

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIª UNIDADE CURRICULAR - ENFERMAGEM
ASSISTENCIAL APLICADA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UTILIZANDO A RELAÇÃO
PESSOA A PESSOA COMO PONTO DE REFERÊNCIA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0110
Título: Assistência de enfermagem na clínica
cirúrgica do Hospital Universitário.



972521724 Ac. 240581

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0110
Ex.1

ELABORADOS POR:

- JAQUELINE LUZ CHAVEZ RABAZA
- LUIZA KOCK BESEN
- MARIANA LOPPNOW
- CRISTIANE HENSE

ORIENTADO POR: LIDVINA HERR

SUPERVISIONADO POR: SUSAN BACK

MARIA TEREZINHA HONÓRIO

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1988

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PEDAGOGIA
DIPLOMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
EDUCAÇÃO DE Jovens e Adultos
1980

"A dignidade humana é um aspecto da personalidade humana que nos foi concedida por Deus na criação. Assim sendo, os seres humanos devem ser respeitados como indivíduos, não pelo valor funcional que possam ter em sociedade, mas pelo que são como se res humanos".

HELMUT THIELICKE

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à orientadora pela disposição que teve em nos atender prontamente, pelo entusiasmo, otimismo e sabedoria que transmitiu.

As orientadoras, pelas informações e apoio dedicado.

E a Deus por não ter-nos deixado a sós e pelo privilégio de chegar-nos até aqui.

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO	01
II. SUPORTE TEÓRICO	08
1. Teoria da relação pessoa a pessoa segundo TRAVELBEE	
2. Teoria das necessidades humanas básicas segundo	
HORTA	11
III. PLANO DE AÇÃO	16
- Objetivos	
- Justificativa	
- Estratégia	
- Aprazamento	
- Avaliação	
IV. CRONOGRAMA	21
V. CONCLUSÃO	23
VI. BIBLIOGRAFIA	26
VII. ANEXOS	
1. Planta Física	29
2. Roteiro de Visita Diária	30
3. Relação das técnicas de enfermagem priorizadas para	
execução e/ou acompanhamento por acadêmica	32
4. Escala de Distribuição do Grupo da VIII UC	33
5. Questionário de Avaliação	35

I. INTRODUÇÃO

Este planejamento foi elaborado por um grupo de quatro acadêmicas de enfermagem da VIII Unidade Curricular (UC), disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Cristiane Hense, Jaqueline L. C. Rabaza, Luzia K. Bensen e Mariana Loppnow.

Este planejamento será desenvolvido na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário (HU), no período compreendido entre 02/08/88 e 11/11/88; sendo que de 02/08/88 a 19/08/88 é reservado ao planejamento e apresentação do projeto; de 22/08/88 a 11/11/88 para desenvolvimento do estágio* e do dia 16/11 à 30/11/88 para a elaboração e apresentação do relatório.

Estaremos sob orientação da Enfermeira Professora Lidvina Horr e sob a supervisão das Enfermeiras da unidade: Maria Teresinha Honório e Susan Back.

O HU dispõe de duas clínicas cirúrgicas, localizadas no quarto andar, sendo a Clínica Cirúrgica I para cirurgias gerais e a Clínica Cirúrgica II, para especialidades.

* Cf. Costa da escala em Anexo IV.

Optamos pela Clínica Cirúrgica devido a agradáveis experiências anteriores por nós vivenciadas, onde vimos a importância e os resultados positivos do preparo de uma pessoa que será submetida a uma incisão cirúrgica. E ao vasto campo prático-científico que a mesma oferece como: supervisão, planejamento, execução de atividades e assistência visando a relação pessoa-pessoa e pesquisa, que nos auxiliará em muito para a vida profissional futura.

A Unidade de Clínica Cirúrgica compõe-se de 30 (trinta) leitos, distribuídos em 2 (duas) alas, uma feminina e uma masculina. Possui 9 (nove) quartos com 2 (dois) leitos e 3 (três) quartos com 4 (quatro) leitos tendo para cada 2 (dois) ~~quartos~~ ^{leitos} um banheiro.

Atualmente a Unidade recebe pacientes para às seguintes cirurgias: Clínica Geral, proctologia, urologia, vascular, cabeça e pescoço, ginecologia e torácicas. Dispõe de 4 (quatro) leitos para cirurgias vasculares; 3 (três) leitos para cirurgias urológicas; 1 (um) leito para cirurgias torácicas; 2 (dois) leitos para cirurgias proctológicas; 13 (treze) para cirurgias gerais; 1 (um) para cirurgias ginecológicas; 1 (um) para cirurgias de cabeça e pescoço; 3 (três) para reservar técnicas e 2 (dois) leitos não identificados.

A unidade possui ainda uma sala para passagem de plantão, uma sala de estudos, copa, posto de enfermagem, sala de curativo, sala de preparo de medicação, expurgo, sala de enfermagem, rouparia, sala de utilidades (sala para guarda de material) e um banheiro para funcionários, cuja planta física encontra-se no anexo 1. Conta com 39 funcionários, sendo 9 enfermeiros, 21 técnicos e auxiliares, 9 atendentes.

Para uma melhor análise dos recursos humanos existentes na

unidade, utilizamos as fórmulas para cálculo de pessoal precodificadas por Feldman e Alcalá como base de referência.

Feldmann sugere a utilização da seguinte fórmula para calcular a quantidade de pessoal de enfermagem / 24 horas.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{média diária de pacientes} \times \text{média hs/Enf. nas 24/hs por paciente} \times \text{Dias da Semana} + 20\%}{\text{Número de horas semanais de trabalho}}$$

$$\frac{30 \text{ (leitos)} \times 3,5 \times 7}{40} + 20\%$$

$$\frac{730}{40} + 20\% \text{ — } 18,37 + 3,67 = 22,04 \text{ funcionários}$$

$$\begin{array}{r} 100\% \\ 20\% \end{array} \quad \begin{array}{r} 18,37 \\ x \end{array} \quad x = \frac{367,4}{100} = 3,67 \text{ funcionários}$$

Para quantificar o número de pessoas necessárias a prestação de assistência de enfermagem nas 24 horas, Alcalá indica, a fórmula a seguir colocada utilizando 80% da capacidade de ocupação e assistência progressiva ao paciente.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Assist.Enf.} \times \% \text{ leitos corresp.} \times \text{dias sem.}}{\text{horas de trabalho}} + 30\%$$

A unidade de Cirurgia I possui 30 leitos; 80% destes equivalem a 24 leitos.

A autora destina 30% destes leitos para cuidados mínimos, 60% para cuidados intermediários e 10% para cuidados semi-intensivos.

A distribuição destes leitos, consideradas as percentagens indicadas pela autora, é obtida pelos cálculos:

$$\begin{array}{l} \text{a) Cuidados mínimos: } 100\% \text{ — } 24 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad 30\% \text{ — } x \end{array} \quad x = 7,2 \text{ leitos}$$

$$\begin{array}{ll} \text{b) Cuidados intermediários:} & 100\% \text{ — } 24 & x = 14,4 \text{ leitos} \\ & 60\% \text{ — } x & \end{array}$$

$$\begin{array}{ll} \text{c) Cuidados semi-intensivos:} & 100\% \text{ — } 24 & x = 2,4 \text{ leitos} \\ & 10\% \text{ — } x & \end{array}$$

O número de elementos necessários para atuar numa unidade cirúrgica com 24 leitos ocupados, estão apresentados nos cálculos que seguem:

$$\begin{array}{l} \text{a) CM: } \frac{2,5 \times 7 \times 7}{40} + 30\% = 3,06 + 30\% \\ \phantom{\text{a) CM: }} 3,06 + 0,91 = 3,97 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{b) CI: } \frac{4,5 \times 15 \times 7}{40} + 30\% = 11,81 + 30\% \\ \phantom{\text{b) CI: }} 11,81 + 3,54 = 15,35 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{c) CS/I: } \frac{10 \times 2 \times 7}{40} + 30\% = 3,5 + 30\% \\ \phantom{\text{c) CS/I: }} 3,5 + 1,05 = 4,55 \end{array}$$

A unidade cirúrgica possui atualmente 39 funcionários (9 enfermeiros, 11 técnicos, 10 auxiliares e 9 atendentes de enfermagem). Segundo os autores citados anteriormente, a unidade necessitaria 22 funcionários utilizando-se a fórmula preconizada por Feldmann e 2,4 funcionários utilizando-se a de Alcalá.

É importante citar que as fórmulas utilizadas não consideram as atividades administrativas assistenciais e educativas desempenhadas, principalmente, pelos enfermeiros. Consideram apenas as horas de enfermagem nas 24 horas/leito, que no caso de Feldmann são 3,5 horas, e no caso de Alcalá 3,9 horas. Uma instituição como o HU que ainda se encontra em fase de implantação e que por ser um hospital de ensino, exige, segundo administradores, maior número de pessoal do que o obtido pelas fórmulas. Ainda devem ser lembrados aspectos que justificam o número de

peçoal, como: a maior exigência com a qualidade da assistência, horários especiais para estudantes funcionários etc.

ALCOFORADO sugere que 30% dos elementos da equipe de enfermagem sejam enfermeiros, 40% técnicos e auxiliares e 30% atendentes. Aplicando estes percentuais para a Clínica Cirúrgica II, tem-se: 23% (9) enfermeiros; 54% (21) técnicos e auxiliares e 23% (9) atendentes. Entretanto, pela orientação de Alcoforado, a unidade deveria ter 12 enfermeiros, 15 técnicos e auxiliares e 12 atendentes. O grupo acredita que quanto maior for o número de enfermeiros, ou seja, pessoal altamente qualificado, a qualidade da assistência, também seria assegurada com maior garantia.

Outro aspecto que deve ser considerado é o percentual indicado pelas autoras (20% por Feldmann e 30% por Alcalá), para cobrir férias, folgas, licenças de saúde e de gestação etc.

No entender do grupo este percentual é muito pequeno considerando-se que a maioria dos funcionários são do sexo feminino, jovens, em fase de procriação. Os percentuais não cobrem de forma nenhuma as ausências do pessoal em serviço, seja por licença de gestação, férias ou outros motivos justificados.

Recentemente um grupo de enfermeiras do INAMPS coordenado por Sonia Maria Alves, quantificou os recursos humanos para o órgão. Este grupo indica um percentual de 45 para cobertura das ausências para uma jornada de trabalho de 30 horas semanais.

A média de permanência preconizada pela Previdência Social, é de 5,8 dias para clínica cirúrgica; a média de janeiro a junho/88 foi de 13,9%. É uma taxa alta, mais compreensível por ser o Hospital Universitário um hospital de ensino; os pacientes permanecem mais tempo servindo para estudos de caso.

A taxa de ocupação do mês de junho/88 foi de 90% mas conforme a média dos últimos 6 meses foi de 75,4%, o qual consideramos razoável, permanecendo assim leitos vagos para pacientes vindo da UTI, emergência e outros.

A VIII U.C. exige a elaboração de um projeto no qual devem ser previstas todas as atividades a serem desenvolvidas durante o estágio. O grupo acredita que esta medida é de suma importância tanto sob o ponto de vista de aprendizagem como para a organização do trabalho.

Para Divicente "O processo do planejamento compreende uma ampla gama de atividades, desde, inicialmente, perceber que alguma coisa precisa ser feita até decidir com firmeza quem deve fazer o quê e quando. É muito mais amplo do que compilar e analisar informações ou imaginar o que poderá ser realizado. Não é apenas lógico ou imaginação ou julgamento, é uma combinação de todos esses processos que culmina numa decisão sobre o que deve ser feito"⁴.

Segundo Thora Kron "Planejar é determinar o tipo de ação. Compreende se tomar decisões que pressupõem a viabilidade de várias ações dentre as quais se realiza a escolha. E implica em determinação das prioridades para os problemas já diagnosticados; decidir a respeito dos objetivos ou dos resultados almeçados pela assistência de enfermagem; seleção das ações específicas de enfermagem para alcançar esses objetivos e registro dessa informação no plano de cuidado de enfermagem"⁵.

Para Nogueira⁶ planejamento é um estudo ou antevisão detalhada do trabalho. "Planejar em enfermagem é adotar um roteiro para coordenar as ações da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados às necessidades básicas e necessidades específicas de cada paciente".

"O planejamento é essencial para se evitarem atraso no serviço de enfermagem e desperdício da capacidade profissional e do equipamento, para se realizar o efetivo uso dos recursos físicos e utilizar-se o pessoal eficientemente na assistência de enfermagem" (ARNDT)⁷.

"Planejar compreende selecionar objetivos, diretrizes, processos e programas a partir de uma série de alternativas ou dados coletados consiste em fazer com que se realizem determinados eventos que de outro modo não se reproduziriam. Determina conscientemente um curso de ação baseado em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise".

Um bom planejamento utiliza-se de todo o potencial dos indivíduos colocando a pessoa certa, no trabalho certo, no momento certo, usando dessa forma a capacidade das pessoas de maneira mais eficaz, de acordo com as necessidades de seu serviço. "Sem planejamento os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento no trabalho, há perda de tempo, esforço e energia".

"Todo planejamento pressupõe a conseqüente avaliação para verificação da viabilidade dos planos em termos de objetivos a alcançar. Com a avaliação dos resultados podemos determinar o progresso obtido e o quanto dos objetivos foram alcançados, e quais os pontos fracos do planejamento que precisam de correção, ajuda-nos a medir a capacidade, dá-nos segurança e nos esclarece na definição mais clara e precisa dos objetivos"⁶.

II. SUPORTE TEÓRICO

Temos por objetivo geral prestar assistência de Enfermagem utilizando a relação pessoa-pessoa como ponto de referência. Desta forma decidimos pelas teorias da relação pessoa a pessoa da TRAVELBEE e das necessidades humanas básicas de WANDA AGUIAR HORTA, por se adaptarem melhor aos nossos objetivos.

1. Teoria da Relação Pessoa a Pessoa Segundo TRAVELBEE⁶

Para a autora, a relação pessoa a pessoa consiste em uma série de interações, entre uma enfermeira e um paciente, planejadas com um propósito, nas quais os participantes, modificam e desenvolvem aptidões interpessoais cada vez maiores. Essa relação de pessoa a pessoa é um meio para atingir os fins da enfermagem.

A relação enfermeiro-paciente é semelhante a todas as outras relações de pessoa a pessoa. A diferença reside em que neste tipo de relação, um dos participantes, o enfermeiro, tem

conhecimento e habilidade que o outro, paciente, necessita. Esta relação é uma experiência imediata, vivida e compartilhada por seres humanos únicos.

Cada indivíduo participa da experiência, cada um influencia os pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro e por sua vez também é afetado por eles.

A interação da enfermeira com o paciente se produz durante um período particular das vidas de ambos e, portanto, não se pode repetir ou reproduzir. Uma característica desta interação é que cada encontro é único e singular. Um encontro anterior pode parecer com o atual, e talvez existam semelhanças entre as experiências, no entanto, cada encontro é diferente, definitivo e não obstante, em outro sentido representa um novo ponto de partida para as interações seguintes.

O encontro existencial entre a enfermeira e o paciente constitui um momento completo.

Através das diferentes fases da interação enfermeiro-paciente, muitos fatores determinam o desempenho de cada um. Entre eles incluem-se os conhecimentos do enfermeiro e sua capacidade para usá-los, a disponibilidade do paciente e sua capacidade para responder ao desempenho do enfermeiro, o sexo, a idade, a relação e o tipo de problemas que o paciente apresenta.

A primeira etapa da relação apresentada por TRAVELBEE, é a etapa da pré-interação com duas fases: na primeira decide-se qual o paciente adequado para a experiência, e quais os pensamentos, sentimentos e ações do enfermeiro e paciente em relação à experiência. Essa é uma fase importante, pois pode influenciar profundamente as interações subsequentes.

É por isso que o enfermeiro precisa estar consciente de suas idéias e pensamentos e do que espera conseguir durante a interação.

A segunda etapa é a de introdução e orientação que se inicia quando dois seres humanos que não se conhecem, se encontram pela primeira vez e se tornam conhecidos um para o outro. Esta etapa se caracteriza pela elaboração de um pacto ou acordo entre o enfermeiro e o paciente, de trabalharem juntos a fim de ajudar o paciente a recuperar-se. É também uma etapa de avaliação onde o enfermeiro e o paciente elaboram suposições e inferências a respeito um do outro. Ela termina provavelmente quando cada um começa a perceber o outro como ser humano único.

A etapa de orientação pode completar-se em alguns minutos de interação, ou do contrário, podem ocorrer várias interações antes que o enfermeiro e o paciente estejam preparados para prosseguir com a etapa de definição de identidades. A fase de identidade emergente começa ao que tudo indica, quando os elementos envolvidos nesta interação tentam superar os obstáculos da fase de introdução. Uma característica importante dessa fase é o conhecimento mais profundo entre o enfermeiro e o paciente. Ambos se percebem como seres individuais e o relacionamento já está em pleno desenvolvimento. Esta etapa termina quando foi consolidada a capacidade de relacionar-se e já é necessário terminar a relação pessoa-pessoa. Nesta fase o paciente poderá testar a capacidade de enfermeiro em estabelecer limites e reger-se por eles. É importante também que o enfermeiro se comporte de maneira que permita ao paciente adquirir segurança e confiança no seu relacionamento com ele. E se ocorrer alguma distorção da percepção do outro, de como ele é, o problema não será tão grave como no início do relacionamento pois pelo fato

de ambos já se conhecerem melhor e sentirem-se mais a vontade na relação, o enfermeiro já é capaz de expor-se como ser falível.

Na fase de término, ocorre o encerramento da relação, no decorrer da qual ambos devem-se preparar para tal ocorrência.

O enfermeiro, por qualquer que seja a razão, deve preparar psicologicamente o paciente para o término do relacionamento e, apesar disso TRAVELBEE considera que outra tarefa importante do enfermeiro é também preparar-se para que não ocorram sentimentos e conflitos pelo término da relação com o paciente.

2. Teoria das Necessidades Humanas Básicas Segundo HORTA

Certas necessidades são comuns a todos os seres humanos e exigem satisfação adequada. Satisfeitas as necessidades essenciais, a pessoa passa a ter necessidades de nível mais elevado. Em ordem de prioridade, as necessidades humanas básicas surgem nessa seqüência; necessidades fisiológicas, de segurança, de participar, de consideração, estima e afeição, o impulso de criar, a sede de saber e de compreender e os anseios estéticos⁷.

Segundo HORTA⁸: "Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais".

A teoria segundo a autora "se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais", tais como:

- A lei do equilíbrio: todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres". No

momento em que o indivíduo entra em desequilíbrio automaticamente entra no estado patológico.

- A lei da adaptação: "todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio". As pessoas no decorrer da vida passam por constantes mudanças, com o qual precisam adaptar-se para manterem-se em equilíbrio.
- A lei do holismo: "O universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, não é mera soma de partes constituintes de cada ser. A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio".

Para HORTA; "A ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram na manifestação e atendimento e na assistência a ser prestada.

Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho, que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado por HORTA de processo de enfermagem, que segundo ela é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano. "Caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas 6 fases ou passos distintos: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico".

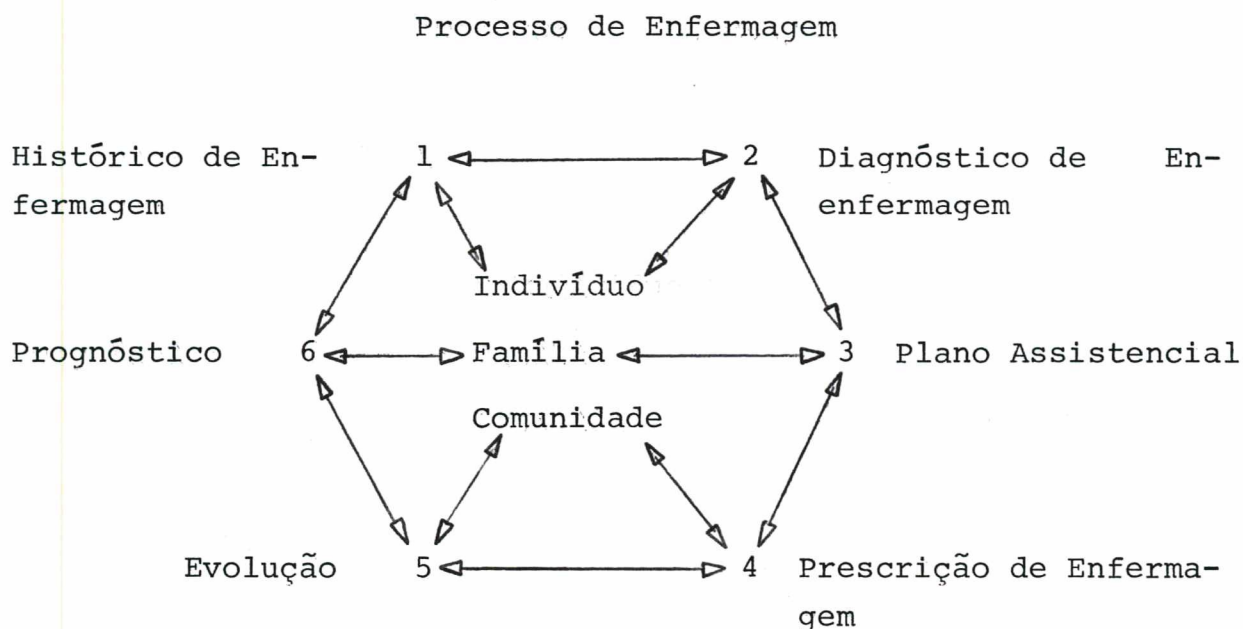
O histórico de enfermagem é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para o enfermeiro), do ser humano, que tornam possível a identificação de seus problemas. O diagnóstico é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento, e a determinação pela enfer-

meira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

O plano de cuidados, ou prescrição de enfermagem é a implantação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. O plano de cuidados é avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para o quinto passo ou fase.

