituições onde atuamos, pois o número de enfermeiros é limitadíssimo. E, esta função não deve ser delegada à outro membro da equipe de enfermagem, pois, o mesmo não tem o conhecimento científico. Vimos também, que além do número limitado de enfermeiros, os poucos que atuam, exercem funções que caberiam a outros profissionais, limitando ainda mais o tempo de interação enfermeiro - paciente.

VI - BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- MASLOW, A.H. - Introdução à psicologia do ser. Eldorado, 2ª ed., Rio de Janeiro.
- 2- HORTA, W.A. - Processo de Enfermagem. EPU, São Paulo, 1979.
- 3- MENDES, I.A.C. e Colaboradoras - Problemática da utilização de recursos humanos qualificados nos serviços de enfermagem. Rev. Bras. Enf.; DF, 32: 20-24, 1979.
- 4- AMORIM, M.J.A.B. - Enfermagem - profissão humanitária? - Rev. Bras. Enf.; DF; 32: 359-368, 1979.
- 5- PAIM, L. - Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psicossociais e psicospirituais dos pacientes. Rev. Bras. Enf.; DF; 32: 160-166, 1979.
- 6- TRAVELBEE, J. Intervencion en enfermeria psiquiátrica. OPAS/OMS, 1979.
- 7- BELAN, I. & PASSOS, J. Enfermagem Clínica. EPU, São Pau-

lo, 1978 - 1979.

- 8- KRON, T. -- Manual de enfermagem. Trad. Guisepe Taranto & Col. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana S.A., 1978.
- 9- MEZOMO, J.C. Princípios para uma administração humanizada. In: Relações humanas e humanização do hospital. São Camilo, 1977. V. 2., p. 35-42.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- 01- ANGERAMI, E.L.S., MENDES, I.A.C., PEDRAZZANI, J.C. -- Análise crítica das anotações de enfermagem. Rev. Bras. Enf. DF, 29: 28-37, 1976.
- 02- AURIOL, B. -- Introdução aos métodos de relaxamento. Editora Manole, 1985.
- 03- BOLTANSK, I. -- As classes sociais e o corpo, Graal, Rio de Janeiro, 1982.
- 04- CIANCIARULLO, T.I. e Colaboradoras -- Prescrição de Enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. Rev. Bras. Enf.; DF, 27: 144-149, 1974.
- 05- CODDING, M. -- A energia curativa, ed. Record, Rio de Janeiro, 1978.
- 06- COMARÚ, M.N. e CAMARGO, C.A. -- Assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório de ortopedia e traumatologia. Rev. Bras. Enf.; DF, 29: 30-35, 1976.
- 07- COSTA, M.I.C. -- Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. Rev. Bras. Enf.; DF, 31: 321-339, 1978.
- 08- DANIEL, L.F. A enfermagem planejada. EPU, 3ª ed., São

Paulo, 1981.

- 09- DUARTE, A.B., REIS, I.E.M. e SANTOS, V.O. - Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. - Rev. Bras. Enf.; DF, 29: 83-91, 1976.
- 10- HORTA, W.A. & KAMIYAMA, Y. - Estudo preliminar sobre o grau de satisfação do paciente hospitalizado em relação à assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enf.; DF, 1 e 2: 81-91, 1973.
- 11- KAMIYAMA, Y. Ensaio sobre deficiências na satisfação de necessidades psico-sociais - Percepção dos pacientes de hepatite infecciosa em Unidades de Isolamento. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 15(3): 289-306, 1981.
- 12- MARCH, M. e Colaboradoras - Humanização da enfermagem. Rev. Bras. Enf.; DF, 6: 509-513, 1973.
- 13- SOLNTAG, S. - A doença como metáfora, Coleção Tendências vol. 6, edições Graal, Rio de Janeiro, 1984.
- 14- TAKITO, C. - Como o paciente hospitalizado percebe o ambiente de sua unidade. Rev. Bras. Enf., Brasília, 37 - (2): 125-134, 1984.
- 15- VIEIRA, T.T. O processo da comunicação na enfermagem. Centro Editorial e Didático, Bahia, 1978.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO PACIENTE
SOBRE SUA EVOLUÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO

01- Dados de identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Ocupação:

Escolaridade:

Procedência:

Residência:

Religião:

02- É a primeira Internação?

sim () Quantas vezes?

não ()

03- O Sr. procurou algum serviço de saúde antes de internar neste hospital?