Evolução de enfermagem é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

Prognóstico de enfermagem é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.



Quando fazemos o processo de enfermagem, usamos o método científico que é uma forma organizada de pensamento. Segundo Barbosa Filho⁹, é a investigação organizada, observação, sistematizada dos fenômenos da realidade universal através de uma sucessão de passos orientados por conhecimentos teóricos, buscando explicar as causas desses fenômenos, suas correlações e aspectos não revelados, que interessam mais de perto a um determinado ramo científico.

"Metodologia científica em enfermagem é a ciência empregada pelo enfermeiro para produzir, utilizar ou comunicar sistematizadamente os conhecimentos inerentes à sua profissão ou campo de ação"¹⁰.

O Hospital Universitário (HU) possui uma metodologia baseada nos passos do processo de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta.

O insuficiente número de atividades, torna-se reduzido o tempo para aplicar os 6 (seis) passos do processo de enfermagem, por isso utilizam somente 3 (três) de seus passos: Histórico de enfermagem, Prescrição de enfermagem e evolução. Mas isso não significa que não seja científico, uma vez que é seguido uma ordem: começo, seqüência e um fim. Os outros três passos estão implícitos.

Para aplicar o método científico não é necessário que os 6 (seis) passos estejam escritos, mas sim que tenham uma seqüência lógica.

"Cabe enfatizar que o propósito principal do uso do método científico no planejamento dos cuidados da enfermagem é o de identificar os problemas encontrados pelos indivíduos carentes dos cuidados de enfermagem, determinar quais as necessidades

básicas afetadas e prescrever ou recomendar especificamente qual o atendimento que se deve dar. A finalidade não é a de levá-lo a conhecer as reais necessidades do paciente para fazer um plano de cuidados que venha beneficiá-lo"¹⁰.

III. PLANO DE AÇÃO

O planejamento compreende objetivos gerais e específicos. Os específicos contendo a justificativa, estratégia, aprazamento e avaliação.

Objetivo Geral:

Prestar assistência de enfermagem, utilizando a relação pessoa à pessoa como ponto de referência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	JUSTIFICATIVA	ESTRATÉGIA	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: objetivo será considerado alcançado se:
1. Prestar assistência de enfermagem utilizando a metodologia do H.U.	<p>Segundo estudos realizados, a metodologia do H.U. é o melhor método para se chegar a um objetivo desejado, dando os melhores resultados ao paciente, ao funcionário e a empresa, por isso optou-se pela sua metodologia. Acreditamos que a equipe de Enfermagem com uma metodologia presata uma assistência individualizada e de qualidade. É uma forma de se conhecer em maior profundidade cada paciente.</p> <p>A intervenção imediata, oferece cuidados imediatos pertinentes a cada caso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar diariamente da passagem de plantão com registro das ocorrências mais graves ocorridas na unidade. 2. Visitar diariamente todos os pacientes da Unidade, levantando e solucionando os problemas, dando ênfase aos dois pacientes escolhidos. 3. Planejar a assistência no mínimo a dois pacientes, por acadêmica, desde internação até a alta. 4. Desenvolver procedimentos de enfermagem com registro da assistência prestada e das ocorrências. 5. Proceder passagem de plantão. 	A partir da 2ª semana	Ao final da 6ª semana, 48 pacientes forem assistidos pelo grupo, utilizando o método de assistência.
2. Estabelecer relação pessoa a pessoa com os funcionários e pacientes da unidade, proporcionando momento de reflexão.	<p>Acreditamos que a medida que o enfermeiro desenvolve uma relação pessoa-pessoa e dialoga com o paciente; a mesma já estaria atendendo à necessidade de comunicação do indivíduo. Além disso, o próprio processo de comunicação possibilita ao enfermeiro a realização de ações de enfermagem, sem registro formal que</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dialogar com os Funcionários da Unidade durante a realização das atividades. 2. Participar das reuniões e palestras já programadas pela unidade. 3. Proceder feed-back por meio de conversas informais e com os pacientes. 4. Proceder com respeito e solidade 	No decorrer de todo estágio.	Ao final do estágio o grupo deverá alcançar um bom relacionamento e integração com os pacientes e funcionários, através dos resultados obtidos pelo questionário. (Anexo V).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	JUSTIFICATIVA	ESTRATÉGIA	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: objetivo será considerado alcançado se:
	<p>possa atender as outras necessidades, assim como, aceitação, participação, liberdade, aprendizagem, orientação no tempo e no espaço, etc....</p> <p>As relações interpessoais ou humanas são resultado do dar e receber entre pessoas; são influenciadas pelo intercâmbio de pensamentos e idéias.</p>	<p>dariedade com os familiares e equipes de saúde e colegas.</p>		
<p>3. Aprofundar o conhecimento teórico-prático relacionados com problemas urológicos, vasculares, proctológicos e ginecológicos.</p>	<p>Um aprofundamento do conhecimento teórico-prático, visa proporcionar maior segurança e capacidade para um bom desenvolvimento em nossa futura vida profissional.</p> <p>Foram escolhidas as patologias citadas por serem as mais frequentes da Unidade e pela necessidade de aprofundamento que o grupo tem em relação as mesmas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar em livros específicos as patologias anteriormente referidas. - Acompanhar e executar procedimentos práticos disponíveis na Unidade. 	<p>-A partir da 3a. semana</p>	<p>-Se ao final do estágio o grupo realizou estudo das patologias citadas.</p>
<p>4. Estimular o auto-cuidado, interpretando as condições do cliente para o mesmo e suas respostas aos cuidados prestados.</p>	<p>Estimulando o auto-cuidado o enfermeiro estabelece uma relação de ajuda, de independência, assegurando uma reabilitação mais rápida ao paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar e orientar os pacientes durante a sua permanência na unidade quanto ao auto-cuidado, de acordo com as necessidades de cada indivíduo. - Explicar aos pacientes os procedimentos a serem executados e orientá-los quanto ao regime de solicitação no pré-operatório 	<p>A partir da 2ª semana</p>	<p>- Se ao final do estágio o grupo tiver acompanhado e orientado paciente e família</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	JUSTIFICATIVA	ESTRATÉGIA	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: objetivo será considerado alcançado se:
5. Coordenar a assistência de enfermagem na unidade	Para termos a visualização da unidade como um todo, tendo a oportunidade para tomada de decisão em relação aos pacientes, recursos humanos e materiais, consideramos importante determinar este objetivo.	<p>com a cobrança do mesmo no pós-operatório.</p> <p>- Acompanhar e orientar os familiares para o auto-cuidado para que haja um incentivo e participação na recuperação do paciente.</p> <p>- Acompanhar, orientar e auxiliar os funcionários na execução de suas atividades</p> <p>- Avaliar e controlar a qualidade e quantidade do material permanente e de consumo da unidade e, se indicado solicitar o que está em falta.</p> <p>- Supervisionar a assistência prestada.</p>	<p>-A partir da 1a. semana de estágio.</p> <p>-A partir da 3a. semana de estágio.</p> <p>-A partir da 6a. semana de estágio.</p>	<p>- Cada acadêmica tiver no final do estágio acompanhado e executado as técnicas de enfermagem conforme o anexo (3).</p> <p>- Cada acadêmica conseguiu detectar as falhas relacionadas e a falta de material.</p> <p>- Cada acadêmica, tiver melhorado sua capacidade de supervisão, estando apta para detectar problemas, tomar decisões.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	JUSTIFICATIVA	ESTRATÉGIA	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: objetivo será considerado alcançado se:
		<ul style="list-style-type: none">- Planejar diariamente as atividades a serem desempenhas.- Fazer a distribuição das tarefas por dia entre a equipe.	<ul style="list-style-type: none">- A partir da 2a. semana de estágio.- A partir da 6a. semana de estágio.	<ul style="list-style-type: none">- O grupo, até o final do estágio, conseguiu prestar assistência conforme o planejado.- Cada acadêmica, até o final do estágio, conseguiu fazer distribuição de tarefas entre a equipe.

IV. CRONOGRAMA

O cronograma compreende as atividades desenvolvidas pelo grupo com seu tempo pré-determinado, desde o início da elaboração do planejamento até a apresentação do projeto.

DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	HORA
29/06/88	Reunião do grupo	8:00-11:00
07/07/88	Reunião com orientadora	8:00-10:00
19/07/88	Reunião para elaboração do projeto	13:30-16:30
27/07/88	Reunião para elaboração do projeto	8:00-11:00
28/07/88	Reunião com orientadora	14:00-16:00
02/08/88	Reunião para complementação da parte introdutória	8:00-10:30
03/08/88	Reunião para complementação da parte introdutória	8:00-10:30
04/08/88	Reunião para reformulação dos objetivos do projeto	12:30-14:00
05/08/88	Reunião para reformulação dos objetivos do projeto	8:30-11:00 13:30-15:30
08/08/88	Reunião para conclusão do projeto	8:30-11:30 13:30-17:00
09/08/88	Reunião com orientadora	8:00-10:30 14:00-17:00
10/08/88	Reunião com orientadora	14:00-16:00
16/08 19/08	Apresentação do projeto	13:30-17:30
22/08 26/08	Adaptação ao campo de estágio	7:00-13:00
29/08 31/08	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
01/09 02/09	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
05/09	Feriado	

06/09 09/09	à	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
12/09		Seminário	
13/09 30/09	à	Realização do estágio com troca de grupo a partir do dia 19/09	7:00-13:00 13:00-19:00
03/10 07/10	à	Realização do estágio com troca de turno a partir do dia 19/09	
10/10		Feriado	
11/10		Seminário	
12/10 14/10	à	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
17/10 23/10	à	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
24/10		Feriado	
25/10 29/10	à	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
31/10		Feriado	
01/11 10/11	à	Realização do estágio	7:00-13:00 13:00-19:00
11/11		Término do estágio	
14/11		Aula suspensa	
15/11		Feriado	
16/11 25/11	à	Elaboração do relatório de estágio	8:00-11:30 13:30-17:30
28/11 30/11	à	Apresentação e entrega dos resultados	
Semanal- mente		Reunião com supervisoras e orientadora	10:00-11:00

Obs: este cronograma está sujeito à alterações.

V. CONCLUSÃO

A VIII Unidade Curricular do curso de graduação em Enfermagem oferece um campo de estágio livre, dando oportunidade ao acadêmico de exercer futuras atividades de enfermagem, podendo optar por um campo em que mais se identificar.

Optando pelas teorias de Wanda de Aguiar Horta e de Travellbee, esperamos conseguir êxito nos objetivos propostos, visto que o homem é um ser vivo, racional, social, espiritual e membro de uma espécie. Em consequência, o respeito, a conservação, a manutenção e a liberdade devem ser observados.

Acreditamos que estas teorias têm um cunho humano, já que a sociedade torna-se a cada dia mais materialista e as profissões acompanham os mesmos passos.

Segundo Ferlic¹⁶, "os aspectos científicos de enfermagem são importantes; porém muito mais importantes são o paciente e o relacionamento pessoa-pessoa; inerente ao cuidado profissional de enfermagem".

A ação de exercer a enfermagem exige habilidade do profissional, como o conhecimento, compreensão, iniciativa, atenção e bom humor.

No sentido de assistência de enfermagem, a valorização e aperfeiçoamento da habilidade de comunicação assumem proporções mais relevantes, pois o cultivo e a utilização da mesma são indispensáveis para a execução até de mínimas ações.

Freqüentemente, por causa da preocupação com a execução imediata de técnicas e atividades burocráticas, por causa da pressa ou de se estar sob tensões ambientais, não se utiliza a forma adequada de comunicação.

"Vivemos num mundo cheio de mecanizações, das quais até certo ponto dependemos; é preciso dar mais atenção aos aspectos humanos no relacionamento. Contudo, é preciso cuidar para não se deixar encantar pelos algarismos numéricos e estatísticos e nem correr o risco de permitir que a frieza da automação e as modernizações desvirtuem os aspectos humanitários no atendimento à saúde"¹⁵.

Sentimo-nos gratificados pela oportunidade de elaborar esse projeto que contribuiu muito para nosso conhecimento técnico-científico, que representou um desafio ao grupo, obrigando-o a buscar alternativas para a realização do planejamento, pois até então ganhávamos os mesmos já elaborados.

Ao iniciarmos o nosso projeto encontramos dificuldades, as quais geralmente surgem no início de uma nova experiência.

Tivemos maior dificuldade durante a busca de bibliografias e na forma de desenvolver o mesmo, bem como pouco tempo destinado para elaboração do projeto, para datilografá-lo e se preparar para a apresentação, visto que a data de apresentação

foi antecipada, gerando com isso ansiedade ao grupo, diminuindo a capacidade de atuação, porém tivemos a colaboração de nossa orientadora, que nos auxiliou em muito na nossa primeira etapa de trabalho.

VI. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA E CONSULTADA

1. FELDMANN, M.A. Administração do serviço de enfermagem. Sociedade Beneficente São Camilo, p.53.
2. ALCALA, M. et alii. Estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem, na superintendência médico-hospitalar de urgência da prefeitura do município de São Paulo.
3. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social, Ministério da Previdência e Assistência Social, 3.ed., p.18.
4. DIVINCENTI, M. Administracion de los servicios de enfermaria. México, Limusa, 1984. 499p.
5. KRON, T. Manual de enfermagem. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 251p.
6. PAIM, R.C.N. Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, Luna, 1978.

7. ARNDT, C. & HUCKABAY, L.M.D. Administração em enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
8. TRAVELBEE, J. Intervencion en Enfermeria Psiquiatrica. 2.ed. Columbia, Carvajal S.A., 1982.
9. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Enfermagem médico-cirúrgica. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. p.3-4.
10. HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979.
11. FILHO, Barbosa. Introdução à pesquisa método, técnica de instrumento. 1980. p.22.
12. ROSA, M.T.L. Os instrumentos básicos de enfermagem. Florianópolis, Departamento de Enfermagem, 1986. (mimeo)
13. DANIEL, L.F. A enfermagem planejada. 3.ed. São Paulo, EPU, 1981.
14. PAIM, R. Metodologia científica em enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro, 1985.
15. AMORIM, M.J.A.B. Enfermagem - profissão humanitária? Distrito Federal, Rev. Brasileira de Enfermagem, 32:359-368, 1979.
16. DANIEL, L.F. Atitudes interpessoais em enfermagem. 2.ed. São Paulo, EPU/EDUSP.
17. BARZAN, K.R. et alii. Assistência de enfermagem a clientes que fazem uso de quimioterápicos e a utilização de medidas preventivas de controle de infecção hospitalar. Florianópolis, 1986.

XII. A N E X O S

ANEXO 4

ESCALA DE DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO DA VIII UC.

MÊS		AGOSTO																	
DIA		22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						S	T	Q
SEMANA		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q						S	T	Q
CRISTIANE		*	*	*	*	*	-	-	*	*	*						*	*	*
MARIANA		*	*	*	*	*	-	-	*	*	*						*	*	*
JAQUELINE		*	*	*	*	*	-	-	Δ	Δ	Δ						Δ	Δ	Δ
LUZIA		*	*	*	*	*	-	-	Δ	Δ	Δ						Δ	Δ	Δ

MÊS		SETEMBRO																													
DIA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
SEMANA		Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
CRISTIANE		*	*	-	-	Δ	Δ	F	Δ	Δ	-	S	S	*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	*	-	-	Δ	*	*	*	*
MARIANA		*	*	-	-	Δ	Δ	F	Δ	Δ	-	S	S	*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	*
JAQUELINE		Δ	Δ	-	-	*	*	F	*	*	-	S	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	*	*	*	*	*	-	-	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ
LUZIA		Δ	Δ	-	-	*	*	F	*	*	-	S	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	*	*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	*

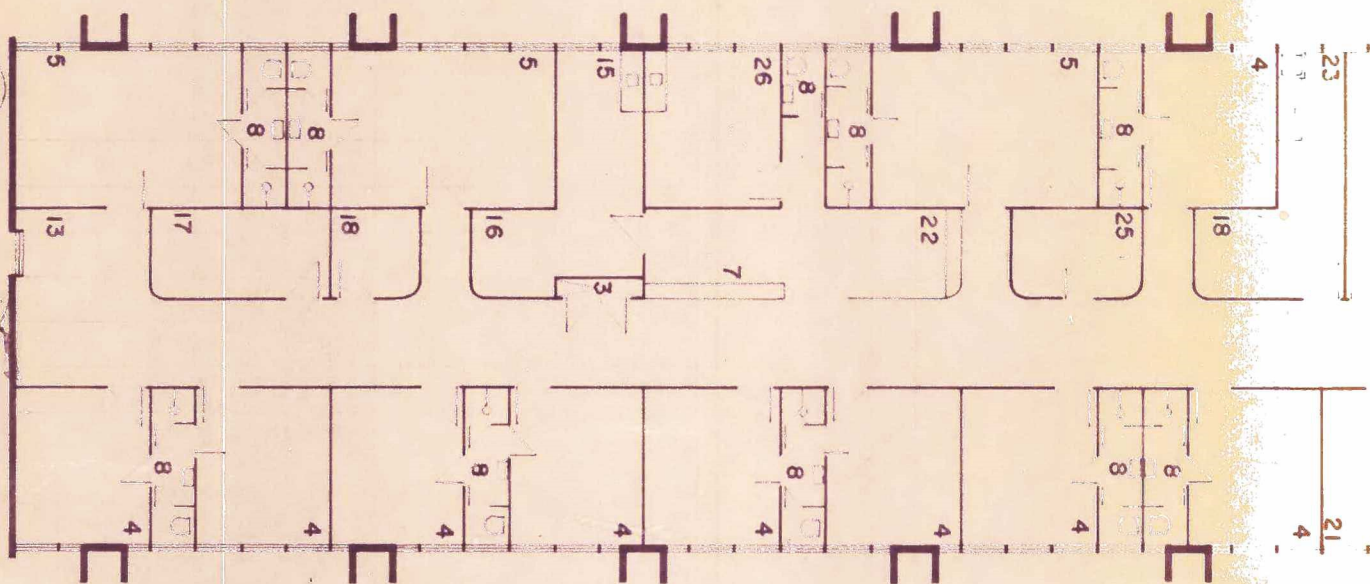
MÊS		OUTUBRO																														
DIA	SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S
CRISTIANE		-	-	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F S	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F	*	*	*	*	-	-	F
MARIANA		-	-	*	*	*	*	*	-	-	F S	*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	*	-	-	F	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F
JAQUELINE		-	-	Δ	*	*	*	Δ	-	-	F S	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F	*	*	*	*	-	-	F
LUZIA		-	-	*	Δ	Δ	Δ	*	-	-	F S	*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	*	-	-	F	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F

MÊS		NOVEMBRO																													
DIA	SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15															
		T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T															
CRISTIANE		Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	*	*	*	*	*	-	-	F	F															
MARIANA		Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F	F															
JAQUELINE		*	*	*	*	-	-	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ	-	-	F	F															
LUZIA		*	*	*	*	-	-	*	*	*	*	-	-	F	F																

LEGENDA: * 07:00 - 13:00 horas
 Δ 13:00 - 19:00 horas
 F - Folga
 S - Apres. Seminário

ANEXO 1

Planta Física da Unidade II



Legenda:

- 3 - Instalação elétrica
- 4 - Quartos com dois leitos
- 5 - Quartos com quatro leitos
- 7 - Posto de Enfermagem
- 8 - Banheiros
- 11 - Copa
- 13 - Espaço mprto
- 15 } - Sala de preparo de medicação
- 16 } - Sala de preparo de medicação
- 17 - Sala de utilidades
- 18 - Rouparia
- 21 - Sala de estudos
- 22 - Posto de enfermagem
- 23 - Expurgo
- 25 - Sala de enfermagem
- 26 - Sala de curativos
- 45 - Sala p/ passagem de plantão e/ou reunião.

ANEXO 2

Roteiro para Visita ao Paciente.

1. Nome:
 2. Quarto/leito:
 3. Observação do paciente: - verificação da fluidoterapia:
 - . rótulo
 - . gotefamento
 - . presença de soramos, flebites etc.- Verificação dos drenos:
 - . funcionamento
 - . quantidade e qualidade da drenagem
 - . obstrução.- Curativos:
 - . presença de unidade, pus, sangue
 - . se secos.- Aspectos da pele:
 - . cianose
 - . eritemas
 - . edemas etc.- Posicionamento anatômico no leito
 - Queixas
 - Sinais e Sintomas
4. Levantamento de problemas relacionados com as necessidades humanas básicas:
 - Alimentação
 - Eliminações: - gases
 - urina
 - evacuações
 - Oxigenação

- Sono e repouso
 - Hidratação
 - Terapêutica
 - e outras
5. Condições do ambiente:
- ordem
 - disposição dos móveis
 - material supêrfluo no quarto (comadres, vidros, roupas, grades etc.)
 - presença de recipientes para coleta de material para exames
 - iluminação
 - ventilação
 - limpeza
6. Condições do leito:
- ordem
 - limpeza
7. O banheiro
8. Exames laboratoriais:
- Orientações.

ANEXO 3

Relação das técnicas de enfermagem priorizadas para execução e/ou acompanhamento por acadêmica.

Técnicas de Enfermagem	Mínimo/acadêmica
01. ADMINISTRAÇÃO de medicamentos por via parenteral.	12
02. ASPIRAÇÕES de secreções	03
03. CURATIVOS	20
04. FUIDOTERAPIA	08
05. INSTALAÇÃO de PVC	01
06. INSTALAÇÃO de catéter vasal	02
07. PUNÇÃO arterial	01
08. SONDAGEM nasogástrica	01
09. VERIFICAÇÃO de sinais vitais	10
10. SONDAGEM vesical	05
11. BANHO de leito	08
12. HIGIENE oral	03
13. ARRUMAÇÃO de cama	03
14. TRICOTOMIA	08
15. LAVAGEM intestinal (enema)	06

ANEXO V

Questionário de Avaliação

1. O que você acha do trabalho que executa?
2. Como você vê a atuação das estagiárias na unidade?
3. Um grupo de estagiárias, mesmo aprendendo na unidade, auxilia a equipe de enfermagem na execução das atividades?