- sim () Qual?
não ()
- 04- O Sr. já sabia qual era a sua doença antes de internar neste hospital?
sim ()
não ()
- 05- Agora que está aqui já sabe?
sim ()
não ()
- 06- O Sr. sabe quem é o seu médico?
sim () Quem é?
não ()
- 07- O Sr. conhece a enfermeira da unidade?
sim () Quem é?
- 08- O Sr. recebeu alguma explicação sobre a sua doença?
sim () De quem?
não ()
- 09- Quando o Sr. foi orientado sobre sua doença, como se sentiu?
() tranquilo
() seguro
() ansioso
() não acreditou
() com medo
() outro Qual?
- 10- Já foi operado anteriormente?
sim ()
não ()

11- Recebeu alguma explicação sobre a cirurgia?

sim ()

não ()

12- Quando o Sr. soube que seria submetido a uma cirurgia,
como se sentiu?

() tranquilo

() seguro

() ansioso

() não acreditou

() com medo

() outro Qual?

13- Antes da cirurgia, o Sr. recebeu alguma orientação sobre
as suas condições no pós-operatório?

sim ()

não ()

14- Quem lhe deu esta orientação?

() médico

() enfermeira

() estudante de medicina

() estudante de enfermagem

() outro Qual?

15- O Sr. sabe porque deve fazer jejum antes da cirurgia?

sim ()

não ()

16- O Sr. sabe porque deve fazer lavagem intestinal antes da
cirurgia?

sim ()

não ()

17- Antes do procedimento acima indicado:

- () lhe foi explicado direitinho;
- () lhe foi explicado mas não entendeu;
- () não disseram nada?
- () outro Qual?

18- Recebeu alguma orientação sobre o esvaziamento da bexiga?

- sim ()
- não ()

19- Quando tomou banho?

- () uma hora antes da cirurgia;
- () duas horas antes da cirurgia?
- () mais de duas horas antes da cirurgia;
- () no dia anterior a cirurgia;
- () outro Qual?

20- Foi feita raspagem dos pelos no local da cirurgia?

- sim ()
- não ()

21- Foi explicado a razão deste procedimento?

- sim ()
- não ()

22- Como o Sr. se sentiu?

- () inseguro
- () tranquilo
- () sentiu vergonha
- () outro Qual?

23- O Sr. conhece a finalidade do pré-anestésico?

- sim ()
- não ()

- 24- Antes e após a aplicação do pré-anestésico foram verificados os sinais vitais?
sim ()
não ()
- 25- O que o Sr. fez desde a aplicação do pré-anestésico até o momento de ir para a sala de cirurgia?
() caminhou
() permaneceu deitado
() permaneceu sentado
() converscu
() dormiu
() outro Qual?
- 26- O Sr. treinou os exercícios de respiração no pré-operatório?
sim ()
não ()
- 27- O Sr. está executando estes exercícios no pós-operatório?
sim ()
não ()
- 28- O Sr. sabe a importância destes exercícios?
sim ()
não ()
- 29- O Sr. foi orientado quanto a importância dos exercícios na cama e fora da cama?
sim ()
não ()
- 30- Como se sente neste hospital?
() sozinho

- com saudades de casa
- bem
- mal
- perdido
- outro Qual?

31- Quando lhe dirigem a palavra, lhe chamam:

- pelo nome
- pai
- tio
- vovô
- não chamam por nenhum nome
- outro Qual?

32- Isto o incomoda?

- sim
- não

33- Já ouviu algum comentário a seu respeito pelos corredores?

- sim Como se sentiu?
- não

34- O que o Sr. acha do hospital?

- um local onde têm oportunidade de conhecer alguma coisa sobre a sua doença
- um local bom
- uma prisão
- outro Qual?

35- Como se sentiu a caminho da sala de operações?

- tranquilo
- inseguro
- com medo

- () já sabia o que o esperava
- () não sabia o que o esperava
- () outro Qual?

36- O que achou da sala de operações?

- () um local frio
- () um local como outro qualquer
- () um local onde não reconhecemos ninguém
- () não viu nada
- () outro Qual?

Elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem:

- Delma Junkes e
- Sandra Mara Jacques

ANEXO II

- Aspectos Gerais do Campo de Estágio

1. Da Instituição

O Hospital de Caridade de Florianópolis, fundado a 12 de Janeiro de 1789, e a cargo da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, tem por finalidade:

- 1- prestar assistência às pessoas portadoras de moléstias e às acidentadas ou portadoras de perturbações que necessitam de atendimento imediato;
- 2- servir de campo de instrução para estudantes de Medicina, de Enfermagem e de outras atividades relacionadas com a assistência médico-hospitalar;
- 3- servir de campo de aperfeiçoamento de médicos, Enfermeiros e outros profissionais, relacionados a assistência médico-hospitalar;
- 4- realizar e proporcionar meios para pesquisa e investigação científica;
- 5- contribuir para a educação sanitária do povo;
- 6- proporcionar meios para a reabilitação física e social

dos incapacitados.

O HC possui 270 leitos mas muitas vezes, conforme necessidade chega a ter ocupados 285 leitos.

Possui 9 alas, que são: Ana Néri; Santa Terezinha; São Camilo; São José; Nossa Senhora das Graças; Irmã Bernadete; Senhor dos Passos; Nossa Senhora da Saúde; Coração de Jesus. Nestas alas, estão distribuídos os seguintes serviços: car-
diologia, clínica médica, anestesiologia, dermatologia, gas-
troenterologia, ginecologia, hematologia, hemoterapia, nefro-
logia, neurologia, oftalmologia, oncologia clínica, otorrino-
laringologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, radioter-
pia, reumatologia, urologia, cirurgias (cabeça, pescoço, plás-
tica, torácica, vascular).

No organograma do HC (ANEXO) a enfermagem se encon-
tra como uma divisão que atualmente, além de se preocupar com
os serviços de enfermagem, se preocupa também com a parte
administrativa que faz parte de uma outra divisão.

2- Da Ala "Nossa Senhora da Saúde"

A Ala "Nossa Senhora da Saúde" está localizada no 2º
andar do HC. É uma ala que tem como objetivo principal pres-
tar assistência a indivíduos do sexo masculino e feminino,
nos períodos pré e pós-operatórios. Além disso, oferece as-
sistência a pacientes oncológicos. E essa assistência é pres-
tada de 2 maneiras: (1) assistência direta, os funcionários
prestam assistência aos pacientes; (2) assistência indireta,
os pacientes se auto-cuidam, sendo que o H.C. abriga-os, por
que moram longe e devem fazer radioterapia.

A Ala "Nossa Senhora da Saúde" possui 46 leitos, dis-
tribuídos em 8 quartos. Possui um posto de enfermagem com
duas divisões: uma para preparo e guarda de medicamentos e

burocracia, e, outra para limpeza e preparo de materiais para esterilização, uma sala de utilidades, um expurgo, uma copa e uma rouparia. Os funcionários não possuem um lugar próprio para lanche.

O quadro de funcionários compreende 15 funcionários, distribuídos da seguinte maneira: 1 enfermeira e 1 escriturária de oito horas diárias, funcionários de seis horas diárias que são, 6 atendentes e 2 técnicos, no período noturno os funcionários fazem doze horas e se dividem em quatro atendentes e um técnico.

ANEXO III

- Aspectos Gerais do Campo de Estágio

1. Da Instituição

O Hospital Governador Celso Ramos é um hospital geral, inaugurado em dezembro de 1966, situado à Rua Irmã Benwarda no Centro de Florianópolis. Está vinculado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, fornecendo atendimento à população em geral.

Possui 8 andares e subsolos. Nestes andares estão distribuídos os seguintes serviços: Emergência, Ambulatório, Clínica Médica Masculina e Feminina, Clínica Cirúrgica Masculina e Feminina, Centro Cirúrgico de Hemodiálise.

No H.G.C.R., a enfermagem não é baseada em nenhuma Metodologia de Assistência. As anotações da equipe de enfermagem são feitas em um pequeno espaço ao lado da prescrição médica.

2. Da Clínica Cirúrgica Masculina (C.C.M)

A C.C.M. está localizada no 4º andar do H.G.C.R. É uma unidade que tem como objetivo principal prestar assis -

tência a indivíduos do sexo masculino, nos períodos pré e pós-operatório. Além disso, oferece assistência a pacientes oncológicos e queimados.

A C.C.M. possui 48 leitos, distribuídos em 21 quartos, um posto de enfermagem, uma sala de preparo de medicamentos, uma sala de curativos, uma sala de utilidades, uma sala para guarda de equipamentos, uma rouparia, um expurgo, uma copa e uma sala de lanche para funcionários.