Justifique:

4. O que você acha da equipe de enfermagem adotar a relação pessoa - pessoa no seu trabalho?
5. O que entende por relação pessoa- pessoa?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIª UNIDADE CURRICULAR - ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA APLICADA

RELATÓRIO DA PROPOSTA DE AÇÃO:
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UTILIZANDO A RELAÇÃO
PESSOA A PESSOA COMO PONTO DE REFERÊNCIA

ELABORADO POR:

JAQUELINE LUZ CHAVEZ RABAZA
LUZIA KOCH BESEN
MARIANA LOPPNOW
CRISTIANE HENSE

ORIENTADO POR: LIDVINA HERR

SUPERVISIONADO POR: SUSAN BACK
MARIA TEREZINHA HONÓRIO

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1.988

" Como enfermeiros não deixamos de ser gente, membros do humano, rebanho que habita a terra. Temos nossas fraquezas e fortalezas, nossas dores, nossas tristezas e alegrias, nossas gratificações e frustrações, estamos sujeitos a toda a problemática que envolve também o ser humano a quem nos propusemos assistir em suas necessidades básicas.

Cada um de nós é responsável pelo crescimento de seu próprio "ser", não somos completos nem acabados, estamos num perpétuo estado de "vir a ser", e é no contato com outros seres humanos, no compromisso que assumimos quando optamos pela profissão de enfermagem, que construímos palmo a palmo o nosso "ser" e simultaneamente auxiliamos nosso semelhante na construção e crescimento do seu."

WANDA DE AGUIAR HORTA

AGRADECIMENTOS

Ao finalizarmos a VIIIª Unidade Curricular, gostaríamos de agradecer, a ajuda e o apoio de todas as pessoas que de alguma forma ou de outra contribuíram para que a nossa atuação na Unidade Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário fosse marcante para a nossa vida profissional, bem como às pessoas que nos auxiliaram na elaboração deste Relatório , em especial:

- LIDVINA HERR
- SUSAN BACK e MARIA TEREZINHA HONORÁRIO
- PACIENTES
- EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE CLÍNICA CIRÚRGICA DO H.U.
- FAMILIARES E AMIGOS
- DEUS.

S U M Á R I O

	PAG.
1. INTRODUÇÃO	04
2. RESULTADOS E AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE AÇÃO	09
3. CONCLUSÃO	49
4. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES	51
5. AVALIAÇÃO	53
6. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA E CONSULTADA	55
7. ANEXOS	59
1. Explicação sobre AIDS	60
2. Tabela 1 - Distribuição do nº de metodologia rea lizado por acadêmicas na Unidade de Interação Cirúrgica II do Hospital Universitário no período de agosto a novembro de 1988	64
3. Técnicas realizadas e não planejadas	65
4. Mensagem de reflexão aos funcionários	66
5. Patologias pesquisadas pelo grupo	67

1. INTRODUÇÃO

Nós, Cristiane, Jaqueline, Luzia e Mariana, acadêmicas da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, realizamos nosso projeto da VIIIª Unidade Curricular na Clínica Cirúrgica II, situada no 4º andar do Hospital Universitário da UFSC.

Nosso estágio teve início no dia 22/08/88, com carga horária de 220 horas, sendo desenvolvido no período matutino e vespertino com rodízio de duplas, conforme planejado, perfazendo um total de 300 horas das quais 41 horas foram destinadas para a elaboração do planejamento; 6 horas para seminário e 33 horas para elaboração do relatório.

Na primeira semana de estágio, as quatro acadêmicas permaneceram no turno matutino por ser um período de adaptação à unidade.

Este relatório representa o esforço conjunto de nós acadêmicas; da orientadora Lidvina Horr, professora do Departamento de Enfermagem da UFSC, e das supervisoras Susan Back e Maria Terezinha Honório, enfermeiras da Unidade Internação Ci-

rúrgica do H.U., UFSC, juntamente com a colaboração da equipe profissional, dos pacientes e familiares.

Por intermédio desse relatório, pretendemos avaliar a execução do planejamento, cujo objetivo geral foi: "Prestar Assistência de Enfermagem na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário, Utilizando a Relação Pessoa à Pessoa como Ponto de Referência."

Avaliação é a apreciação, medida, controle, é muito do que uma técnica, é um método que o indivíduo usa para determinar a extensão dos objetivos alcançados.

Todo planejamento pressupõe a conseqüente avaliação para verificação da viabilidade dos planos em termos de objetivos a alcançar. A avaliação requer o uso de técnicas de observação, registro e envolve a mensuração da qualidade do aprendizado ou da produção.

Quando avaliamos o nosso trabalho ou de outrem, nós vamos determinar o progresso obtido e quanto dos objetivos alcançados; dá-nos segurança e nos esclarece na definição mais clara e precisa de objetivos.²

Consideramos importante avaliarmos todos os nossos procedimentos, pois a avaliação nos dá condições para analisarmos o nosso desempenho, refletir a buscar novos rumos.

Ao avaliarmos o nosso trabalho, estamos determinando o progresso obtido e o quanto dos objetivos que foram alcançados; a avaliação se torna necessária para verificação da viabilidade do planejado.

Nosso cronograma sofreu algumas alterações, permitindo nossa participação no VI Encontro de Enfermagem Pediátrica, o qual foi bastante proveitoso, contribuindo para ampliar nos conhecimentos científicos. E a partir destes, programamos para os funcionários da UIC, uma explanação sobre AIDS, dando maior ênfase aos cuidados de enfermagem. Anexo 1.

Na fase do planejamento, a unidade dispunha de 39 funcionários. Ao longo do nosso estágio este número sofreu pequena alteração, diminuindo para 36 funcionários, devido há vá-

rios fatores, como: licença de saúde, transferência para outras unidades e pela não liberação da contratação de pessoal novo.

Mesmo assim, ainda apresenta maior número de pessoal do que o obtido pelas fórmulas de Feeldmann e Alcalá, usadas no planejamento. No decorrer do estágio pudemos observar que o número de funcionários é o suficiente, tendo condições de oferecer uma assistência de boa qualidade.

Os horários especiais para estudantes funcionários é bastante louvável, pois dá condições ao funcionário de aprimorar seus conhecimentos, mas vimos na prática que isto altera o dia-dia profissional, pois o H.U. não dispõe de pessoal para substituição do funcionário, sobrecarregando os demais do turno, o que nem sempre é aceito pelos mesmos.

Observamos também, uma pequena deficiência na relação de coleguismo entre os próprios funcionários; são bastante responsáveis pelas suas atividades, mas quando terminadas, não auxiliam os que para trás ficaram, prejudicando com isto o desempenho da equipe de enfermagem.

Todos nós temos nossas capacidades e limitações, devemos sobretudo, respeitar ao próximo, aceitá-lo como um ser individual, vendo-o como um todo e principalmente como membro ativo da equipe de enfermagem.

Todo enfermeiro deve ter uma boa capacidade de observação e principalmente de conhecer sua equipe e de perceber quais as condições de trabalho que os afetam psicologicamente.

A moral da equipe de enfermagem vai depender de uma boa e saudável política de pessoal. As boas relações são fundamentais para a marcha normal de qualquer setor de trabalho. Elas são as causas da satisfação dos funcionários, que a demonstram através da atitude de aceitação das normas do hospital e a evidenciam mostrando seu sentimento de pertencer a entidade, contribuindo para tornar os funcionários mais cooperativos, entusiastas e, até menos susceptíveis.

A média de permanência elevou-se um pouco com relação

ao apresentado no planejamento. A média de maio a outubro/88 foi de 14%. Isto pode implicar em adquirir uma infecção hospitalar, infecção cruzada. Para o paciente, torna-se aborrecido e chato e muitas vezes até rotulado pela própria equipe multiprofissional. Podendo também ocorrer o inverso, o paciente ser querido por todos, participar positivamente do cotidiano.

Observamos que pacientes, quando encaminhados à UTI, permanecem registrados no censo da unidade, visto que a UTI não faz o registro/censo. Com isto nem sempre teremos uma média de permanência real na unidade, pois o paciente permanece na UTI, e seu leito na unidade vago, não necessitando dos cuidados diários da equipe de enfermagem da UIC-II.

Como já descrevemos no planejamento, os pacientes permanecem maior tempo enternados, servindo para estudos de caso dos estudantes de medicina, e infelizmente constatamos a permanência prolongada de alguns pacientes, por negligência, falta de responsabilidade médica, acarretando em graves consequências para o paciente e sua família.

A taxa de ocupação também sofreu alteração comparada a apresentada no planejamento.

De maio a outubro/88, foi de 87,74%, não dando tempo suficiente para uma correta desinfecção dos leitos. Uma taxa de ocupação, implica também, no número de pessoal para o atendimento.

Se a T.O. for acima de 80%, implica em poucos leitos disponíveis aos pacientes de UTI e Emergência, e num maior desempenho de atividades da equipe de enfermagem, com possibilidade de diminuição da qualidade das mesmas.

Ao longo do estágio, percebemos a importância de um planejamento, visto que nos foi benéfico a utilização do mesmo, pois consiste na programação e organização das atividades que serão desempenhadas durante o estágio. É o ato de colocar em ordem e em condições de execução tudo o quanto se pretende realizar.

Obtém-se inúmeras vantagens ao planejar, tais como se

gurança e satisfação pessoal, menor desgaste físico, aumento de produtividade, uso adequado do tempo e melhor cuidado de enfermagem.

Para maior êxito no alcance dos objetivos programados, o grupo, juntamente com a orientadora e supervisoras, reunia-se semanalmente, afim de avaliar o desempenho e as dificuldades encontradas, contribuindo para um melhor direcionamento dos nossos objetivos.

Apresentaremos definições sobre relatório e avaliação, necessárias para a fundamentação do nosso relatório.

Segundo KRON,¹³ os "relatórios contém prova de efetividade das atividades do grupo e são fundamentais para a boa administração. Um bom relatório é essencial para a boa assistência ao paciente e conscientiza a administração dos problemas assim como o progresso de todos os funcionários."

Segundo a mesma autora, avaliação "deve ser um processo contínuo de análise de pontos positivos e negativos que você observa nas pessoas e em seu trabalho, de modo que possa encorajá-las a continuar a fazer um bom trabalho ou ajudá-las a melhorar nas áreas em que estão fracas."

Segundo PAIM,²⁰ avaliar em enfermagem, "significa fazer o levantamento ou averiguação dos resultados dos procedimentos de enfermagem, dos benefícios recebidos pelos pacientes, do desempenho das equipes de enfermagem, multiprofissional (de saúde) e administrativa."

Segundo DANIEL⁶, avaliar em enfermagem, "é fazer um levantamento ou verificação dos procedimentos de enfermagem utilizados e dos resultados obtidos no atendimento das necessidades básicas da pessoa humana."

No decorrer desse relatório, tentaremos mostrar com a maior satisfação, todas as atividades executadas pelo grupo.

2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram estabelecidos 5 objetivos, para os quais elaboramos uma justificativa, estratégias, aprazamento e avaliação.

Objetivo Nº 1

"Prestar assistência de enfermagem utilizando a metodologia do Hospital Universitário."

Este objetivo foi considerado alcançado, visto ter na 6ª semana assistido 48 pacientes, usando o método de assistência.

Para HORTA¹¹, assistir em enfermagem "é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar e ensinar, supervisionar e encaminhar à outros profissionais."

Estratégias:

Para alcançar o 1º objetivo, foram estabelecidos cinco estratégias que serão, a seguir, apresentadas e avaliadas o seu alcance ou não.

1.1. "Participar diariamente da passagem de plantão com registro das ocorrências mais graves ocorridas na unidade."

Consideramos bastante eficiente e de grande valia a passagem de plantão para o turno seguinte.

Nos dá subsídios para uma melhor interação com a equipe de enfermagem, uma visão global dos acontecimentos ocorridos na unidade, e condições de atuação imediata e necessárias.

1.2. "Visitar diariamente todos os pacientes da unidade, levantando e solucionando os problemas; dando ênfase aos dois pacientes escolhidos."

A partir da 1ª semana de estágio, o grupo acompanhou a visita diária juntamente com as enfermeiras da unidade, a fim de conhecer as rotinas da unidade e os pacientes.

Esse acompanhamento deu-nos a oportunidade de observar as funções do enfermeiro e o modo de proceder do mesmo durante uma visita. Também pudemos avaliar a recepção do paciente, perceber se a visita é considerada importante pelo paciente, um incômodo ou simplesmente algo de rotina, se há diálogo e uma relação de ajuda entre ambos, se o paciente sente-se livre para colocar seus problemas e se o enfermeiro é visto como alguém que está ali para ajudá-lo.

Observamos que o enfermeiro não tem a mesma receptividade por todos os pacientes e vice-versa, pois as mais diversas reações são encontradas, dependendo do nível sócio-econômico e principalmente cultural.

Muitos pacientes não conhecem e não distinguem as diferentes categorias na equipe de enfermagem, e depositam toda sua confiança somente na pessoa-médica.

Mas também tivemos a oportunidade de observar a aceitação, a confiança depositada pelo paciente na pessoa do enfermeiro, na sua capacidade profissional.

Pelo que pudemos observar, isto nos ajudou bastante para melhor procedermos a nossa visita diária. No início levávamos, em média, 1 hora e 40 minutos utilizando o roteiro de visita elaborado na fase do planejamento. No decorrer do estágio este roteiro continuou sendo utilizado mentalmente, pois as pessoas eram desenvolvidas de forma natural. E desta forma pudemos proceder a visita aos pacientes em 1 hora.

Durante a visita diária, utilizamos muito a 2ª etapa da relação pessoa-pessoa de Travelbee (de introdução e orientação), onde o enfermeiro e o paciente trabalham juntos para que obtenham a sua recuperação.

Através da visita, o enfermeiro pode levantar e avaliar as necessidades de cuidado do paciente e a partir daí tem condições de resolver os problemas do mesmo.

A visita diária foi uma experiência importante ao grupo, pois através dela, conhecíamos mais o paciente, o que facilitava a elaboração do plano de cuidados.

A relação pessoa-pessoa incluindo todas as etapas preconizadas por Travelbee, foram desenvolvidas com maior ênfase com os 48 pacientes de estudo.

Percebemos que no decorrer do estágio, os pacientes começaram a depositar confiança em nossa capacidade profissional, solicitando-nos para ajudá-los na resolução de problemas, desejos ou preocupações, o que nos alegrou, visto ser a resposta do paciente a semente que plantamos, (teoria da relação pessoa á pessoa).

"A linguagem é o instrumento essencial das relações humanas." ²

Em nossos diálogos sempre adequávamos nossa linguagem conforme a necessidade dos pacientes e funcionários, visto a linguagem ser tão importante, convém cercá-la de todos os cuidados possíveis, isto é, cada um deve aprender a servir-se de

la para melhorar as relações entre as pessoas, o que não consiste em saber falar bem o português, mas sim, saber falar no momento oportuno, utilizando os termos adequados à situação.

A interação enfermeiro x paciente é constituída essencialmente de comunicação, que é uma necessidade humana básica de atender e fazer-se entender.

O paciente quer e precisa ter um relacionamento pessoal com aqueles que o tratam e isto nem sempre acontece.

Segundo ROSA²⁶, o enfermeiro deve saber: "como e quando escutar, reconhecer e valorizar seus sentimentos, dar apoio, perguntar e contestar, conduzir a conversa através dos temas desejados pelo paciente e reconhecer o grande valor da comunicação que é o tato, a cortesia, a expressão e a atitude."

1.3. "Planejar a assistência no mínimo a dois pacientes, por acadêmica, desde a internação até a alta."

A partir da 2ª semana, escolhemos dois pacientes, de preferência, os que tinham acabado de se internar, e os pré-cirúrgicos, para procedermos o histórico, a evolução e a prescrição.

A prescrição de enfermagem é uma responsabilidade legal do enfermeiro, a partir da nova lei do exercício profissional, nº 7498, 1986.

Segundo DANIEL⁶, a prescrição de enfermagem "consiste na recomendação dos cuidados que, devem ser dispensados pelo enfermeiro e sua equipe, com base na determinação prévia das necessidades básicas afetadas."

A prescrição de enfermagem se baseava no levantamento de problemas do paciente, durante as visitas diárias realizadas pelo enfermeiro a cada paciente e nas anotações precedentes à visita, encontradas nas folhas de observações complementares de enfermagem e no prontuário.

Os dados não eram coletados de maneira sistemática e, muitas vezes, apesar de parecerem lógicos, não forneciam a ba

se necessária para a prescrição. Isto levou a necessidade de coletá-la sistematicamente de modo que a prescrição de enfermagem pudesse fundamentar-se nestes dados.

HORTA¹¹ apresenta em 1969 o histórico de enfermagem como sendo, "um roteiro sistematizado para o levantamento de dados que sejam significativos para a enfermagem sobre o paciente, família ou comunidade."

Após termos entendido este conceito, tornou-se possível a identificação problemas, dando oportunidade para analisá-los adequadamente e se chegar ao diagnóstico de enfermagem.

Sentimos dificuldades ao fazer os primeiros históricos; nossas entrevistas foram bastante demoradas e dependíamos muito do roteiro elaborado pela entidade. Dificuldades estas que foram superadas e aprimoradas a cada novo histórico por nós realizado.

Após termos alcançado este objetivo ao final da 6ª semana, continuamos com a assistência, a orientar os pacientes, a fazer históricos, visto as vantagens que oferece: permite interação do enfermeiro com o paciente, conduzindo ao diagnóstico de enfermagem, utilização de metodologia científica, cuidados profissionais, determinação de prioridades, facilita orientações e observações posteriores.

Foi recomendado no XVII Congresso Brasileiro de Enfermagem (1965) que, "a identificação das necessidades do paciente e o planejamento dos cuidados de enfermagem constituem áreas de responsabilidade exclusiva do enfermeiro."¹⁴

No H.U. está sendo seguida esta recomendação, mas na grande maioria dos hospitais isto não acontece, iniciando pela falta de utilização de uma metodologia científica, sem a qual se torna difícil tentar reduzir o ciclo da doença ou de amenizar a mesma.

Através da evolução de enfermagem, são anotados dados que permitam avaliar quanto ao resultado favorável ou negativo, ou seja, como a pessoa reagiu ao tratamento.

Para DANIEL⁶, a evolução em enfermagem "é o estudo ou

consideração contínua e progressiva das respostas ou reações do paciente, cliente, família e comunidade à assistência de enfermagem prestada."

A evolução dos resultados obtidos fornece dados para o estudo avaliativo da implementação dos cuidados de enfermagem.

No anexo 2 , encontram-se a relação do número de históricos, prescrição e evolução realizados por acadêmicos.

1.4. "Desenvolver procedimentos de enfermagem com registro da assistência prestada e das ocorrências".

Tivemos a oportunidade de realizar as técnicas planejadas conforme gráfico 1, bem como de outras técnicas não planejadas pelo grupo, que encontram-se relacionados no anexo 3.

Para nós foi bastante gratificante e valioso a opção pelo desenvolvimento de procedimentos de enfermagem, pois é praticando que se aprende e é desta forma que nos tornamos aptos e seguros.

Todo procedimento e toda observação deve ser registrado logo após a sua realização, e comunicado verbalmente, dependendo da urgência da situação.

DANIEL⁶, afirma que observação "é o ato, hábito ou poder de ver, notar e perceber; é a faculdade de observar; é prestar atenção para aprender alguma coisa; é examinar, contemplar e anotar algo através da atenção dirigida."

Observar significa tomar conhecimento por uma conduta apropriada; inspecionar ou tomar nota; ver ou sentir através da atenção dirigida, cuidadosa e analítica, estar atento.⁶

É através da observação que o enfermeiro conhecer o indivíduo, identifica seus problemas, determina as suas necessidades afetadas e prescreve o tratamento de enfermagem específico.

A observação contribui com informações para o diagnóstico e tratamento de enfermagem, ajuda a conhecer o paciente,

família e comunidade, auxilia a equipe multiprofissional na tomada de decisões específicas, verificar os problemas aparentes e inaparentes, planejar cuidados de enfermagem, analisar os cuidados prestados, regular a atividade do paciente de acordo com a sua capacidade, servir de base para qualquer anotação ou documentação, identificar as constantes mudanças.⁶

No início muitos detalhes escaparam á percepção devido a falta de habilidade em observar, porém a medida que buscávamos bibliografia e acompanhávamos os enfermeiros, desenvolvemos esta habilidade.

Consideramos de suma importância efetuar o registro da assistência prestada, visto ser benéfico, contribuindo com informações para o diagnóstico de enfermagem; para fazer o planejamento do plano de cuidados; serve de elemento para pesquisa; fornece elementos para auditoria em enfermagem; serve para a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, quanto à qualidade e continuidade; e de forma geral serve como fonte para a aprendizagem.

Para alcançarmos os objetivos, para algumas técnicas como a da tricotomia e a lavagem intestinal, tivemos que dispor de horários extras para fazer o acompanhamento de tal técnica, visto serem realizados conforme rotina do hospital ou prescrição médica,

1.5. "Proceder passagem de plantão"

É importante a cada troca de turno transmitir para a equipe de enfermagem, informações objetivas e concisas, pois é através da orientação prévia da equipe sobre o estado geral dos pacientes e das atividades a serem desempenhadas que caminharemos para um trabalho mais dinâmico e harmonioso.

A partir da 2ª semana de estágio, iniciamos com a passagem de plantão dos dois pacientes escolhidos para o estudo.

Não assumimos o plantão durante todo o período de estágio, dando oportunidade assim ao grupo da 7ª fase de enfer-

magem que se encontrava na unidade desenvolvendo o estágio de Administração e Liderança.

A partir da 5ª semana, procedemos a passagem de plantão de todos os pacientes.

Consideramos muito boa a passagem de plantão feita na Unidade Clínica Cirúrgica II; contribuiu para um melhor atendimento de enfermagem.