O quadro de funcionários compreende vinte e três pessoas, distribuídos da seguinte maneira: 2 enfermeiras, 8 auxiliares, 2 técnicos, 10 atendentes e 1 escriturária. Diariamente a unidade conta com 1 enfermeira, 2 auxiliares, 1 técnico, 4 atendentes e uma escriturária. No período noturno, a unidade conta com: 2 auxiliares e 1 atendente.

ANEXO IV

Orientações Pré-Operatórias

Abaixo estão relacionadas algumas orientações que são importantes para a realização de uma boa cirurgia e para prevenir complicações pós-operatórias.

Estas informações servem para todo o tipo de cirurgia, além destas, forneceremos verbalmente orientações sobre a sua cirurgia especificamente e sobre acontecimentos no centro cirúrgico.

1- Preparo do sistema digestivo

a) Dieta - Normalmente os pacientes ficam em jejum desde as 22 horas do dia anterior à cirurgia. Até este horário a dieta deve ser leve e o paciente deve tomar bastante líquido. É importante que o estômago esteja vazio, pois isto evita que o paciente vomite e que o vômito vá para os pulmões.

b) Lavagem Intestinal - É feita no dia anterior para evitar a contaminação durante a cirurgia e que o paciente e-vacue logo após a mesma.

2- Esvaziamento do Sistema Urinário - Isto evita distensão (bexiga cheia) e possível lesão da bexiga durante a operação.

3- Preparação da Pele - Visa reduzir o número de microorganismos e proteger a pele contra lesões. O paciente deve tomar um banho morno algumas horas antes da cirurgia, para diminuir o risco de contaminação da ferida operatória pelos germes da pele.

Lavar os cabelos no dia anterior à cirurgia. Após o banho alguém faz a retirada dos pelos do local da cirurgia, também para diminuir o risco de infecção.

4- Repouso e Atividade - Dentro de certos limites, os exercícios melhoram as condições psicológicas e fisiológicas dos pacientes. Alternando períodos de repouso e de atividade, o paciente mantém as forças e fica, ao mesmo tempo, protegido de excessos.

5- Sedação antes da Cirurgia - A medicação pré-anestésica tem como finalidade diminuir a ansiedade e aumentar a resistência a dor. Antes e após a sua aplicação são verificados os sinais vitais (pressão sanguínea, pulso, respiração e temperatura), para detectar alguma anormalidade. Depois de ser aplicado o pré-anestésico, o paciente deve permanecer na cama, pois esta medicação torna o indivíduo sonolento. Se necessitar, solicite ajuda.

6- Regime de Solicitações - Para ajudar na sua reabilitação, o paciente deverá executar as seguintes atividades:

a) Exercícios respiratórios:

- Respiração profunda: (para aumentar a expansão pulmonar).

1- Recostado no leito com as costas e os ombros bem apoiados em travesseiros.

2- Deixe que as mãos semi-fechadas repousem levemente sobre as costelas inferiores.

3- Expire delicadamente e totalmente a medida que as costelas retraem-se para baixo e para dentro.

4- Depois disso, faça uma inspiração profunda através do nariz e da boca, deixando o abdome subir a medida que os pulmões enchem de ar.

5- Prende a respiração e conte até 5.

6- Expire e deixe todo o ar sair pela boca e pelo nariz.

7- Repita 15 vezes, com um curto período de repouso após cada grupo de 5 exercícios.

8- Este exercício pode ser realizado com luva.

- Tosse: (ajuda a eliminar as secreções do tórax)

1- Fique sentado no leito, incline-se levemente para frente, entrelace seus dedos e coloque as mãos sobre o local da cirurgia para que elas atuem como uma tala quando tossir.

2- Inspire profundamente e durante a expiração tossir rapidamente.

b) Exercícios na cama - Dependendo das condições do paciente, os exercícios podem ser passivos, isto é, executados pela enfermeira, ou ativos, isto é, executados pelo paci

ente. O paciente também pode fazer os exercícios ajudados pela enfermeira. Os exercícios melhoram o estado psicológico. Por serem seguidos de relaxamento, reduzem a dor e, portanto, a necessidade de medicação pós-operatória.

c) Exercícios fora da cama - O dia em que o paciente cirúrgico levanta da cama varia conforme o cirurgião, o tipo de cirurgia e do próprio paciente. É muito importante que as sim que tenha permissão, o paciente comece a caminhar, para evitar complicações.