Conforme relato da enfermeira-chefe da Unidade, a passagem de plantão chegou ao nível em que está, após várias inovações e planejamentos.

DANIEL⁶ acredita que uma passagem de plantão planejada "é uma das partes essenciais da administração eficiente."

Nas primeiras passagens de plantão, ficávamos nervosas e inseguras. Com o tempo esta prática foi se tornando algo natural, não dependíamos mais das informações registradas nas folhas, pois já tínhamos um contato com o paciente.

Na responsabilidade de passarmos um bom plantão, informando a próxima equipe tudo o que foi realizado ou que deverá ser realizado, exigiu-nos a constante busca e atenção pelas coisas que aconteciam na unidade, ajudando-nos também a desenvolver o espírito de observação.

Em busca das informações, utilizamos todos os tipos de comunicação (verbal, escrita, telefonema...) com a equipe multiprofissional, exigindo-nos o conhecimento de todos os pacientes da unidade.

Devido ao nosso objetivo de prestar assistência de enfermagem aos pacientes, muitas vezes tínhamos certa dificuldade em estar a par de novas informações dadas pelo médico à enfermeira da Unidade, e devido ao grande número de acadêmicos que solicitavam ou desenvolviam cuidados junto ao paciente concomitantemente.

Resolvemos então que uma dupla se prestaria mais aos cuidados e observação ao paciente e a outra ficaria atuando no posto de enfermagem para inteirar-se nas ocorrências da

unidade, com posterior troca de informações. Percebemos que com esta estratégia melhoramos em muito nossa base de informações.

Ocorreu que éramos interrompidos e complementadas em algumas passagens do plantão, visto que ainda somos aprendizes e temos muito que aprender sobre liderança.

Para SECAF²⁷ a liderança "é uma responsabilidade do enfermeiro, pois ele deverá coordenar as atividades do pessoal da equipe de enfermagem. Na verdade o fato de trabalhar em conjunto com outros elementos, profissionais ou não, faz com que a liderança seja para o enfermeiro, a principal arma, ou seu ponto fraco."

Acreditamos que a prática e a vivência do dia a dia irão nos capacitar mais e mais para uma boa liderança e administração. De início o grupo analisou se as interrupções na hora do plantão fossem por falta de conhecimento, mas como éramos interrompidas, após termos dito o nome do paciente, com antecipações de informações que seriam dadas dentro de uma sequência com a repetição do caso, após conversas, chegamos a conclusão de que apesar da boa informação do grupo com as enfermeiras, havia esta falta de consideração e cooperação neste sentido. Achamos que as colocações deveriam ser feitas ao final de cada relato. Desta forma sentimos que não houve o respaldo entre o grupo e de alguns enfermeiros, nunca fomos questionadas ou "avaliadas" em relação ao nosso desempenho na passagem de plantão.

Conforme SECAF²⁷, "a enfermagem tem necessidade de líderes e é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam a liderança não só para o crescimento do trabalho de equipe."

Objetivo Nº 2

"Estabelecer relação pessoa à pessoa com os funcionários e pacientes da unidade, proporcionando momentos de reflexão."

Consideramos impossível o alcance em 100% desse obje-

tivo, visto ser bastante amplo e infinito, interligando-se muito com o sentimental, o perceber e com a sensibilidade do ser humano. A relação pessoa à pessoa, implica no aprofundamento dos conhecimentos até chegar a raiz da necessidade, requerendo maior disponibilidade de tempo.

Nós o consideramos parcial e alcançado, visto o esforço por nós desempenhados e parte disto podemos relatar e avaliar através dos resultados obtidos pelo resultado do questionário utilizado pelo grupo.

Aplicamos as 4 etapas da relação pessoa à pessoa de Trovelbee aos 48 pacientes, conforme o planejado.

Vimos na prática o desenvolver de cada etapa, na pré-interação, o grupo se deteve principalmente na seleção dos pacientes de estudo, partindo da avaliação das necessidades humanas afetadas.

Acreditamos que esta 1ª etapa seja de vital importância, pois dela depende as relações subsequentes.

Constatamos que a 1ª e 2ª etapas da relação pessoa à pessoa, são as mais difíceis, exigindo-nos muitas vezes diferentes táticas para iniciar uma relação.

Muitas vezes, o paciente chega na unidade ainda com o impacto da separação da família, por estar em lugar desconhecido, ser de longe e ou corrente financeiramente, com limitação das visitas que lhe dariam apoio nos momentos difíceis.

Em decorrência disso o paciente no primeiro momento da relação, ou seja, na etapa de pré-interação, introdução e orientação, mostra-se introvertido, obstáculo este que dificulta o início de uma relação.

Percebemos a presença desses obstáculos em alguns pacientes e como tentativa para amenizá-los, acompanhávamos o paciente até quarto, identificávamo-nos e colocávamo-nos à disposição para qualquer necessidade, bem como toda a equipe de enfermagem, explicávamos as rotinas do setor e em seguida fazíamos o histórico de enfermagem, com o qual obtínhamos o primeiro diálogo.

Agindo desta forma, conseguimos bons resultados, visto que a partir daí, o paciente começa a sentir-se mais a vontade com a nossa presença.

Na 3ª etapa - definição de identidades, percebemos um gradativo aumento e aprofundamento da relação como paciente. Passamos a nos conhecer melhor, superando assim os obstáculos inicialmente encontrados.

Observamos com essa etapa, os pacientes se encontravam mais descontraídos, com maior liberdade para o diálogo, de expor seus problemas ou de desabafar, de perguntar, de expor suas dúvidas com maior naturalidade, relatando muitas vezes experiências sofridas anteriormente a autoconsciência, o que o enfermeiro significa para o paciente e o paciente representa para a enfermagem são básicos para uma interação satisfatória.³

Procuramos sempre agir de modo que o paciente não criasse dependência, visto que nesta etapa já havia uma maior relação entre nós acadêmicas e o paciente, o que facilmente poderia levar o paciente à dependência.

Com a aproximação da alta ou transferência, caminhávamos para a 4ª etapa da relação pessoa à pessoa em que ocorre o término da relação, para a qual preparávamos o paciente. Nesta etapa percebemos que seria preciso um bom diálogo com o paciente, para que o término ocorresse de modo gradativo, sem afetar o lado psicológico devido a separação.

Portanto, estabelecemos, mantemos e terminamos a relação de pessoa à pessoa com os pacientes e funcionários.

A relação pessoa à pessoa preconizada por Trolbee é de vital importância ao paciente, visto que o desenvolvimento dessa relação quando bem planejada ocorre de forma natural e espontânea.

Uma das características da relação, é que o enfermeiro e paciente, trocam experiências e modificam seu comportamento.³⁰

No desempenho de sua profissão, o enfermeiro vê-se na

contingência de executar muitas atividades, como preencher a demanda de cargos administrativos, participar de atividades burocráticas e educativas, manipular eficientemente múltiplos e complexos aparelhos e outros mais. Tudo feito a fim de dar melhor atendimento de enfermagem, porém contribuindo para aumentar a distância entre o enfermeiro e o paciente.⁶

Desta forma, vemos a necessidade e a importância da relação pessoa à pessoa, que favorece a aproximação entre o enfermeiro e o paciente a fim de proporcionar momento de auto-avaliação, reflexão e descontração entre a equipe de enfermagem, colocávamos mensagens em locais estratégicos e nos frequentados. Percebemos que a leitura dos mesmos pelos funcionários eram feitas no decorrer de todo o período de trabalho. Em consequência, muitos relatos surgiram em relação a importância de mensagens que reaviram o lado humanitário das pessoas, e quando estimulam a pessoa a enfrentar mais um dia de trabalho.

Uma destas mensagens mais elogiada, está registrada no anexo 4. Acreditamos que a "reflexão encoraja o paciente e funcionário a aceitar como parte de si próprio as suas idéias e seus pensamentos. A enfermeira deverá indicar que é o ponto de vista do paciente que tem valor. Assim ela dará a ela o direito de ter opiniões, tomar decisões e perguntar sobre si próprio.¹⁰

Para alcançar o 2º objetivo, foram estabelecidas cinco estratégias que serão a seguir apresentadas e avaliadas o seu alcance ou não.

2.1. "Explicar sucintamente aos funcionários a relação pessoa à pessoa."

Desenvolvemos esta estratégia para com os funcionários após a passagem de plantão, aproveitando a presença do pessoal do turno vespertino e matutino.

Procuramos explicar recentemente as 4 etapas de relação pessoa à pessoa, ficando cada acadêmica com 1 etapa. A relação pessoa à pessoa de Tovelbee, para nós é compreendida

após aprofundamento teórico.

Tivemos certas dificuldades durante a primeira apresentação desta teoria, principalmente para se adaptar ao nível de linguagem, devido a presença de níveis de formação diferentes (enfermeiros, alunos, técnicos, auxiliares e auxiliares de saúde). Mas estas dificuldades foram um desafio ao grupo e se viu de aprendizagem, pois em nossa vida futura frequentemente nos depararemos em situações semelhantes, tendo que satisfazer da melhor forma possível.

Nem todos os funcionários compreenderam tão facilmente esta teoria e houve a necessidade de dialogarmos individualmente para uma melhor compreensão de todos.

Novamente nos deparamos com a comunicação, que segundo DANIEL⁵, "é meio essencial para estabelecer o relacionamento interpessoal, o qual irá contribuir para uma melhor cooperação entre o enfermeiro, paciente e família."

Acreditamos que "a eficácia da comunicação acaba por provocar, a curto longo prazo, uma mudança no modo de pensar, sentir ou atuar de uma pessoa."²¹

Em alguns funcionários as mudanças em relação ao paciente e ao próprio grupo de trabalho se procederam de forma mais rápida e visível, porém pelo fato de trabalharmos com pessoas distintas, cada qual com limitações e características acreditamos que a manifestação da mudança em alguns funcionários serão alcançadas a longo prazo.

Partindo da afirmação de que os homens agem sobre o mundo, modificam-no e, por sua vez são modificados pelas consequências de sua ação, é importante se verificar que, num relacionamento, o enfermeiro pode produzir mudanças consideradas relevantes ou cria conflitos e confusões.¹⁵

Em resumo, a comunicação facilita o ensino da saúde, contribui para o intercâmbio com os outros membros da equipe e de enfermagem.

2.2. "Dialogar com os funcionários da Unidade durante

a realização das atividades."

Este aspecto sempre estava bem presente em nossas mentes e metas; tivemos a oportunidade de dialogar com todos os funcionários durante a execução de suas atividades, nas quais pudemos corrigir, orientar e incentivar. Para iniciarmos esta atividade porém, tivemos que consultar certas bibliografias a fim de aumentar nossos conhecimentos teóricos.

Como todos os seres humanos são diferentes uns dos outros, tivemos aceitação imediata por parte de alguns funcionários e resistências por parte de outros. Resistência esta que nos exigiu tomar novas estratégias para cativar tal pessoa e desta forma conseguimos no decorrer da nossa atuação na unidade, manter uma boa relação com a equipe de enfermeiros.

"A mola mestra que leva a equipe de enfermagem e os pacientes a compreender o valor da enfermagem planejada é a comunicação." ⁶

A comunicação facilita o ensino da saúde, contribui para o intercâmbio com os outros membros da equipe de saúde e estimula o paciente a participar ativamente no seu tratamento." ⁶

O relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem, visa melhorar o convívio humano favorecendo um bom andamento do trabalho, um bom ambiente e a união do grupo.

Em todo o contato pessoal, seja ele oral ou escrito, há um processo de comunicação que poderá ser positivo ou negativo.

Um bom sistema de comunicação não se limita a prestar informações, deseja o diálogo e a circulação de idéias." ⁶

²²
Segundo RIBEIRO, "nós nos comunicamos com as pessoas pela maneira como conversamos, como sentamos, pelos gestos e expressão facial, portanto, continuamente comunicamos uma mensagem através de todas as nossas atitudes.

2.3. "Participar das reuniões e palestras já programadas pela Unidade."

Tivemos a oportunidade de participar de uma reunião programada pela chefia da unidade para todos os funcionários da unidade. Esta contribui bastante para o nosso aprendizado.

Pudemos constatar a necessidade do planejamento de uma reunião, a importância da colocação e distribuição dos itens elaborados; de dirigir a reunião para descontração, deixando assim, o pessoal com liberdade para expor o que pensam.

2.4. "Proceder feed-back por meio de conversas informais com os pacientes."

Nosso feed-back para com os pacientes, consideramos bastante produtivo, dando-nos oportunidade de conhecer melhor o paciente, seu meio, suas necessidades, seus anseios.

Tivemos várias experiências maravilhosas que nos asseguram um bom trabalho realizado. Para nós acadêmicas foi o que mais nos dignificou. Foi o ponto mais alto do nosso estágio. Por detrás dos pacientes está todo orgulho da profissão que alcançamos. Saber que um olhar, um aperto de mão, um carinho ou uma conversa no meio de um sorriso, conseguimos transmitir ao paciente aquilo que ele muito precisa e espera quando está acomodado no leito de um hospital, e que dificilmente alguém fará isso por ele. Os pacientes sentem-se fortes diante de atitudes, que aparentemente parecem simples mas que saíam somente de um enfermeiro de sentimentos humanos.

Os pacientes precisam de tempo, na maioria das vezes é um minuto ou dois, também precisam ser olhados nos olhos para que ele sinta que alguém os está enxergando e não olhar somente a condição de paciente, doente e acamado. Outra forma de comunicação foi o empréstimo de livros, mensagens por meio de cartões, com idéias otimistas para os auxiliarem na recuperação. E eles sentiam-se profundamente agradecidos.

É através da habilidade de perceber e comunicar que o homem enriquece o seu referencial de conhecimentos, obtém satisfação das suas necessidades, transmite sentimentos, satis-

fação das suas necessidades, transmite sentimentos e pensamentos, esclarece, interage e conhece o que os outros pensam e sentem.

Quando estamos num processo comunicativo esperamos "respostas" do receptor (paciente). Essas "respostas" não são necessariamente verbais. Um gesto de mal estar, cansaço, aborrecimento, um balançar de cabeça, revelam a participação de nosso receptor. Esses sinais ou dados devem ser percebidos pela fonte (enfermeiro).

Quando orientamos um paciente sobre a importância dos exercícios respiratórios e ele pergunta o que é fisioterapia, concluímos o desconhecimento do termo por parte do paciente.

Se tomarmos esse dado e reformularmos a mensagem, explicando o que é fisioterapia respiratória, como se deve proceder e qual a sua importância, estaremos transformando esse dado em feed-back.

Portanto, nesse caso o "feed-back" é o uso da reação do receptor pela fonte, para verificar a sua eficiência como fonte e para guiar suas ações futuras.

Muitas vezes são necessários malabarismos e acrobacias mentais para dar novo tratamento as mensagens, após um feed-back não reforçador.

Estabelece-se através do "feed-back" uma estreita interdependência entre a fonte e o receptor. Ocorre controle recíproco e simultâneo. Quando os dados não são claramente expressos, a reação pode ser simplesmente um bocejo, um olhar distraído, uma conversa paralela.

Se o dado não for apanhado e analisado, permanecerá apenas com uma conversa paralela.

Se o dado não for apanhado e analisado, permanecerá apenas como uma reação e não chegará a constituir um feed-back.

Para chegar a "feed-back" a reação deverá ser utilizada, na avaliação do processo comunicativo pela fonte.²²

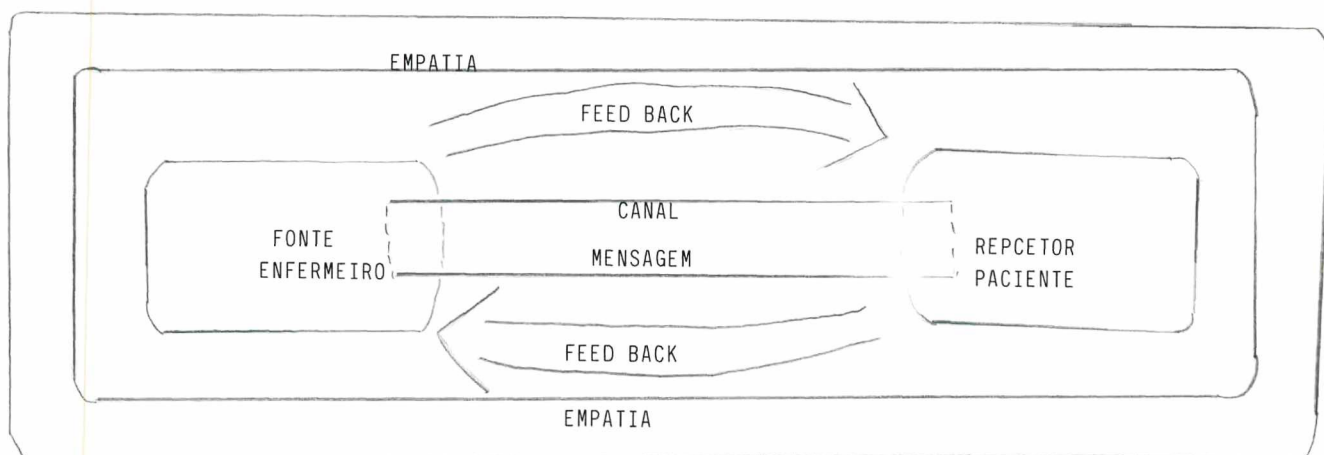
No processo comunicativo entre duas pessoas, alimen-

tam-se certas expectativas um do outro, fazem-se predições quanto aos comportamentos e atitudes de um e de outro.

Nossas expectativas na comunicação precisam ser dilineadas levando em conta mais que os simples comportamentos manifestados pela paciente, mas também, seu estado interno suas crenças, seus significados, suas respostas veladas.

Se conseguimos isso e orientamos nossa comunicação nesse sentido, estamos desenvolvendo situações empáticas conforme figura I.

Figura I - Elementos constitutivos do processo de comunicação.



Fonte: REZENDE,²² Ana Lúcia M. O processo de comunicação como instrumento da enfermagem. Enf. Novas Dimensões. 2(2): 98-111, 1976.

Segundo REZENDE, empatia pode ser definida "como a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, de projetarmos dentro de sua personalidade para chegarmos às expectativas dele em relação a nós como fonte e delineararmos o que podemos esperar dele."

O questionário realizado pelo grupo foi distribuído entre a equipe de enfermagem na 12ª semana de estágio.

Quando iniciamos o estágio, a equipe de enfermagem com punha-se de 39 funcionários. Devido a ausência por férias e demissão, compõem-se atualmente de 36 funcionários.

Aplicamos 20 questionários para o turno matutino e ves pertinom estabelecendo uma data para a entrega.

Apesar da prorrogação da mesma, dos 20 questionários aplicados, foram nos devoldios 7.

Em relação a 1ª questão: "O que você acha do trabalho que executa?" 6 responderam gostar do seu trabalho e 1 não se manifestou.

Em relação a 2ª pergunta: "Como você vê a atuação das estagiárias na unidade?" 100% dos questionados consideraram po sitiva a atuação das estagiárias.

Em relação a 3ª pergunta: "Um grupo de estagiários , mesmo aprendendo na unidade, auxilia a equipe de enfermagem na execução das atividades?" 100% das respostas acharam válida a atuação das estagiárias, referindo trazerem benefícios para a equipe.

Em relação a 4ª pergunta: "O que você acha da equipe de enfermagem adotar a relação pessoa à pessoa no seu trabalho?" 5 dos 7 que responderam consideram necessário a relação pessoa à pessoa, sendo algo muito válido e 2 não se posicionaram.

Em relação a 5ª pergunta: "O que entende por relação pessoa à pessoa?" Todos responderam, sendo que 5 souberam con ceituar a relação e 2 não conceituaram,

Entre as respostas mais completas, citamos a seguinte: "Entendo que seja uma relação de sentimentos, associados á razão humana que busca a interação com outro indivíduo de forma a ter sucesso no conhecimento um do outro para estabelecer-se uma relação de ajuda e crescimento pessoa."

Consideramos positivo o recebimento destes 7 questioná rios, os quais já responderam as expectativas do grupo.

Diante desse fato o grupo elaborou duas hipóteses:

- falta de habilidade do grupo em motivar as pessoas;
- ou seria devido a falta de motivação e importância que os enfermeiros da unidade, deram ao assunto, visto que dos 5 enfermeiros, somente 2 responderam.

Através da empatia, conhecemos melhor as pessoas e de alguma forma, nos fornece dados de diagnóstico, da receptividade das nossas mensagens, do sucesso de nossa comunicação.

Como profissionais de saúde, interessamo-nos pelo homem sadio ou doente, interagindo na família e na comunidade.

Na unidade sentimo-nos como agentes de mudança e de questionamento para a equipe de enfermagem, provocando conseqüência, crescimento da mesma.

2.5. "Proceder com respeito e solidariedade com os familiares, equipe de saúde e colegas."

"Aquele que sabe que deve fazer o bem e não o faz, nisso está pencado."

Tg. 4:17.

O que para nós é bastante gratificante além do conhecimento teórico-prático, foi a capacidade de desenvolvermos com a equipe de enfermagem, pacientes e seus familiares, uma relação de coleguismo e com alguns até laços de amizade.

FERLIC citando FROMM, "o amor no relacionamento paciente-enfermeiro, ajuda o outro a se libertar e criar uma abertura."

O respeito é construído sobre a liberdade pessoal de independência do paciente.

GOBBI citando WARNER diz que "as pessoas da família agem de modo a prejudicar o tratamento. Ainda aqui é preciso saber reconhecer tais atitudes e procurar um modo de contorná-los, diminuindo, assim a ansiedade, conseguindo maior cooperação e criando um ambiente mais agradável.

Objetivo Nº 3

"Aprofundar conhecimento teórico-prático, relacionado

com problemas urológicos, vasculares, proctológicos e ginecológicos."

Este objetivo foi considerado alcançado, visto termos realizado estudos sobre as patologias acima citadas, as quais se encontram descritas no anexo 5.

O enfermeiro é acima de tudo um educador de saúde, e para isto é necessário ter conhecimentos teórico-práticos. Através do embasamento teórico, conhecemos melhor a patologia, de como se processa e a razão dos cuidados.

A enfermagem como ciência tem o seu saber teórico-científico e também o senso comum. Ela acredita na pessoa como um todo. Havendo desequilíbrio de algum dos sistemas orgânicos, poderá haver interferências em outras áreas orgânicas ou mesmo desequilíbrios de ordem social, nutricional e outros.

Temos que contribuir para que se estabeleça o mais rápido possível a homeostase ou seja, o meio interno modificado pela doença, partindo assim para uma assistência de enfermagem fundamentada a fim de atender de forma científica as necessidades básicas afetadas.

Mas capacitando a desenvolver o raciocínio lógico da fisiopatologia da doença.

O conhecimento da teoria faz com que o enfermeiro se atualize, mantendo uma ampla gama de conhecimentos.

A relação entre a teoria e a prática, dá condições do enfermeiro de ensinar sua equipe de trabalho.

A prática fundamentada na teoria só poderá resultar numa boa assistência.

Sentimo-nos apoiadas na prática pelo estudo teórico o qual impede quando a rotina nos torne automáticos, com perda das características profissionais.

3.1. "Pesquisar em livros específicos as patologias anteriormente referidas."

Através de estudos e pesquisas é que a enfermagem tem conseguido a sua evolução.

No mundo em que vivemos onde a tecnologia impera, não se admite mais que a enfermagem participe do mesmo, de uma forma passiva. Principalmentenos hospitais-escolas, ela precisa participar mais efetivamente.

A fundamentação científica é buscada principalmente nas ciências naturais (anatomia, fisiologia, microbiologia , patologia), e nas ciências sociais (psicologia, sociologia, antropologia).²¹

Realizamos estudos em livros de medicina para melhor conhecimento da patologia, e em livros de enfermagem, visando assim a busca do conhecimento da assistência de enfermagem.

A oportunidade que tínhamos de assistir as aulas dadas pelos professores de medicina sobre as patologias, nos auxiliou muito no aprendizado, despertando maior interesse e conduzindo-nos ao raciocínio.

A pesquisa é extremamente necessária para melhorar a assistência e para o avanço da profissão. Em enfermagem, além de ajudar a solucionar os problemas, aponta novos fatos acerca de um fenômeno e proporciona a construção de novos modelos assistenciais com bases científicas e com enfoque ao ser humano, integral, corpo, mente e espírito.

A atividade de pesquisa é exigente pois requer conhecimento amadurecido e sedimentado em áreas específicas do saber, ademais, exige tradição para um trabalho planejado, metuculoso e com permanente intercâmbio de informações, requer, também, condiçõesb básicas que começam na própria qualificação científica, técnica e ética do pesquisador, além do indispensável apoio institucional, financeiro e administrativo e, sobretudo, definição de prioridades. Os resultados obtidos na pesquisa devem enriquecer o ensino, seja para incorporar conhecimento novo, ou mesmo para rejeitar os achados.²¹

É a curiosidade, bem como a insatisfação do homem com

o conhecimento como definitivo e o fazem procurar investigar seus fundamentos ou rever sua solidez.²²

3.2. Executar procedimentos práticos.

Como ponto de orientação para alcançarmos esse objetivo, listamos algumas técnicas que achamos importante serem praticadas.

Tivemos dificuldade para alcançar o número mínimo de algumas técnicas estabelecidas previamente devido a sua pouca frequência durante o turno em que estagiávamos. Para isso foi necessário a disposição de horas extras, para que o grupo pudesse alcançar seus objetivos, e tivesse a oportunidade de praticar e ou acompanhar estas técnicas.

Todas as técnicas executadas e/ou acompanhadas eram consideradas um meio de aprendizado e de aperfeiçoamento para o grupo.

Acreditamos que a prática fundamentada na teoria produz resultados mais seguros e diante dessa crença, procurávamos compartilhar informações quando acompanhávamos ou auxiliávamos os funcionários durante a realização de certas técnicas.

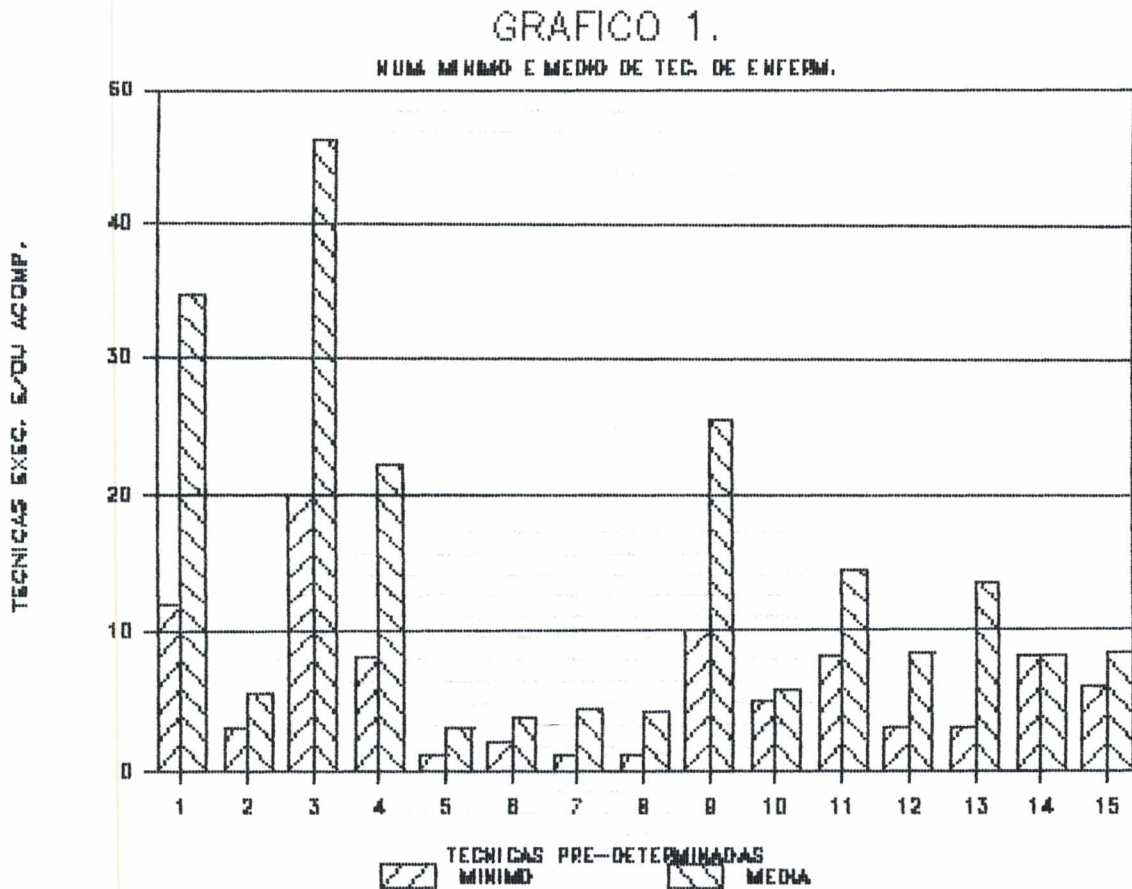
Percebemos que a medida que praticávamos as técnicas, adquiríamos maior segurança e condições de auxiliar e aconselhar os funcionários da unidade.

Acreditamos que um bom enfermeiro é aquele que põe a "mão na massa" e executa a fim de auxiliar e/ou educar a sua equipe quando necessário.

Não praticamos somente as técnicas listadas no planejamento, mas executamos e acompanhamos várias técnicas não planejadas pelo grupo, os quais estão relacionados no anexo 3. Já que a Unidade Clínica Cirúrgica II é um local rico em oportunidades para desenvolvimento de destreza manual e habilidades técnicas.

Conforme o gráfico, preterminados o número de execuções e/ou acompanhamentos de determinadas técnicas, porém rea

lizamos mais que o número mínimo estabelecido para que adquiríssemos melhor aproveitamento e habilidade, procurando contudo sempre manter o bem estar do paciente, explicando o que iríamos fazer.



Para que pudéssemos desenvolver e alcançar este objetivo, tivemos boa colaboração da equipe de enfermagem. As técnicas pouco praticadas pelo grupo eram acompanhadas pelas supervisoras durante a primeira realização.

Objetivo 4

Estimular o auto cuidado, interpretando as condições do cliente para o mesmo e suas respostas aos cuidados prestados.

NEVES¹⁷ define auto-cuidado como "a prática de atividades que indivíduos desempenham em seu próprio benefício, afim de manter a vida, a saúde e o bem estar.

Tais atividades são aprendidas e têm relação com crenças, hábitos, e práticas que caracterizam a maneira cultural de vida do grupo ao qual o indivíduo pertence. O desempenho de tais atividades envolve uma decisão, uma escolha.

Essas definições de OREM admitem que auto-cuidado é um comportamento auto-iniciado e auto-dirigido, o qual implica em um papel ativo, ao invés de passivo, do indivíduo; contudo qualquer fator interno ao indivíduo que interfira no seu conhecimento ou habilidade de se engajar nas atividades de auto-cuidado.

Auto-cuidado à saúde representa muito mais do que a capacidade do indivíduo de fazer "coisas" por si e para si mesmo.

Toda pessoa quer ser reconhecida como um indivíduo, com certas habilidades, bem como certas limitações. Todo mundo quer sentir que é importante para alguém.¹³

Segunda a autora, a enfermagem deve ser o agente que possa instruir e estimular o auto-cuidado nos pacientes.

Durante o estágio, o grupo percebeu que o momento mais propício para o início do auto-cuidado, era quando nos encontrávamos na 3ª etapa da relação pessoa à pessoa, devido a abertura do paciente em relação ao grupo, o que facilitava a aceitação da orientação.

Dávamos as orientações sobre o auto-cuidado, a medida que o paciente possuía condições de realizá-las, evitando desta forma que o mesmo se apegasse ou passasse a depender de

nós.

Acreditamos que o auto-cuidado é muito importante ao paciente, pois cada indivíduo de uma forma ou de outra procura ser útil e sentir-se útil para si e para os outros. E desta forma os pacientes reagiam frente a situação em que se encontravam e participavam para o seu restabelecimento.

Segundo NEVES,¹⁷ auto-cuidado "é o comportamento que a pessoa deliberada, responsável e eficazmente desempenha em seu próprio benefício para assegurar a vida, manter e promover a saúde."

Já KEARNEY & FLEISCHER afirmam que "o indivíduo precisa de fatores indicadores para o auto-cuidado: atitude de responsabilidade para consigo mesmo; motivação para cuidar de si; aplicação do conhecimento para o auto-cuidado; valorização das prioridades em saúde: elevada auto-estima."¹⁷

Alguns pacientes necessitavam obrigatoriamente receber orientações sobre o auto-cuidado. Ex.: os colostomizados. Era-lhes orientado e ensinado como manusear a bolsa de colostomia, com posterior supervisão, devido o permanente convívio do paciente com essa prática em sua vida futura.

4.1. Acompanhar é orientar os pacientes durante a sua permanência na unidade quanto ao auto-cuidado, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

O grupo dentro das necessidades afetadas de cada paciente, orientou sobre os cuidados de enfermagem que este poderia fazer sem a presença.

Principalmente em técnicas simples que não exigiam muita complexidade por parte do paciente. Tais como banho de leito, higiene oral.

Sempre que orientávamos um paciente, para o auto-cuidado explicávamos o porque, como, o que. Com esse método conseguimos êxito, pois os pacientes ficavam realmente interessados em executar o que lhes foi orientado. Ex.: Importância de

exercícios respiratórios com uso de luva.

Outro ponto importante ao orientar um paciente para o auto-cuidado é fazer primeiro a técnica para que ele possa ver e aprender.

Em segundo lugar, solicitar que ele faça em nossa presença para garantir se realmente aprendeu a repetir a explicação sempre que necessário.

Foi uma boa tática, pois ao entrar em quartos de certos pacientes eles queriam mostrar para a gente e para o paciente do lado, que aprenderam fazendo a técnica e já querendo também ensinar. O bom enfermeiro age dessa forma. Quando alguém perde sua mão com o qual comia, o enfermeiro prepara, ensina e adapta o paciente a comer com a outra mão e não começa a dar-lhe a comida na boca. Isso é tornar o paciente reabilitado que é o caminho final do auto-cuidado.

Portanto o auto-cuidado prepara o paciente para a independência e com isso aumento o relacionamento interpessoal que é tão importante entre dois seres humanos.

Com a relação de ajuda, o paciente sente-se a vontade para expor seus problemas e tensões e assim o enfermeiro passa a conhecê-lo melhor, podendo dar um atendimento bem mais eficiente e individual.

Constatamos que o paciente quando parte para o auto-cuidado, tem uma recuperação bem mais rápida do que outro que não aceita e não a prática.

4.2. "Explicar aos pacientes os procedimentos a serem executados e orientá-los quanto ao regime de solicitação na pré-operação."

Antes de executarmos qualquer procedimento de enfermagem, por menor e mais simples que fosse, sempre explicávamos primeiro ao paciente, pois ele tem o direito de saber o que vão fazer com seu corpo.

Isso gera segurança e cooperação por parte do paciente, facilitando assim o trabalho do enfermeiro.

Vimos que na orientação quanto ao regime de solicitação no pré-operatório com a supervisão do mesmo no pós-operatório, é feito pela enfermeira da SRPA, porém nós acadêmicas auxiliamos reforçando os cuidados e informações e também exigindo no pós-operatório.

Os pacientes respondem muito bem, uma vez que era só perguntar o que explicamos a eles antes de ir para cirurgia, que já respondiam fazendo a técnica e também já sabiam explicar porque precisavam fazer tal procedimento nesse momento, ainda tão crítico que é o pós-operatório.

4.3. Acompanhar e orientar os familiares para o autocuidado para que haja um incentivo e participação na recuperação do paciente.

Consideramos ter sido bem abordado por nós, pois tínhamos ciência da necessidade de incluir a família para auxiliar na recuperação do paciente.

Um paciente quando tem o apoio da família, sente-se fortalecido e mais seguro diante das circunstâncias que precisa passar no hospital.

O hospital sempre é um trauma para o paciente, ainda mais quando precisa submeter-se a uma intervenção cirúrgica como é o caso da unidade onde estagiamos.

Por tudo isso, vimos a importância da família também participar quer no sofrimento, quer na alegria do paciente.

Diante dessas perspectivas, o grupo deu bastante ênfase para incluir a família na recuperação do paciente, conversando com a família explicando a situação do paciente, os cuidados que ele precisa ter no hospital e depois quando for de alta. Querendo os familiares, muitas vezes, chegamos a detectar a etiologia da doença, em diálogo franco e amigável com famí

liares.

Também percebemos, como os familiares se achegavam muito a nós para conversar a respeito do paciente internado, ouvir explicações do seu problema, interessando-se mais com o paciente como um todo.

Objetivo 5

Coordenar a assistência de enfermagem na unidade.

O elogio sincero faz com que a pessoa se sinta importante, estimulando-a continuar um bom trabalho.

Acreditamos que um bom relacionamento humano, visa principalmente melhorar o convívio entre as pessoas, evitando atritos, incompreensões, ressentimentos, oposições, agressividade e procurar criar um ambiente de cooperação, compreensão, cordialidade e tolerância que favorece o bom andamento de um trabalho.

O coordenar muitas vezes é confundido com o comandar. Para que isso não ocorresse, o grupo buscou a sua definição.

Segundo CAMPOS⁴, comandar é fazer, o pessoal desempenhar a sua função, é dirigir o pessoal.

Coordenar é ligar, unir e harmonizar todos os atos e esforços, é fazer convergir todos os esforços na mesma direção, é ajustar todos os esforços imprimindo-lhes unidade de ação.

Com essa idéia bem clara em nossas mentes, sentimo-nos mais seguras no início dessa nova atividade.

Acompanhar um funcionário é proporcionar-lhe a oportunidade de novas experiências e/ou aumentar seus conhecimentos e habilidades. Acompanhar um banho, mostrar ao funcionário que a importância não está somente em dar o banho, mas também em proporcionar oportunidade para que o paciente fale de seus problemas, tensões, temores, medos, com alguém que seja capaz

de ajudá-lo, bem como, observar anormalidades.

5.1. Acompanhar, orientar e auxiliar os funcionários na execução de suas atividades; supervisionar a assistência prestada; fazer a distribuição das tarefas por dia entre a equipe.

Segundo NERY,¹⁶ a supervisão "é um método efetivo para determinar as melhores formas de atingir os objetivos comuns."

NERY¹⁶ citando FELDMANN, diz que "a supervisão é uma função que dirigem o trabalho de um grupo para atingir a um fim."

RODRIGUES, referido por NERY,¹⁶ descreve a superviãõ co mo "uma função administrativa, consistindo num conjunto de atividades com o fim de contribuir para que as ações planejadas se cumpram, conforme normas determinadas pela instituição."

NERY¹⁶ citando RIBEIRO conceitua a supervisão como "uma função de planejamento contínuo, cujo objetivo é melhorar a produtividade e promover o bem estar do pessoal e citar que na enfermagem a supervisão embora se centralize no pessoal , sua meta porém é a atenção ao paciente.

NERY¹⁶ citando PERRODIN, mostra a comunicação como meio principal para desenvolver, orientar e assessorar, sendo portanto a chave da realização de um trabalho efetivo de supervisão. Deve-se porém manter abertas as vias de comunicação a fim de que as informações possam fluir sem interferências em todas as direções.

Para pudermos dar continuidade à esse objetivo, tivemos que esclarecer com os demais membros da equipe, um clima de confiança que foi objetivo por meio da atuação do grupo, a fim de conseguir demonstrar que somos capacitadas para assistir o doente.

A história de toda a civilização, desde os tempos mais

remotos, demonstra que sempre se tem reconhecido a necessidade de supervisão.⁸

Visto que a supervisão requer boas relações humanas entre a direção e o pessoal de enfermagem, foi-nos de grande valia à aplicação da relação pessoa à pessoa, com a equipe de enfermagem desde o início do estágio, pois desta forma a equipe e o grupo puderam atuar juntos e com maior união e compreensão.

Durante a supervisão acompanhamos e auxiliamos os funcionários durante a execução de suas atividades. A fim de orientá-los, tivemos que rever algumas bibliografias em relação às técnicas e a doença na qual o paciente se encontrava. Com esta tática, o grupo adquiriu maior segurança, e maiores meios de argumentação do porque da técnica ser feita de um jeito e não de outro. A orientação prestada pelo grupo, foi dada de diversas formas. As vezes utilizamos a comunicação oral direta, e as vezes orientávamos demonstrando, de acordo com a situação.

Também fizemos a distribuição de certas tarefas conforme a necessidade. Durante a execução dessa estratégia, vimos como é difícil ao enfermeiro que supervisiona a unidade fazer esta distribuição, principalmente na falta de funcionários. Ao fazermos a distribuição de tarefas, sentimos pouca flexibilidade em certos funcionários principalmente quando se trata de técnicas executadas pelo auxiliar de saúde. Para o alcance desse objetivo, o grupo usou "táticas" diversas, tais como explica ao funcionário a importância da realização da técnica para o paciente, de que cada funcionário faz parte de uma equipe e como tal devia se caracterizar. Percebemos que a comunicação, o diálogo e a reflexão são meios essenciais para o êxito desta atividade.

5.2. Avaliar e controlar a qualidade e quantidade do material permanente e de consumo da unidade, e se indicado solicitar o que está em falta.

O controle do material de consumo a partir de março deste ano, está sendo feito nas próprias unidades, visto que com a mudança da chefia o almoxarifado não assumiu esta função na prática.

Este controle é feito do seguinte modo:

Cada unidade possui uma quantidade "X" do material para gastar conforme sua necessidade. Este material é controlado e conferido por uma funcionária (Lúcia) as 2ª e 5ª feiras.

Ex.: Se na clínica cirúrgica o padronizado é de 10 caixas de agulhas, e no momento da checagem só há 5 caixas, a unidade só receberá 5 caixas para completar o estoque.

Houve a implantação deste novo sistema, pois encontrase nas unidades muito material que pouco era usado, ou com data de validade vencida. Este sistema reduziu em muito a quantidade de material a ser repostado, não ficando material em excesso nas unidades. Este trabalho está dando bons resultados e está sendo realizado de modo eficiente.

Uma equipe de enfermeiras, mudaram os padrões de material; quando o estoque do almoxarifado chega a uma certa quota chamada estoque mínimo, o almoxarifado faz o pedido de compra do material.

O Almoxarifado encaminha a relação de material para o centro de material e este para o Diretor Administrativo a fim de ver se está de acordo. Em seguida, a Divisão de Finanças faz a reserva de recursos financeiros.

É aberto um edital para tomada de preços.

A divisão de material envia para todas as empresas a sua proposta de solicitação de material.

Cada empresa envia o preço modelo, procedência e prazo de entrega, dos produtos que tem para vender.

Os envelopes lacrados com o preço de cada firma é enviado para a Divisão de Material.

O presidente da comissão abre os envelopes na presença dos representantes do hospital e da empresa, veem os pre-

ços em conjunto para que não haja distorção, com posterior realização de uma ata.

A Divisão de Material faz um mapa comparativo de preço de acordo com cada firma.

É anotado o preço unitário de cada material e destacado em verde o de menor preço.

É constituída uma comissão técnica que indica o material a ser adquirido. Quando não for indicado o material de menor preço, justifica-se o porque da não compra do material e passa-se ao segundo menor preço e assim por diante.

Desta forma o hospital as vezes precisa optar por diminuir a quantidade do material, para que a qualidade seja preservada.

Todo esse processo demora cerca de 3 meses, desde a apresentação dos preços pelas firmas, até a chegada do material no hospital.

A compra do material permanente é feito duas vezes por ano, em abril e em novembro. As firmas mandam um prospecto.

O enfermeiro, além da quantidade, deve exigir qualidade, pois o paciente não merece ser prejudicado com um material inferior, já em seu estado tão frágil.