ANEXO VI

NOME:		IDADE:	SEXO:	
QUARTO:		LEITO:	DIAGNÓSTICO:	
DATA	NECESSIDADE AFETADA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	EVOLUÇÃO

ANEXO VI

19-05-86

Histórico de Enfermagem

1- Identificação: J.M.F., internado no dia 05-05-86 no Hospital de Caridade, quarto 201, leito 24, 75 anos, M, cor branca, viúvo, aposentado, nascido em Florianópolis, procede do Alto Ribeirão, possui o curso primário, sofreu um desastre, onde fraturou o coto do fêmur e a perna direita.

2- Dados clínicos de interesse para a enfermagem:

→ Diagnóstico Cirúrgico - Coto de fêmur direito. Necessita ser operado o mais rápido possível.

→ Exames Complementares:

. Tipo Sanguíneo - O negativo

. Glicose 72 mg/dl

. Uréia 29 mg/dl

> 16-05-86

. Hemograma - Hematócrito 36% Hematimetria

→ Parcial de Urina: 06-05-86

Densidade 1015

Proteínas -

Reação (PH)6

C. redutoras -

Presença de muitas células epiteliais, poucos leucócitos, raras hemácias, numerosas bactérias.

-► Eletrocardiograma: 14-05-86

Conclusão - Taquicardia Sinusal

- Distúrbio condução ramo E.

3- Percepções e expectativas do paciente:

Paciente muito ansioso, com expectativas negativas em relação ao seu restabelecimento pós-operatório. Refere que vai sofrer uma cirurgia muito difícil, pois é num lugar ruim. Relata: "Tenho muita idade, a calcificação em uma pessoa jovem é fácil, mas em mim, eu não sei como vai ser". "Não tenho muita fé em andar, estou velho". Gosta do atendimento, fala que o médico é atencioso. Informado parcialmente sobre a cirurgia. Nunca sofreu uma cirurgia.

4- Atendimento de suas necessidades básicas:

a) Sono e Repouso - Refere que não dorme bem, porque fica pensando em seus problemas. Gostava de acordar às 3 hs da manhã para andar, ver o mar, atualmente acorda às 6 hs.

b) Alimentação - Come carne, peixe, verduras, frutas, etc.... Fez referência principalmente ao peixe que comia fresquinho quando pescava. Relata que faz a sua comida, mas quando está doente, pega o vizinho para fazer.

c) Hidratação - Relata ter pouca sede (toma 1 a 2 copos de água ao almoço). A hidratação parece estar deficiente, pele seca, turgor diminuído.

d) Eliminações - Não tem problema, evacua e urina bem.

e) Pele e Mucosas - Seca enrugada, apresenta escamações em M.I.E., coloração avermelhada e brilhante na região torácica.

f) Reprodução - Às vezes sente saudade de sua faleci

da esposa.

g) Necessidades Psicossociais - Queixa-se de não poder pescar, como antigamente, devido ao seu problema asmático.

5- Hábitos relacionados à saúde:

Fuma há varios anos. Relata que está a 3 dias sem fumar, mas não aguenta mais. "Tenho problema de asma desde a infância, só a pouco tempo que fui saber que o cigarro faz mal, é muito difícil deixar o cigarro, pois já estou velho". Vai ao médico periodicamente para cuidar do seu problema pulmonar. Faz muito tempo que não vai ao Dentista.

6- Exame Físico:

Magro, expressão negativa, lúcido, receptivo as orientações, higiene precária, dentes em mau estado, apresenta lesão no calcâneo E, escoriação e no M.S.E, rigidez e escamações no M.I.E. Região torácica aumentada.

Sinais Vitais: P.A = 11 x 7 mmHg, R = 24 mrpm, P = 80 bpm, T = 36,2°C.

7- Impressões do entrevistador sobre o paciente:

Paciente muito ansioso, necessita de alguém para dialogar, quer receber cuidados, se emociona quando fala do seu restabelecimento. Precisa ser orientado quanto a exercícios respiratórios, movimentação ativa do M.I.E. e reorientado a cerca do fumo.

- Necessidades Afetadas

Segurança, restauração, auto-imagem, percepção, postura correta, sono e repouso, hidratação, estima, relacionamento, lazer, oxigenação, higiene, integridade cutânea, equilíbrio locomotor e articulatorio.