Cada passo da compra de material precisa de controle para não haver desvios, falsificações ou distorções de preço com a qualidade, desde a solicitação do material até sua compra.

Para facilitar o julgamento na aquisição do material a Prof. Lidvina organizou um monstruário com fichas de avaliação de cada material é comprado, com uma amostra do material fixado junto à fixa. Assim todo o material novo que entra no hospital é testado e avaliado nas unidades.

Ex. de uma ficha:

Adesivo Cirúrgico

Descrição:

Vantagens: antialérgico

Desvantagens: difícil de cortar, desfia com facilidade, pouca aderência.

Atualmente a enfermeira Márcia (chefe do DPI) está dando continuidade a este monstruário.

É muito importante o trabalho, de quem hoje continua nessa tarefa árdua, cansativa, não sendo muitas vezes reconhecido e bem visto.

Até a presente data, a diluição da maioria dos desinfectantes era feito nas próprias unidades. Este procedimento feito por várias pessoas diferentes, pode ocasionar desperdício e ou diluição incorretas.

A partir desta observação, optou-se no H.U. pela Central de diluição, cuja inauguração será no dia 16.11.88. Nesta data entrará em vigor um novo produto indicado pelo Ministério da Saúde, o VELICIN (fenol sintético). Este virá com diluição pronta para uso nas unidades. Diluição 1%

VELICIN será usado somente em material ou em ambientes considerados contaminados, pois desinfectantes em excesso deixam as bactérias resistentes, prejudicam a saúde dos pacientes, da equipe de saúde e deterioram mais precocemente o material.

Indicação de uso, tempo de ação do VELICIN:

- a) Limpeza, desinfecção e desodorização de pisos, prédios, portas, etc, de áreas hospitalares críticas e semicríticas: aplicar a solução por meios adequados (panos, esponjas, etc) e deixá-la em contato por 10 minutos. Remover o excesso e secar com panos limos.
- b) Desinfecção de equipamentos (comadres, escarradeiras, papagaios, etc): lavar com solução, enxaguar em água corrente e secar.

Se necessário, imergí-los antes em desincrostante.

c) Desinfecção de instrumentais semi-críticos e crítico utilizados em presença de doenças contagiosas: imergir em solução por 30 minutos, lavar e enxaguar em água corrente, secar e encaminhar ao C.M.E.

Cuidados: Usar luvas para evitar o contato prolongado e repetido com as mãos. Quando este contato ocorrer, lavar as mãos com bastante água.

Em contato com os olhos, lavá-los em abundância se inalado em excesso, remover a pessoa para local arejado. Se ingerido acidentalmente, não provoca vômito. Beber, lentamente água em quantidade abundante, clara de ovo e/ou leite.

Tipos de micróbios afetados:

São ativos contra bactérias - inclusive pseudomonas e micobacterium tuberculose, fungos e vírus hipofícilico.

O material plástico, como copinhos usados para administração de medicamentos via oral e material de inaloterapia é desinfectado em ácido acético a 0,3%, que vem diluído da farmácia.

Segundo informações do enfermeiro da unidade e nossa observação, o material é levado antes de ser colocado em solução, permanecendo por 30', sendo trocado diariamente e permanecendo totalmente submerso. Depois de retirado da solução é levado em água corrente, secado e guardado.

A desinfecção de pinças, comadres e papagaios era feito com germipol a 3% até cerca de 3 meses atrás, quando acabou o estoque no almoxarifado, não sendo mais repostos por ter sido indicado o Velicin pelo Ministério da Saúde.

As comadres e papagaios são colocados em detergentes, atualmente com Darrow até que venha outro produto.

Segundo informações da Enfermeira do Controle de Infecção Hospitalar, foi constatado que a taxa de infecção hospitalar sem o germipol abaixou em relação aos meses anteriores. O importante é friccionar bem os materiais, fazendo boa limpeza

mecânica antes de levar para a esterilização, como também não abrir a incisão limpa, não molhar a incisão ou ferimento, e lavar as mãos corretamente antes e após o manuseio com o paciente.

Foi também constatado que bacias, bandejas, cuba rim e cubas redondas que são de material inoxidável possuem teor muito baixo de transmissibilidade, o que torna desnecessário uma frequente esterilização, apenas boa fricção com água e sabão.

Segundo KFOURI FILHO¹², "o melhor degermante não sobrepõe a técnica correta da lavagem das mãos, bem como o melhor desinfectante não substitui a correta técnica de limpeza com água e sabão."

"A cada dia que passa, o controle e a prevenção da infecção hospitalar assumem papel mais importante. É uma necessidade sentida pelos profissionais de saúde e começa a ser uma exigência da comunidade." SILVA, C.M.²⁷

"O Enfermeiro da Comissão de Controle de infecção hospitalar deve ser o elo entre sua equipe e a equipe de saúde, e para tanto, deve atualizar-se, participar da elaboração de normas e procedimentos da comissão e participar de pesquisas." SILVA.C.M.²⁷

"O controle da infecção hospitalar, em face de uma complexidade e revelância, é um desafio para as equipes multiprofissionais de saúde em qualquer parte do mundo." KFOURI FILHO.¹²

"O serviço de enfermagem, sem dúvida, dentro da equipe de saúde, é o mais envolvido com as atividades de prevenção das infecções hospitalares. Hoje, à luz de novos conhecimentos, a enfermagem procura libertar-se de rituais desnecessários, voltando-se para os aspectos epidemiológicos, com base em coletas e análise de dados estatísticos, voltados para fatos concretos." SILVA, C.M.²⁷

ALMEIDA¹ citando ZANON, considera ser o ambiente hospitalar por excelência insalubre, concentrando hospedeiros mais

sucetíveis e microorganismos mais resistentes.

"Uma enfermagem eficiente e com disponibilidade de recursos levará, sem dúvida, a alta precoce e o menor retorno dos pacientes aos ambulatórios com infecção pós-operatória, devolvendo as pessoas mais cedo suas atividades com acentuada redução dos custos hospitalares." KFOURI FILHO.¹²

O enfermeiro deve conhecer técnicas de enfermagem normas e procedimentos necessários para prevenção e controle de infecções, devendo também desenvolver interesse na literatura existente sobre o tema, fortalecendo assim seus conhecimentos e reforçando seus conceitos." ALMEIDA, L.M.A. & CAVALCANTI, R.G.¹

"Cabe à Comissão de Controle de infecção hospitalar exercer atividades de educação, vigilância epidemiológica, treinamento, supervisão e controle, no sentido de reduzir os índices de infecção a um mínimo aceitável." ROCHA, M.L. de Q.²³

Segundo FLORENCE NIGHTINGALE, "a enfermagem está presente nas organizações que têm como objetivo o controle da infecção hospitalar."

"Os hospitais não podem causar nenhum dano aos pacientes." ROCHA, M.L. de Q.²³

A taxa de infecção hospitalar aceita para países subdesenvolvidos é de 5 a 15%, e para países em desenvolvimento é de até 5%.

O controle de infecção hospitalar no H.U. é bem mais rigoroso do que em outras instituições. Mesmo assim, a média da taxa de infecção de julho a setembro deste ano, na Clínica Cirúrgica II, está bem acima da taxa preconizada, chegando a 21,82%.

Se os outros hospitais não fazem um controle tão rigoroso cabe avaliar o que significa ser um material contaminado para uma pessoa e para outra.

Segundo a Portaria 196 de 24 de julho de 1983, do Ministério da Saúde, infecção hospitalar é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta du-

rante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

No Brasil, a infecção hospitalar atinge hoje uma importância médico-social muito grande, pois calcula-se que seja a quarta causa de morte, perdendo para as cardiopatias, gastroenterites, e neoplasias em geral.

A infecção hospitalar aumenta o tempo de internação dos pacientes, com alterações emocionais, e quebra da sua dinâmica social.

À instituição por aumento de dias-leito, aumento da terapêutica medicamentosa e maior gasto.

À sociedade por diminuição do número de leitos hospitalares disponíveis.³

O grupo levantou várias hipóteses que podem contribuir para o aumento da taxa de infecção:

- As mãos não são lavadas corretamente com água e sabão ao manusear um paciente e outro;

- Maior frequência de exames;

- Índice de permanência do paciente é mais elevado;

- Índice de ocupação é mais elevado;

- Técnicas feitas por pessoal inesperto ou não concientizado;

- Aumento da frequência da troca de curativo, ficando os mesmos expostos longos períodos para servirem de estudo.

- Grande número de pessoas lidando com o mesmo paciente e circulando nas dependências hospitalares.

Apesar da taxa de infecção hospitalar ser considerada elevada, percebemos que a Comissão de Infecção Hospitalar está fazendo o possível e realmente há preocupação nesse sentido. É um trabalho rigoroso e contínuo. O que acontece muitas vezes é que a equipe de enfermagem na unidade não segue as orientações oriundas da Comissão de Controle de Infecção Hos-

pitalar, talvez por falta de responsabilidade ou de conhecimento, apesar da insistência dos enfermeiros.

Um ponto negativo que detectamos na unidade indo contra os princípios atuais do controle de infecção hospitalar é que as pinças, ou seja, o material usado em curativos não são lavados de forma adequada, não sendo friccionados. Percebemos também que o material as vezes não é lavado, sendo colocado sujo num recipiente que contém providine degermannte para ser desinfectado.

Vemos então a importância do enfermeiro da unidade em reforçar e exigir de seus funcionários um trabalho eficiente.

Foi nesse sentido que atuamos, questionando, orientando, interrogando e supervisionando o trabalho da equipe de enfermagem.

Consideramos esse objetivo alcançado, pelo muito que aprendemos, como se processa a compra e o pedido do material em geral, mesmo não sendo executado dentro do prazo, pré-estabelecido, uma vez que achamos por bem realizar esse objetivo quando tivéssemos mais oportunidade, não seguindo exatamente a data do cronograma estabelecido no planejamento.

5.3. "Planejar diariamente as atividades a serem desembaraçadas."

Planejamento é um estudo ou plano detalhado de trabalho. É um sistema de técnicas que tem por objetivo a elaboração de programas que comportam não somente a indicação dos objetivos a serem alcançados, mas também a previsão das diversas etapas de execução. É a função ou serviço de preparação de trabalho.⁶

No decorrer de todo estágio, o grupo dispunha de um plano geral diário, que era composto pelos seguintes itens:

- 1) Receber plantão com registro das ocorrências;

- 2) Fazer visita diária aos pacientes, dando ênfase aos pacientes de estudo;
- 3) Tomar providências imediatas e mediatas em relação às necessidades identificadas;
- 4) Averiguar prontuários, em relação ao diagnóstico, histórico, prescrição, evolução e exames laboratoriais;
- 5) Executar procedimentos de enfermagem;
- 6) Utilizar metodologia de assistência;
- 7) Passar o plantão.

A realidade da vida demonstra que quanto menos tempo e pessoal houver, tanto mais se torna necessário o planejamento para que os objetivos sejam alcançados.⁶

Sentimos o quanto é necessário planejar nossas atividades, sem planejamento os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento do trabalho, há perda de tempo, esforço, energia e recursos materiais e financeiros.

O alcance desse quinto objetivo, foi bastante trabalhoso ao grupo, porém de grande valia, preparando-nos para a futura vida profissional.

3. CONCLUSÃO

Através do relatório pudemos levantar, analisar e avaliar os objetivos propostos e não propostos pelo grupo para o estágio da VIIIª Unidade Curricular, dando-nos uma visão mais ampla e conscientização da importância da elaboração do planejamento para as atividades previstas.

Concluimos que, o paciente sempre deve ser o objeto máximo de qualquer serviço hospitalar, e que tudo deve ser planejado e organizado em função de poder atender as necessidades individuais do paciente.

É no hospital que mais o homem necessita de calor humano.

Sabemos que não conseguimos alcançar 100% dos objetivos, porém consideramos os resultados alcançados em relação aos objetivos como muito bons, satisfazendo as expectativas do grupo.

Sentimo-nos gratificadas com o trabalho desenvolvido na unidade a qual nos ofereceu grandes oportunidades de

aprendizagem, bem como uma visão globalizada do papel do enfermeiro na unidade e do conhecimento de administração integrada com a assistência.

As atividades não planejadas e realizadas, foram pontos positivos ao grupo, não significam sobrecarga de trabalho, mas um desafio, a fim de aperfeiçoarmos e prepararmos para a vida profissional.

Conforme os resultados e avaliação do plano de ação, concluímos que os objetivos específicos traçados pelo grupo estavam de acordo com o objetivo geral.

Agradecemos desta forma às pessoas que de alguma forma colaboraram e contribuíram para a viabilidade do estágio e apoiaram o grupo no decorrer do mesmo.

4. SUGESTÕES

4.1. Considerando a importância da teoria da relação pessoa à pessoa, desenvolvida com os pacientes e funcionários, sugerimos a utilização da mesma por alunos e pelos próprios profissionais de saúde.

4.2. Considerando que o trabalho em uma unidade não é trabalho de uma pessoa, mas de todos, sua maior eficiência depende de quanto mais integrados estejam os que o executam, sugerimos que sejam desenvolvidas atividades de descontração e integração por parte da equipe de enfermagem durante os intervalos de lanche.

4.3. Considerando que cada paciente possui uma individualidade e um valor próprio que é facilmente destruído ao se referir a ela como a "mostectomizada do quarto X", utilizada na unidade, deixando a partir daí de ser uma pessoa real e

tornando-se uma doença e/ou um número.

Sugerimos que os pacientes sejam identificados pelo nome, o que o ajudará a equipe a pensar na pessoa como um indivíduo.

4.4. Considerando a boa aceitação dos estudos apresentados pelo grupo de acadêmicas, proporcionando crescimento profissional.

Sugerimos que haja continuidade desta atividade na unidade.

4.5. Considerando a aceitação das mensagens afixadas pelo grupo em todos os quartos em relação a "não sentar na cama do paciente".

Sugerimos a continuidade da orientação e da supervisão pelo enfermeiro.

4.6. Considerando que cada paciente é uma vida e que é de suma importância preservá-la, para que a taxa de infecção hospitalar não suba a níveis alarmantes.

Sugerimos que as pinças sejam lavadas corretamente com escova, água e sabão.

4.7. Considerando que a função administrativa é importante para o profissional enfermeiro.

Sugerimos aos estudantes de enfermagem, que incluam como objetivo do projeto da VIII Unidade Curricular a função administrativa.

5. AVALIAÇÃO

Inicimaos estágio da VIIIª Unidade Curricular, preocupadas, ansiosas, com dúvidas e perguntas que só seriam respondidas no decorrer do mesmo.

Desde o início almejamos grandes realizações, a fim de alcançarmos os melhores resultados ao término do mesmo.

Durante a elaboração do planejamento, pensávamos que os objetivos seriam alcançados facilmente, porém no decorrer do mesmo, tivemos dificuldades para com alguns objetivos, os quais nos exigiram maior esforço e criatividade, sendo um desafio ao grupo.

Acreditamos e percebemos que o esforço leva à vitória com a realização pessoal.

A experiência de sentir-se parte de uma equipe multiprofissional, com iguais responsabilidades, foi de grande valia, preparando-nos para a futura vida profissional.

Ao término deste estágio, recebemos em troca a reali-

zação pessoal e a alegria de ter vencido todos os medos e dúvidas. É com esta alegria que podemos afirmar que parte de cada acadêmica permaneceu na unidade, assim como parte da unidade ficou em nós.

6. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA E CONSULTADA

1. ALMEIDA, L.M.Q & CAVALCANTE. Atribuição do Serviço de Enfermagem na prevenção e Controle da Infecção Hospitalar. Rev. Paul de Enf., São Paulo, 5(4):149-151, out/dez, 1985.
2. ARNDT, C. & HUCKABAY, L.M.D. Administração em Enfermagem . 2ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
3. BRUNNER, U.S. & SUDDARTH, D.S. Enfermagem Médico Cirúrgico. 3ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
4. CAMPOS, Paulo A. Administração Escolar, Senac, 1959. (Mímeo)
5. DANIEL, L.F. Atitudes Interpessoais em Enfermagem. São Paulo, EPU, 1983.
6. _____ A Enfermagem Planejada. 3ª ed., São Paulo, EPU, 1981.

7. FERLIC, A. Abordagem Existencialista em Enfermagem. Rev. Enf. Novas Dimens. 2(3): Julho/Agosto, 1976.
8. FONSECA, R.M.G.S., GUEFES, E.A. SILVA, MCM. Supervisão em Enfermagem de Saúde Pública. Enf. Novas Dimens. 2(5) : 265-172, 197.
9. GOBBI, E.R.C. et alii. Relatório da Proposta de Atuação : Assistência de enfermagem ao indivíduo adulto com necessidades biopsicosociais e espirituais afetadas, em especial os de oxigenação e regulação vascular, na unidade de emergência do Hospital Universitário, Florianópolis, 1988.
10. HAYS, J.S. & LARSON, K.H. Interrocting With Patientes, traduzido por Wanda Horta, Associação Brasileira de Enfermagem.
11. HORTA, W.A. Processo de Enfermagem, São Paulo, ELUSP, 1979.
12. KFOURI FILHO M. Atribuições da Farmácia Hospitalar na Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. Rev. Paul. Enf. São Paulo, 5(4): 145-149, out/dez, 1985.
13. KRON, T. Manual de Enfermagem. 4ª ed., Rio de Janeiro, Inramericana, 1982.
14. KURCGANT, Paulina. Plano de Cuidados de Enfermagem - Necessidade Administrativa. Enf. Novas Dimens., 2(3): 139 - 141, 1976.
15. MANZOLI, M.C. Relacionamento em Enfermagem: Aspectos psicológicos. São Paulo, SAVIER, 1983.
16. NERY, I.S. & FERNANDES W. Supervisão de Enfermagem. Rev. Enf. Atual. Ano 1, nº 2, 1978, RJ, pg. 18 e 19.
17. NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos. A Pesquisa nos serviços de Enfermagem. Rev. Paul.Enf., São Paulo, 5(2), abr/ma/jun, 1985.

18. NEVES, E.P. Reflexões acerca dos conceitos de auto-cuidado e competência / poder para auto-cuidado. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, 21(2): 235-241.
19. OLIVEIRA, M.I.R. Discurso do Presidente da ABEM. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 4, São Paulo, 1985, pg. 22-25.
20. PAIM, R. Metodologia Científica em Enfermagem. 2ª ed., Rio de Janeiro, 1985.
21. RAMOS, E.S. Comunicação em Enfermagem. Rev. Paul. de Enf., 3(3), maio/junho, 1983, pg. 102-105.
22. REZENDE, A.L.M. O Processo de Comunicação como Instrumento da Enfermagem. Enf. Novas Dimens. 2(2): 98-111, 1976.
23. RIBEIRO, C.M. Aspectos da Pesquisa em Enfermagem. Rev. Paul. de Enf., nº 1, julho/agosto, 1981.
24. _____ A Pesquisa e a Prática de Enfermagem. Anais do In: Seminário Nacional em Enfermagem. Florianópolis, 1984.
25. ROCHA, M.L. de Q. Atuação dos enfermeiros nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - Relato de Experiências. Rev. Paul. Enf. São Paulo, 5(4): 151-154, out/dez, 1985.
26. ROSA, M.T.L. Os Instrumentos Básicos de Enfermagem. Florianópolis. Departamento de Enfermagem, 1986 (mimeo)
27. SECAF, Victória S. Liderança: Desafio para as Enfermeiras. Emf. Novas Dimens. 3(4): 250-255, 1977.
28. SILVA, C.M. da . Atuação da Enfermeira na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Ref. Paul. Enf. São Paulo, 5(4): 154-158, out/dez, 1985.

29. STEFANELLI, M.C. Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente e Comunicação Terapêutica. Rev. Paul. Enf.; São Paulo, 5(1):42-44, jan/mar, 1985
30. TRAVELBEE, J. Intervencion en Enfermeira Psiquiátrica. ed. Columbia, Corvajal S/A, 1982.
31. WATANABE, E. et alli. Aspectos éticos e legais da pesquisa em enfermagem. Rev. Paul.Enf., São Paulo, 5(2): 54-59, abril/junho, 1985.

7. ANEXOS

ANEXO 1

1. Explicação sobre AIDS.

a) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, resultante de uma infecção viral que danifica o sistema imunológico (defensor) da pessoa.

b) Como ocorre essa deficiência imunológica no corpo?

c) Transmissão

O vírus é transmitido de pessoa à pessoa por:

- . contato oral, anal e vaginal (comp. fixo, tinha sempre um preservativo);
- . sangue (agulhas contaminadas, transfusão, seringas);
- . em contato com feridas ou cortes;
- . de mãe para filho (antes, durante parto e após nasc.)

d) Manifestações da doença

Fadiga, diarreia prolongada com prisão de ventre, vômito constante, suores noturnos com calafrios, febre diária com duração até 8 meses (não passa dos 38°C), anemia profunda, tosse persistente, inflamação dos gânglios do pescoço, perda de peso acentuada.

Conforme pesquisas no Brasil:

67% dos casos são adquiridos de forma parenteral;

33% dos casos são de forma perinatal.

e) Cuidados para a assistência hospitalar ao paciente com AIDS ou suspeitos de AIDS:

1. Todas as agulhas, seringas descartáveis ou instrumentos cortantes que entrarem em contato com paciente deve ser considerado contaminados, e devem ser colocados em recipientes anti-picadas e mais tarde destruídas.

2. Não deve-se recolocar a agulha no protetor (evitar acidentes).

3. Deve-se usar luvas descartáveis toda vez que houver possibilidade de contato com sangue, secreções ou outros fluidos corpóreos.

4. Deve-se usar avental toda vez que houver possibilidade de contaminar a roupa com sangue, secreções ou fluidos corpóreos.

5. O sangue e outras amostras (p/exame) de pacientes aidéticos ou suspeito devem ser rotulados com aviso especial.

6. As mãos devem ser lavadas com cuidado e imediatamente, caso sejam contaminados com sangue nesse caso, utilizar sol. de álcool 25% após lavagem com água e sabão.

7. A necessidade do uso de máscara quando o paciente apresenta tosse persistente, na entubação ou durante aspiração do paciente entubado.

8. Qualquer sangue derramado deve ser limpo, com sol. de hipoclorito de sódio a 1% por 30'.

9. Objetos contaminados com sangue, devem ser colocados em sacos resistentes e impermeáveis e claramente identificados.

10. Os tecidos e roupas que estejam sujas com material biológico, devem ser manipuladas com a mínima agitação possível e colocados em sacos plásticos resistentes e claramente identificados.

Exemplo 1 - Vírus da Gripe

1. Entrada do vírus no organismo
2. As células mocrófogas agem como um radar (detecta e identifica o vírus e alerta o pelotão de defesa). (Células T).
3. Células T entram em ação e se multiplicam em células T auxiliares e ativam as células B (que são as células que identificam e liquidam os agentes invasores).
4. As células B também se multiplicam e produzem os ACe
- 5 e 6. Anticorpos atuam sobre o vírus.
7. Que destroem o vírus.

Exemplo 2 - Vírus da AIDS

1. Entrada do vírus no corpo.
2. O vírus ataca as células T que perdem a capacidade de ação e ativam um número insuficiente de células B para o combater.

3. Mais forte que os Ac., o vírus passa a usar as células T como alimento para se multiplicar. E vai atacando novas células T, até o colapso total do sistema defensor. Por isso é chamada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

4. Um organismo com seu sistema defensor atacado está sujeito a mercê de infecções (Doenças Oportunistas) o corpo fraco ganha uma doença que não consegue combater, que resultarão em óbito.

Na verdade o vírus da AIDS não mata diretamente. Ele destrói a capacidade de org. de se defender contra os agentes externos.

Anexo 2

Tabela 1: Distribuição dos passos do método de assistência realizados por acadêmicas na Unidade de Internação Cirúrgica II do H.U., no período de agosto a novembro de 1988.

PASSOS DO MÉTODO ACADÊMICAS	HISTÓRICO	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO
1	10	46	46
2	10	48	48
3	11	47	47
4	10	46	46
TOTAL	41	187	187

Anexo 3

Técnicas não planejadas e alcançadas pelo grupo:

- Aplicação de cada local
- Preparo e instalação de NPP
- Coleta de urina para exame
- Nebulização
- Verificação de PVC
- Acompanhar a uma punção pleural
- Acompanhar uma pequena cirurgia
- Acompanhar exames tais como: retosigmoidoscopia
endoscopia
- Glicosuria
- Troca de vidros em drenos de tórax
- Acompanhamento de um alargamento de estenose uretral
- Colheita e encaminhamento ponta de cateter para cultura
- Retirada de pontos
- Acompanhamento de troca de dreno de tórax
- Acompanhamento de tamponamento
- Acompanhamento de desinfecção de leitos
- Acompanhamento de punção subclavia
- Acompanhamento de reanimação cardiovascular.

Anexo 4

Mensagem de reflexão aos funcionários:

"Não é a grandeza ou a pequenez

da tarefa que torna vulgar ou

nobre a vida de alguém,

mas é a dedicação com que

se executa esta tarefa."

Carlyle.

Anexo 5

Patologia referente ao objetivo 3.

1. Vascular
2. Ginecológico
3. Proctológico
4. Urológico
5. Divertículo de Esôfago
6. Colelitíase
7. Tumores do Intestino

1. VASCULAR

Revisão Anatômica e Fisiológica

Vasos Sangüíneos = são três tipos:

1. Artérias

Levam o sangue do lado esquerdo do coração a todas as partes do corpo. Suas paredes necessariamente são grossas e fortes, pois o sangue dentro delas está sob alta pressão.

Compõem de três camadas:

- a) Íntima: a mais interna, é uma membrana fina, coberta por uma camada única de células endoteliais achatadas que formam uma superfície apropriada ao contato com o sangue circulante.
- b) Média: a camada do meio, da qual depende a resistência e o calibre do vaso, é uma capa forte e grossa, composta de fibras musculares, misturadas com fios e camadas de tecido elástico resistente.
- c) Adventícia: é o revestimento externo, uma camada grossa de tecido conjuntivo que liga a artéria às estruturas através das quais ela passa.

2. Capilares

A medida que a artéria, subdividindo-se, torna-se cada vez mais reduzida, primeiro desaparece a adventícia, e a média se torna progressivamente mais fina. Após divisões repetidas, a minúscula artéria, chamada arteríolo-

la, ramificam-se em um grupo de tubos diminutivos com paredes compostas de uma camada única de células. É o capilar, um tubo de cerca de 0,8 cm de comprimento e a largura suficiente apenas para que os glóbulos vermelhos passem em fila única ou dupla.

Os alimentos e o oxigênio levados pelo sangue não podem passar através das paredes das artérias e veias, mas passam através dos capilares, que consistem em uma camada de células íntimas. No breve segundo durante o qual o sangue atravessa lentamente o capilar, há uma rápida troca de gases e substâncias dissolvidas entre o sangue desse vaso e o tecido linfático. As células teciduais recebem desse modo um novo suprimento de alimento e oxigênio e livram-se de seus produtos especiais, assim como da matéria residual decorrente de seu metabolismo celular.

3. Veias

Nas terminações distais dos capilares, começam as veias menores (vênulas). Essas, unindo-se tornam-se cada vez maiores, e suas paredes engrossam, mesmo assim as veias maiores são relativamente finas. As três camadas estão presentes, mas a camada de músculo liso está comparada com aquelas das paredes das artérias do mesmo tamanho. Não há necessidade de uma camada muscular tão forte, porque o sangue dentro das veias está sob pressão bem menor. As veias maiores são equipadas com válvulas para prevenir o acúmulo e refluxo de sangue para as áreas que drenam.

- Circulação Sistemática:

Se seguirmos um glóbulo sanguíneo em sua viagem que se inicia na válvula aórtica, descobriremos que, quando sai do coração, entra na aorta, passa em um dos seus muitos ramos, depois através de artérias cada vez meno

nores, até entrar em um capilar - em um músculo, por exemplo.

Depois de atravessar esse capilar (onde a corrente sanguínea troca com as células componentes vitais, como oxigênio e dióxido de carbono, penetra em uma veia pequena, de onde se desloca através de veias cada vez maiores, até entrar na veia cava, que leva à aurícula direita do coração, e depois ao ventrículo direito.

- Circulação Pulmonar:

Do ventrículo direito a hemácia entra, então, na circulação pulmonar. O ventrículo direito bombeia a hemácia através da artéria pulmonar para os pulmões, onde atravessa um dos capilares da parede de um alvéolo; a seguir penetra numa veia pulmonar, depois na aurícula esquerda e desta passa ao ventrículo esquerdo, no qual está localizada a válvula aórtica onde se iniciou a viagem.

- Circulação Porta:

Outros corpúsculos seguem um caminho um tanto mais complexo. De aorta, entram nas artérias mesentéricas e, através de seus ramos, atingem os capilares da parede intestinal. Através deles, entram nas veias mesentéricas e em seguida, na veia porta, que os leva ao fígado. Aqui devem passar através de um segundo capilar, entrando, depois, na veia hepática, na veia cava e no lado direito do coração. A viagem desse segundo corpúsculo inclui uma incursão através do sistema porta.

A atividade metabólica de uma parte do corpo é acelerada(1) quando aquela parte está em atividade física como ocorre no exercício, (2) quando se aplica calor, ou(3)

quando existe uma infecção.

Quaisquer desses fatores causam dilatação das arte
riolas e da velocidade sanguínea nas veias.

A frequência metabólica é desacelerada (1) quando ocor
re frio ou tremores significativos, e (2) durante o re
pouso, quando é menor do sanque para os tecidos. Nessas
condições, há contração das arteríolas e o fluxo san-
guíneo fica um pouco reduzido. Em certos estados pato-
lógicos, o fluxo sanguíneo diminui. A causa comum de
insuficiência arterial é estreitamento aterosclerótico
da artéria. Menos frequentemente, a trombose aguda ou
um êmbalo bloqueia o vaso.

ARTERIOSCLEROSE OBLITERANTE PERIFÉRICA

Arteriosclerose

É a doença mais comum das artérias - endurecimento
das artérias onde a perda da elasticidade e o espessa-
mento das paredes arteriais acontecem.

Arteriosclerose Obliterante

É uma doença arterial oclusiva que pode afetar a aor
ta, porções terminais da aorta abdominal, seus ramos
principais nos membros, geralmente dos membros inferio-
res.

A obstrução ↓ fluxo de O_2 , levando a esquemia (falta
de circulação em qualquer parte do organismo), má nu-
trição e neurose tecidual.

Fiopatologia

O principal distúrbio fisiológico é a obstrução do fluxo sanguíneo através de artérias largas, causando isquemia dos tecidos supridos por esses vasos.

Etiologia

Idade e hereditariedade, fumo, hábitos dietéticos, PA ou diabetes são fatores que a incidência.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas aparecem gradualmente - resultante de isquemia dos tecidos nutridos pelas artérias afetadas.

Sintoma mais precoce:

1) Claudicação intermitente: dor forte nos músculos da panturrilha (barriga da perna).

A dor pode ser causada pelo acúmulo de grandes quantidades de ácido láctico nos tecidos; ou a histamina ou outros agentes químicos estimulariam as terminações nervosas da dor.

2) Dor ao repouso: (pré-trófico) que ocorre mais comumente à noite, sendo forte e persistente, podendo acordar o indivíduo e forçá-lo a sentar e esfregar o pé por horas, em tentativa de obter alívio.

3) Neuropatia isquêmica: a sensação pode ser entorpecimento, frio ou queimação e pode ser tão forte que seja difícil aliviar.

A sensibilidade ao frio pode desenvolver-se e o pé se torna excessivamente frio mesmo com uma exposição mínima a ambientes frios. Deve-se tomar cuidado para

evitar queimaduras que possam ocorrer quando banhos de água quente são usados para aquecer os pés.

- 4) Rigidez e fraqueza muscular
- 5) Alterações das pulsações arteriais notadas à palpação.
- 6) Sopros: (sistólico) ouvidos na pulsação arterial, e mudança de coloração aparecem, dependendo do grau de oclusão.
- 7) Ulceração ou gangrena: geralmente aparecem primeiro no segmento terminal dos dedos. A unha ou leito ungueal é quase sempre o primeiro local que sofre infecção, afrouxamento e queda da unha.

CONDUTA TERAPÊUTICA

O tratamento deve ser individualizado, pois dois pacientes não são afetados da mesma maneira.

- 1) Nutrição adequada;
- 2) Exercícios para estimular a circulação colateral;
- 3) Encorajamento e compreensão devem estar presente;
- 4) Evitar esforços muito grandes ou fatigantes;
- 5) Repousar todos os dias e dormir cedo;
- 6) Tratar as menores doenças como sérias;
- 7) Quando os artelhos e os pés são afetados, medidas preventivas, como praticar uma boa higiene dos pés

e usar sapatos apropriados, devem ser usados.

OBJETIVO DO TRATAMENTO

- 1) Interromper o progresso da doença;
- 2) Melhorar o fluxo sanguíneo da parte afetada;
- 3) Aliviar a dor para conforto do paciente;
- 4) Tratar úberas e grangrena.

Além de fazer ajustamento em sua dieta, o paciente deve ser prevenido contra o fumo, drogas vasoconstritoras e exposição ao frio.

Calor adicional pode ser proporcionado aos membros pela manutenção da temperatura ambiental de 26,6°C.

Os procedimentos para alívio da dor incluem repouso mas não pendência prolongada do pé, porque isso pode causar edema ortostático e maior dificuldade de circulação.

HISTÓRIA DO PACIENTE

Há dez anos o paciente apresentou sintoma chamado claudicação (fadiga muscular) o que lhe causava dor intensa forçando-o a parar de caminhar.

A dor intensificava-se muito ao caminhar devido a liberação de ácido lático, que é uma substância tóxica, tendo uma circulação deficiente.

Então há 10 anos, foi colocado nesse paciente uma prótese (enxerto aorto femoral) e que fazia circulação colateral, sem maiores intercorrências todo esse período.

Cerca de dois meses seu organismo rejeitou a prótese dando um quadro grave de infecção. Foi retirado um segmento da prótese e feito desarticulação e drenado o abscesso.

Resultado: dentro de dois dias, todo MIE morreu dando quadro de gangrena e septicemia. Em virtude desse quadro amputação era preciso.

Foi amputado o MIE na altura da virilha para que o paciente pudesse sobreviver, onde hoje apresenta-se em boa fase cicatricial.

Dia 30 de setembro, cerca de um mês depois o paciente foi submetido a uma arteriografia, pois apresentava dores no MID e hipertermia.

Foi constatado obstrução, sendo levado para o centro cirúrgico para fazer revascularização com prótese, mas foi constatada circulação colateral que estava suprimindo a necessidade de oxigênio do membro.

Prognóstico: - Se o MID se mantiver bem, ou seja, irrigado, não será feito nada, permanecendo assim.

- Se, se tornar isquêmico, será feita circulação colateral.

- Se o MID isquemiar sem condições de revascularização, não tendo mais hipótese de se colocar prótese para fazer circulação colateral, será feita amputação.

2. GINECOLÓGICO

Doença Pélvica Inflamatória (DPI).

É uma condição do pelve que pode envolver as trompas de Falópio (Salpingite), ovários (ooforite), peritônio pélvico, ou sistema vascular pélvico.

Pode ser aguda ou crônica, causada por bactérias gram(-), estafilococos, estreptococos ou organismos venéreos.

Esses organismos patogênicos geralmente são introduzidos de fora e passam através do canal cervical e do útero para a pelve por meio de vasos linfáticos, veias uterinas ou trompas de Falópio. Quando a infecção pélvica é um causa de pelos bacilos da tuberculos geralmente é adquirida por meio da corrente sanguínea proveniente dos pulmões.

Sintomas: dor abdominal, náuseas e vômitos, aumenta tempo, inapetência, corrimento vaginal fétido purulenta e leucocitose.

Cuidados de Enfermagem:

- O principal objetivo é controlar a disseminação da infecção no paciente e por equipe de saúde.
- Os tampões e cauterização devem ser evitados.
- A disseminação da infecção a outras pessoas pode ser controlada de muitas maneiras:

1. Empregando cuidados no manuseio das compressas perineais, assim como usando-se instrumentos ou luvas e depositantes às compressas sufas em bolsas de papel para serem descartadas.

2. Lavagem cuidadosa das mãos com uso de sabões germicidas.

3. Desinfecção adequada dos utensílios, comadres , assentos de sanitários, e uso do que for indicado para o procedimento do controle do organismo específico.

- A paciente deve ser informada e tomar parte nos planos de prevenção de contaminação aos outros e de reinfecção própria.

- Para conforto, pode ser aplicado calor no abdomen, extremamente, e duchas quentes podem ser feitas para melhorar a circulação.

- A avaliação adequada dos sinais vitais, a resposta física e mental do paciente ao tratamento e a natureza e quantidade da descarga vaginal são necessárias para guiar a futura terapia do médico.

OBS.: Se não for tratada, a DIP pode levar a desconforto pélvico crônico. Tecido cicatricial pode destruir as trompas de Falópio, resultando em esterilidade. A gravidez ectópica pode ocorrer se um ovo passar pela estemose. Aderências são comuns e, ao final, podem requerer remoção do útero, trompas e ovários.

Esta infecção pode ser muito desconfortante , tanto física quanto mentalmente.

A paciente pode sentir-se bem em um dia e desenvolver sintomas vagos e desconforto no dia seguinte; ela sofre de constipação e dificuldade de menstruais.

São frequente e injustamente chamadas de "neuróticas".

3. PROCTOLÓGICO

Hemorróidas

As hemorróidas internas são varizes da porção do plexo venoso hemoroidal, localizado na submucosa, logo acima da linha pectínea.

As hemorróidas externas originam-se no mesmo plexo, mas são de localização subterânea imediatamente abaixo da linha patínea. Há três grupos primários de hemorróidas internas: direita anterior, direita posterior e esquerda lateral. Entre estes três grupos primários podem ser encontrados 3 a 5 grupos secundários. Esforço para evacuar, prisão de ventre, posição sentado prolongado e infecções anais são fatores predisponentes, podem desencadear complicações tais como a trombose. O diagnóstico deve ser suspeito diante da história de protensão, dor no ânus ou hemorragia, é confirmado pelo exame proctológico.

O carcinoma do cólon ou do reto agrava frequentemente as hemorróidas ou produz sintomas semelhantes. A hemorragia pode ser devida a pólipos e ser erroneamente atribuída às hemorróidas.

Por este motivo, o tratamento das hemorróidas deve sempre ser precedido pelo sigmoidoscopia e pelo clister opaco.

Convém realizar as provas de função hepática nos casos em que se suspeita de hipertensão porta como fator etiológico. As hemorróidas que se desenvolvem durante a gravidez ou no puerpério tendem a desaparecer em seguida; devem receber tratamento conservado a não ser que precisem após o parto.

Quadro clínico: Via de regra, os sintomas produzidos pelas hemorróidas são benignas e intermitentes, mas podem dar origem a uma série de complicações incômodas e exigir trata-

mento clínico ou cirúrgico ativo.

Estas complicações incluem: prurido, incontinência, protrusão recidivante, exigindo reposição manual pelo paciente, fissura, infecção ou ulceração, prolapso e estrangulamento.

Tratamento: O tratamento conservador é suficiente na maioria dos casos de hemorróidas pouco acentuadas, as quais podem melhorar espontaneamente ou em resposta à dieta pobre em resíduos e à regularização dos hábitos de evacuação mediante o emprego de óleo mineral ou outros laxativos não irritantes, destinados a amolecer as fezes. A dor local e a infecção são tratados com banhos quentes de assento e inserção de supositórios anais de ação analgésica, 2 a 3 vezes ao dia. Na presença de sintomas graves ou de complicações está indicada a herroidectomia completa, tanto interna como externa, trata-se de um procedimento altamente eficaz quando corretamente praticado.

Cuidados pós-operatórios:

a) Promover o conforto do paciente e a cicatrização da ferida.

1. Ser delicado ao trocar curativos, lavar, irrigar ou administrar cuidados perineais.

2. Utilizar gase vaselinada para proteger as bordas dos ferimentos (exemplo, após incisão pilonidal) para prevenir a formação de crostas e a aderência dos curativos à ferida.

3. Proporcionar banhos de assento, quando recomendados, ajustar a temperatura da solução e proporcionar uma posição confortável para o paciente.

4. Ter cautela ao aplicar pomadas analgésicas ou anestésicas, pois, com frequência, resultam em erupções cutâneas secundárias por alergia.

5. Manter limpa a área perineal para minimizar ou eliminar a infecção, a presença de E. Colli requer uma limpeza meticulosa para prevenir a infecção e promover a cicatrização.

6. Mudar a posição de um lado para o outro para prevenir o desconforto das áreas de pressão.

7. Prevenir a constipação com uma atenção apropriada às necessidades da dieta do paciente; administrar óleo mineral ou um catártico suave apenas quando prescrita.

8. Encorajar a micção voluntária para evitar a cateterização; isso pode ser facilitado permitindo que o paciente saia da cama.

9. Observar os sinais vitais e os curativos para evidência de hemorragia, especialmente após hemorróidectomia.

4. UROLÓGICO

Estudos

Hipertrofia Prostática Benigna

Em muitos pacientes, além dos 50 anos de idade, a próstata aumenta, estendendo-se para cima da bexiga e produzindo obstrução do fluxo urinário por compressão do orifício vesical. Essa condição é conhecida como aumento da próstata ou hipertrofia prostática. Como isso produz uma obstrução do fluxo urinário, resulta uma dilatação gradual dos ureteres (hidroureter) e rins (hidronefrose). O lobo hipertrofiado se estende para cima na bexiga e forma uma bolsa que retém urina. Esta bolsa não é esvaziada quando há micção, e a urina remanescente (urina residual) se decompõe e produz cálculos, ou cistite. Uma considerável dificuldade e frequência na micção se desenvolve gradualmente e, finalmente, o paciente torna-se incapaz de urinar.

Tratamento: Se o paciente é admitido num setor de emergência, porque não pode urinar, deve ser imediatamente cateterizado. Um cateter de borracha comum é macio e flexível demais e não passa através da uretra para dentro da bexiga. Um fino arame, denominado estilete, pode ser introduzido dentro do cateter untado o que evitará que este último descole quando encontrar resistência. O urologista sempre emprega um cateter untado com cera cuja extremidade é dobrada para formar um leve ângulo (denominado cateter em cotovelo).

Em casos mais difíceis, cateteres de metal podem ser empregados. Estes têm uma curva mais acentuada do que os cateteres comuns, denominada curva prostática. Algumas vezes, um cistostomia supra-púbica é necessária para proporcionar drenagem adequada.

O tratamento de escolha para a hipertrofia prostática é a próstatectomia. O objetivo pré-operatório é estabilizar a função renal em nível ótimo. Um catéter é introduzido se o paciente tem retenção urinária contínua, se a urina residual tem volume superior a 75 a 100 ml., ou se ele está em azotemia. A pressão sanguínea pode flutuar e a função renal declinar nos primeiros dias, após a instituição da drenagem vesical. Frequentemente, o paciente está desidratado pela auto-limitação de líquidos decorrentes da excessiva frequência urinária. Os estudos de função renal são feitos para determinar se há alteração renal provocada pela pressão retrograda prostática e para avaliar a reserva renal. Todas as medidas são feitas para assegurar que o paciente fique na melhor condição possível para enfrentar a cirurgia, pois as pessoas idosas têm reservas diminuídas da função dos órgãos vitais. Como a hemorragia é a maior complicação pós-operatória, todos os defeitos de coagulação devem ser corrigidos. Uma alta percentagem destes pacientes têm complicações cardíacas ou respiratórias ou ambas. O modo de vida do paciente durante os últimos meses anteriores à cirurgia deve também ser observada. Ele tem sido ativo, pode levantar-se sozinho da cama e retornar à ela sem ajuda. Esta conduta pode ajudar a determinar quão rapidamente o paciente ficará motivado após a prostatectomia.