Nome do paciente: J.M.F. Unidade: Ala Nossa Senhora da Saúde

Quarto 201

Leito: 24

Primeiro Dia de Pós-Operatório

DATA	NECESSIDADES AFETADAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
20/05/86	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio neurológico - Sexualidade - Independência - Nutrição - Higiene - Oxigenação 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Restringir o paciente quando necessário. 2- Manter a cabeceira da cama elevada. 3- Estimular o paciente a fazer exercícios respiratórios 4- Estimular a execução de exercícios ativos e/ou passivos sem movimentar o M.I.D. 5- Notificar sinais de insuficiência respiratória. 6- Incentivar a ingestão hídrica. 7- Observar a presença de globo vesical. 	<p>S.N</p> <p>M-T-N</p> <p>M-T-N</p> <p>M-T-N</p> <p>M-T-N</p> <p>M-T-N</p> <p>M-T-N</p>	<p>- O paciente apresentou alteração de conduta durante a noite, sendo necessário a restrição, relatado pelo funcionário durante a passagem de plantão. Encontramos o paciente restrito no leito e este falou-nos: "Tu queria uma faquinha para cortar estas cordinhas". Durante o banho observamos que o paciente apresentou períodos de orientação, como: "Vocês dão banho igual a eles"; "Tá bom assim". Pediu-nos que deixassem que os atendentes limpassem a região genital. Resolvemos deixar o paciente sem a restrição. Mais tarde o paciente virou-se sobre o bide e virou tudo. Não aceitou a dieta. Fizemos higiene oral. Realizou exercí-</p>

DATA	NECESSIDADES AFETADAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
				<p>cios respiratórios e movimentos ativos no leito. Os exercícios respiratórios são muito importantes para este paciente, pois além de ele estar acamado, ele tem problemas respiratórios.</p>

OBS.: Pelo que temos conhecimento, a alteração de conduta é devido ao nível de ansiedade elevada, a idade e o próprio traumatismo que gerou expectativas negativas no paciente.

Nome do paciente: J.M.F. Unidade: Ala Nossa Senhora da Saúde

Quarto: 201 Leito: 24

Segundo Dia de Pós-Operatório

DATA	NECESSIDADES AFETADAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
21/05/86	- Hidratação - Integridade cutânea	1- Manter a cabeça e tórax elevado. 2- Estimular o paciente a fazer exercícios respiratórios e movimentos ativos no leito, sem movimentar o M.I.O. 3- Estimular a hidratação.	M-T-N M-T-N	- Paciente bem orientado, comunicativo e tranquilo aceitou a dieta. Apresenta escamações em M.I.F e lesão seca em hálux E, deixado sem curativo. Paciente ingere muito pouco líquido.

Nome do paciente: J.M.F. Unidade: Ala Nossa Senhora da Saúde
 Quarto: 201 Leito: 24

Terceiro Dia de Pós-Operatório

DATA	NECESSIDADES AFIETADAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
22/05/86	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção - Auto-Imagem - Auto-Estima - Independência - Restauração - Atividades - Postura - Locomoção - Percepção dolorosa - Oxigenação 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Manter a cabeceira da cama elevada. 2- Estimular o paciente a fazer exercícios respiratórios e movimentos ativos no leito. 3- Estimular a hidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> M-T-N M-T-N M-T-N 	<p>- Paciente comunicativo, não tem esperanças em voltar a caminhar. Permaneceu sentado na cadeira mais ou menos uma hora. Referiu que queria ir para a cama, pois estava sentindo dor na perna. Realizou exercícios respiratórios com luva. Relatou que está ingerindo maior quantidade de líquidos em relação aos dias anteriores.</p>

Nome do paciente: J.M.F. Unidade Nossa Senhora da Saúde
Quarto: 201 Leito: 24

Quarto Dia de Pós-Operatório

DATA	NECESSIDADES ABETADAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
23/05/86	-	<p>1- Manter a cabeceira da cama elevada</p> <p>2- Estimular o paciente a fazer exercícios respiratórios e movimentos ativos.</p>	<p>M-T-N</p> <p>M-T-N</p>	<p>- Paciente comunicativo, <u>re</u>feriu desejo de sentar-se na cadeira. Realizou <u>exer</u>cícios respiratórios com luva, referindo sentir-se muito bem. Está tendo um relacionamento mais <u>aber</u>to com os demais <u>pacien</u>tes. Permaneceu <u>sentado</u> na cadeira durante duas horas, referindo sentir-se melhor depois de <u>ter</u>sido retirado a bota ortopédica. Relata <u>hidratar</u>-se bem, pois sabe a <u>impor</u>tância da hidratação para ele. <u>Recebeu</u> todas as <u>ori</u>entações sobre a <u>alta hos</u>pitalar, <u>receptivo</u> as <u>mes</u>mas.</p>