Abordagem Cirúrgica

Há quatro diferentes abordagens para a remoção da porção hipertrofiada. A glândula é removida por cima. Tal abordagem pode ser usada para qualquer tamanho de glândula e poucas complicações ocorrem, embora a perda de sangue possa ser maior do que nos outros métodos. Na prostatectomia perineal, a glândula é removida através de uma incisão no períneo. Esta abordagem é praticada quando as outras não são possíveis. Nos pós-operatórios, a ferida se contamina facilmente por causa da posição da incisão. A incontinência, impotência, ou lesão renal são as sequelas mais comuns.

Outra técnica é fazer uma incisão na parte inferior do

abdome, e abordar a próstata entre o arco púbico e a bexiga. Isto é denominado prostatectomia retropúbica. A perda sanguínea é controlada mais facilmente, entretanto, a inflamação do osso púbico é mais frequente.

Conduta de Enf. no pós-operatório

Os perigos imediatos após uma prostatectomia são o choque e a hemorragia. O sangramento pode ocorrer no leito da próstata.

Deve-se verificar também o frasco de drenagem, os curativos e o lugar da incisão para evidência alguma hemorragia. O paciente é observado quanto a sudorese fria, palidez, astenia, queda de pressão arterial e aumento da frequência de pulso. A drenagem da bexiga geralmente é feita por um sistema fechado e estéril. O sistema de 3 vias é útil para controlar o sangramento e a formação de coágulos. Um canal é usado para insuflar o balão, o segundo canal destina-se à irrigação contínua e o terceiro é para a saída da urina e da sol. de irrigação. Se o paciente queixou-se de dor, verifique o tubo e o sistema irrigador, corrigindo qualquer obstrução antes de administrar analgésicos. Um coágulo sanguíneo no cateter pode agir como ninho de infecção pós-operatório com hemorragia subsequente.

Se o paciente teve uma prostatectomia transmutal, o abdome inferior é observado para ver se não há intupimento do cateter. Evitar a superdistensão da bexiga, a qual pode produzir hemorragia ao forçar os vasos coagulados na cavidade prostática.

Além de hemorragia, infecções do trato urinário e epiderme são complicações possíveis após a prostatectomia. Após a remoção do cateter, pode haver vazamento de urina em torno da ferida, por vários dias, em pacientes submetidos a cirurgias perineais, suprapúbicas e retropúbicas.

Reabilitação e Educação do Paciente

Conforme passam os dias e os tubos de drenagem são re

movidos, o paciente com frequência mostra sinais de desencorajamento e depressão porque não está apto a controlar a bexiga imediatamente. Pode haver aumento da frequência urinária após remoção do cateter.

O seguinte exercício é útil para reobtenção do controle urinário. Aplicar tensão nos músculos perineais por aproximação das nádegas entre si; manter esta posição; relaxar. Os exercícios perineais são executados até que se obtenha total controle urinário. É importante para o paciente saber que o controle urinário será reobtido gradualmente e que mesmo que tenha alta do hospital com "gotejamento", ele gradualmente diminuirá. É bom que a família encoraje o paciente fazendo o máximo possível por muito tempo, pois isso aumenta a tendência ao sangramento.

O álcool deve ser evitado pois pode causar "queimação" urinária. O paciente deve tomar bastante líquido, pois a desidratação aumenta a tendência à obstrução por coágulos.

5. DIVERTÍCULO DO ESÔFAGO

É uma bolsa que a parede desta estrutura forma, geralmente na reg. cervical e sobre a parte posterior.

Os divertículos podem ocorrer em qualquer ponto ao longo do trato gastrintestinal, desde o esôfago até o reto.

Eles podem ser o resultado de uma degeneração local e enfraquecimento da parede muscular ou podem se dever a uma pressão mecânica aumentada.

A compreensão do esôfago pelo saco contendo alimento e líquido compromete o orifício esofageano distal.

O paciente primeiro nota dificuldade em engolir (disfagia) e que a garganta está cheia; frequentemente afirma que sente como se a comida parasse antes de alcançar o estômago. Por isso o pac. provocava vômito. Pode queixar-se de eructação e gorgolejo.

O divertículo ou bolsa enche-se de comida ou líquido, que mais tarde é regurgitado e pode provocar tosse pela irritação da traquéia.

A comida retida no divertículo tende a decompor-se dando à respiração um odor fetido (mau hálito). Como a doença é progressiva, o único meio de cura é a remoção cirúrgica.

Exames: Radiografia com bário: para determinar a exata natureza e localização do divertículo.

Esofagoscopia: geralmente é contra-indicado pelo perigo de perfuração. (No caso do paciente o exame não foi realizado pois o endoscópio não tinha passagem pelo esôfago).

Como este paciente é frequentemente vítima de níveis líquidos e alimentar não balanceados, faz-se a avaliação de seu estado nutricional para determinar as necessidades dietéticas.

Quando um paciente tem disfagia, é comum limitar sua

dieta àqueles alimentos que passam com mais facilidade. Refeições liquefeitas com suplemento de vitaminas são comumente ordenadas.

Depois da operação, o enfermeiro deve alimentar o paciente através do tubo nasogástrico, mas deve-se manter o registro cuidadoso de seu tipo, quantidade e características. Depois de cada alimentação, o tubo deve ser irrigado cuidadosamente com água.

Um segmento seccionado do cólon substitui o esôfago doente.

A incisão deve ser observada quanto as evidências de vazamento do esôfago e de desenvolvimento de fístula.

Câncer no Esôfago

Quase 2% de todas as mortes por câncer nos Estados Unidos são devido ao câncer do esôfago; aproximadamente 80% ocorrem em homens e a maioria envolve os dois terços inferiores do esôfago. O trauma crônico, como o produzido pelo uso frequente de álcool, tabaco, alimentos picantes e má higiene bucal parecem ser os fatores fundamentais.

O paciente sente primeiro dificuldade intermitente e crescente na deglutição. Um princípio, somente alimentos sólidos dão problemas, mas à medida que o crescimento progride e a obstrução torna-se mais completa, mesmo os líquidos não podem passar para o estômago. Há regurgitação de alimento e de saliva, a hemorragia pode aparecer e ocorre perda progressiva de peso e de resistência devido à inanição. Os sintomas tardios incluem dor subexternas, soluços, dificuldade respiratória e hálito fétido. A demora desde o apareciemnto dos sintomas iniciais até que o paciente procure conselho médico e frequentemente de doze a dezoito meses. O diagnóstico é confirmado pelo esofagograma, exame citológico das lavagens esofagionas, estudos de raios X por bário e esofascopia. A broncoscopia geralmente é realizada, especialmente em tumores dos terços mé-

dio e superior do esôfago, para determinar se a traquéia foi envolvida pelo tumor, auxiliando a verificar se a lesão pode ser removida.

Cuidados de Enfermagem pré-operatória

A remoção cirúrgica do crescimento é a única esperança de cura. A dificuldade na deglutição e a regurgitação de alimentos são as manifestações dessa doença. Dá-se atenção à administração de dieta hipercalórica, na forma líquida ou pastosa conforme a tolerância. A boa higiene oral também é encorajada pois a regurgitação deixa um gosto desagradável na boca. O paciente deve estar familiarizado com a natureza do equipamento em torno dele aose recuperar da anestesia, inclusive a drenagem hermética do tórax, sucção nasogástrica, líquidos parenterais e talvez um tubo de gastrostomia.

Terapia Pós-Operatória de Enfermagem

Como a cavidade torácica é penetrada durante a operação, seguem-se os cuidados pós-operatórios descritos para pacientes submetidos a cirurgia torácica.

Quando o paciente progride ao ponto de engolir líquidos, ele é observado cuidadosamente quanto a regurgitação e dispnéia. A temperatura é controlada para detectar qualquer elevação que possa indicar proejamento de líquido através do local operado para dentro do mediastino. Gradualmente a dieta passa a alimentos semilíquidos, pastosos e normais.

Jejunostomia

É uma sonda introduzida no jejuno através de um orifício na parede abdominal, podendo ser temporária ou definitiva.

As jejunostomias de drenagem têm as mesmas indicações das gastrostomias. As de alimentação, em que a sonda é dirigida

da no sentido do trânsito intestinal, na extensão de 10-12cm, tem indicação ainda mais ampla do que as gastrostomias a isto destinadas, visto poderem ser empregadas mesmo em caso de refluxo gastroesofágico comprovado ou no tratamento de fístulas de anostomoses esôfago-víscerais.

As únicas contra-indicações das jejunostomias de alimentação seriam as fístulas de intestino delgado e cólon e também as doenças que determinam disabsorção intestinal, sendo que nesses casos a alimentação parenteral não admite outras opções.

Os cuidados clínicos exigidos pelos jejunostomias superpõem-se, em muitos aspectos, aos tidos para as gastrostomias, dentre os quais destacam-se o uso de sonda de Levine nº 12 ou 14, não sendo necessário maior calibre, devidamente fixada e com cuidados de higiene em torno do orifício de exteriorização. Da mesma forma, as secreções drenadas devem ser cuidadosamente respostasm oara que se evitem desbalanceamentos hidroeletrólíticos e ácidos-básicos.

A dieta por jejunostomia deve ser infundida por gavagem, lentamente, não ultrapassando o vol. de 300 ml., a cada 3 hs., passando-se à formulação do segundo e terceiro períodos apenas quando o paciente já estiver adaptado a do primeiro, em termos de quantidade injetada, com gotejamento de soro glicosado a 5% nos intervalos, evitando-se desso forma a maior incidência de diarreia, distensão abdominal e "síndrome da alimentação por sonda".

A diarréia quando aparece, em geral cede com a suspensão temporária da dieta ou a volta à formulação de primeiro período, além do uso de abstipantes pela própria sonda. As vezes é determinada pela infusão de antibióticos, devendo-se no caso trocar a droga ou sua via de administração. A distensão abdominal também regride com o repouso intestinal, período durante o qual hidrata-se o doente por via parenteral.

Cuidados de Enfermagem

Manter jejum e drenagem da secreção pela sonda por 24

horas ou mais.

Iniciar a administração da dieta após a suspensão do jejum.

Aquecer a dieta e conectar ao frasco um equipo de soro e retirar o ar da extensão.

Colocar o frasco a uma altura de mais ou menos 50cm e conectar a sonda.

Colocar paciente em posição Fowler ou semi-Fowler.

Administrar a dieta gota a gota para melhor aproveitamentos dos nutrientes.

Observar técnica asseptica na administração, pois no duodema e jejuno e número de bactérias é mínimo e o ph é favorável ao crescimento bacteriano.

Integrar água na sonda após a administração da dieta para evitar obstrução e mantê-la limpa.

Fazer curativo ao redor da sonda diariamente e sempre que necessário, fixando-se a sonda com esparadrapo.

Observar lesões ao redor do orifício da jejunostomia e colocar protetores da pele (tintura de Benjoin).

Anotar quantidade, aceitação do paciente e intercorrências.

Controlar peso e correlacionar com a aceitação da dieta e outras intercorrências, tais como edema, diarréia, etc.

6. COLELITÍASE

Presença de cálculos que se formam na vesícula pelos constituintes sólidos da bile e variam em tamanho, aspecto e consistência. Pela análise, sabe-se que são feitos de colesterol, cálcio combinado com bilirrubina e sais inorgânicos.

Recentemente, pesquisas indicaram que a formação de células de colesterol é provavelmente devida à secreção, pelas células hepáticas, de bile anormalmente rica em colesterol e deficiência na concentração adequada e proporcional dos sais biliares.

Parece que o colesterol existe em estado altamente supersaturado de maneira que se precipitará na vesícula se não for transformado em solução pela mistura adequada de sais biliares. Isso indicaria que o fígado é origem da doença, mais do que a vesícula, propriamente.

A presença de cálculos indica alguma disfunção da vesícula e a doença é chamada de doença crônica da vesícula. O paciente pode se queixar de dois tipos de sintomas: aqueles devidos à doença da vesícula propriamente - desconforto e epigástrico como plenitude e eructação após as refeições, pirose, e dor crônica no andar superior direito do abdome; e aqueles devidos a obstrução das vias biliares por um cálculo - dor excruciante no abdome superior direito que se irradia para as costas ou o ombro direito, geralmente associada com náuseas e vômitos.

Esses sintomas são mais notados várias horas após uma refeição pesada que inclui frituras ou alimentos gordurosos. Um episódio de cólica biliar é causado pela contratatura da vesícula, estimulada pela gordura, que está tendo dificuldade de liberar a bile por causa da obstrução, provavelmente devida a um cálculo. A dieta imediatamente após a crise é geralmente limitada a líquidos sem gorduras.

Assistência de Enfermagem na Pós-operatória

Assim que o paciente se recuperar da anestesia, é colocado em posição baixa de Fowler. Podem ser dados líquidos pela veia; sucção nasogástrica alivia o paciente da distensão. Água e outros líquidos podem ser dados nas primeiras 24 hs. ; um clister e direta branda. após 72 hs.

A localização da incisão subcostal pode fazer com que o paciente imobilize a área operatória com respiração superficial para prevenir a dor, devendo o paciente ser encorajado a virar-se e a respirar profundamente a intervalos frequentes.

Em pacientes com colecistostomia ou coledocostomia , os tubos de drenagem devem ser conectados imediatamente a um ou mais recipientes de drenagem. Além disso o tubo deve ser firmemente preso aos curativos, ou ao lençol, porém com mobilidade suficiente para que o paciente não o desloque ao se mover. A enfermeira precisa ter cuidado especial ao virar ou levantar esses pacientes a fim de não deslocar os drenos . Para evitar uma perda total de bile, o tubo de drenagem pode ser colocado acima do nível do abdome, de maneira que a bile drene para o sistema somente se houver pressão no trato biliar. A bile coletada deve ser medida e anotada a cada 24 hs., sendo caracterizada sua cor e aspecto.

Após 5 ou 6 dias de drenagem, os tubos podem ser grampeados por uma hora, antes e depois de cada refeição, objetivando a liberação de bile no duodeno para ajudar na digestão. Dentro de 7 a 10 dias de drenagem os drenos são removidos da vesícula e ou do canal colédoco. A bile pode continuar a drenar pelo orifício de drenagem em consideráveis quantidades por algum tempo e necessita mudança frequente dos curativos e proteção da pele contra irritação. Em todos os pacientes com drenagem biliar, as fezes devem ser observadas diariamente e anotada a sua cor, aspecto e consistência. A dieta desses pacientes é pobre em gorduras e rica em carboidratos e proteínas. Os pacientes geralmente recusaram-se por si mesmos, a comer alimentos gordurosos devido a náusea que se segue. A administração de vitamina K continua após a operação.

Esses pacientes são sujeitos a complicações pulmonares, como todos os pacientes de cirurgias abdominais altas. Devem ser induzidas a respirar profundamente. Deve-se movimentá-los, tirando-os do leito tão precocemente quanto for permitido para evitar tromboflebites e atelectosias pulmonares e complicações. Uma faixa abdominal pode tornar-se confortável para o paciente ao se levantar do leito pela primeira vez.

Instruções para a Alta Hospitalar

Geralmente quando não houver complicações, o paciente pode deixar o hospital após 10 a 14 dias. Geralmente não há instruções dietéticas especiais a não ser a manutenção de uma dieta nutritiva e pobre em gordura.

7. TUMORES DO INTESTINO

Os tumores do intestino delgado são raros, por outro lado os tumores do cólon e do reto é atualmente o tipo mais comum de câncer interno.

Pólipos benignos são muito mais comuns no intestino grosso que no delgado. Quando múltiplos, a condições é denominada de polipose - sempre, aparentemente, uma anormalidade de congênita, se tornando frequente e cancerosas.

Câncer do Cólon

O câncer de cólon e do reto sempre cresce do epitélio do intestino. Os efeitos produzidos dependem da sua localização.

Etiologia

- Eolite ulcerativa
- Diverticulite
- Presença de carcinogênios, nos elementos (está relacionado com conteúdo fibroso menor que o normal. A deficiência de fibras parece estar relacionado com o tempo de trânsito intestinal com volume e consistência das fezes.
- Usar a mesma gordura repetidas vezes para fazer fritura
- Hereditariedade.

Manifestações Clínicas

No caso de câncer em qualquer parte do tratamento gas

trintestinal, os principais sintomas são:

- saída de sangue pelas fezes
- anemia
- obstrução
- perfuração.

Uma obstrução súbita pode ser o 1º sintoma de câncer, envolvendo o cólon, localizado em algum lugar entre o ceco e a sigmóide, porque nessa região, onde o conteúdo intestinal é líquido a obstrução se desenvolve lentamente e não se torna evidente a menos que a luz se feche totalmente.

O câncer da sigmóide e do reto causa sintomas precoces de:

- obstrução parcial com constipação alternada com diarréia;
- cólicas abdominais baixas;
- distensão abdominal.

Sintomas adicionais sempre presentes:

- Cansaço progressivo
- Anorexia
- Perda de peso
- Anemia
- Dor abdominal baixa.

Exames feitos

1. Exame abdominal e retal - toque-retorrágia um sinal importante.

2. Sigmoidoscopia - para inspecionar reto e sigmóide, evidência de ulceração, tumores, polipos, outras patologias.

Nesses procedimentos utilizam instrumentos tubulares

que incorporam pequenas lâmpadas elétricas que permitem visualizar diretamente a luz da parte inferior do intestino.

A posição e a Maometria (joelho e tórax) num ângulo de 45°C em mesa proctoscópia.

3. Exame repetido das fezes para evidenciar a presença de sangue.

4. Determinação da hemoglobina sangue para anemias.

5. Urologia

6. Raio X baritado ou clister opaco - revelar presença de polipos, tumores e outras lesões do intestino grosso e mostrar qualquer anormalidade anatomia ou mal funcionamento do intestino.

Conduta Terapêutica e Responsabilidade do Enfermeiro

Preparação para Operação:

- dieta rica em calorias e poucos resíduos;

- uso de anti-sépticos intestinais do grupo das sulfas (succimil-sulfatiazole) e meomicina.

* dados oralmente para reduzir o conteúdo bacteriano do cólon e para amolecer e para o seu conteúdo.

- limpeza mecânica do intestino - laxativos, clisteres, ou irrigação calônicas.

- atenção cuidadosa às queixas de dor

* investigar a administração de fluídos e manter o balanço adequado.

- observar e anotar perdas de líquidos - vômitos/diar_{reia}.

* para regular a administração de fluídos e manter o balanço adequado.

- quando a hemoglobina está abaixo de 12 g. - transfu_{são} de sangue.

* devido anemia.

- intubação nasogástrica pré-operatória

* facilita a cirurgia intestinal e minimiza a dis_{tensão} pós-operatória.

- sonda vesical (centro cirúrgico)

* Para assegurar quando a bexiga esteja vazia duran_{te} a cirurgia e evitar perfuração da bexiga. Ajuda_{rá} a manter os curativos perineais pós-operatórios secos.

HISTÓRIA DO PACIENTE

Paciente apresenta sangramento nas fezes, cerca de um ano e meio, sendo seu problema principal.

Foi ao farmacêutico que tratou-o o como se fosse hemorróida, mas o sangramento persistia e foi procurar médico do INAMPS, que também trata-o como se fosse hemorróida. Por im procurou remédios caseiros e até curandeiros, mas de anda adiantou, a dor tipo ardência ao evacuar aumentou muito dando, a sensação de ter ficado fezes no bolo fecal (tenesmo).

A frequência das evacuações também aumentou muito, indo eva_{cuar} 15 vezes por dia.

As fezes começaram a ficar chatas, como fitas flatos e nos três últimos meses só evacuava sangue puro.

O paciente sentiu que o seu caso não era hemorróida , onde exigiu ao médico que queriam vir para Florianópolis se tratar.

Sintomas como edema, palidez, emagrecimento, cianose, prisão ventre, icterícia, calafrios e sudorese o paciente negou todos.

Como vemos, o paciente ficou nesse vai e vem cerca de um ano e meio, perdendo muito tempo com uma assistência totalmente inadequada.

Poder-se-ia ter pego esse paciente num estágio bem menos avançado de sua doença.

Chegando no Hospital Universitário, submeteu-se a alguns exames, como inspeção anal onde apresentou retoragia importante (sangramento ao toque) sendo uma indicação importante retosefmoidoscopia e radiografia controlada que os resultados indicaram cirurgia.

Submeteu-se a amputação do reto e feito no quadrante inferior esquerdo uma colostomia.

Colostomia

É a abertura temporária ou permanente do cólon através da parede abdominal.

O paciente deve ser informado pelo cirurgião.

É um procedimento para salvar a vida, compatível com a participação na vida ativa social e profissional.

Devem estar presentes: coragem
otimismo
determinação.

Receber apoio da equipe de saúde, familiares;

Receber apoio e conhecer outros colostomizados.

Cirurgia

Dependerá da posição e da extensão do câncer.

Quando o crescimento está situado mais abaixo, na sigmóide ou no reto, o cólon é cortado acima do crescimento e colocado na parede abdominal, formando um ânus abdominal denominado - **Colostomia**.

O crescimento é então removido por baixo, por uma incisão perimeal. (Resseção abdo^{min}anoperineal).

Cuidados e Ensina^{men}tos ao Colostomizado

- Conhecer o paciente - o que ele pensa, sente, expressa, esconde, deseja, teme, etc...

- Devemos entender e praticar a psicologia e os princípios de aprendiza^{do}.

* Cada caso, é um caso particular.

Preparo Psicológico:

O apoio e o ensina^{men}to devem ser individualizados

* A mesma abordagem não pode ser apropriada para todos os pacientes.

A extensã^o psicológica deve ser abordada em bases pessoais.

- O paciente deve saber:

- . o que é uma Colostomia
- . qual a sua função
- . que não precisa mudar sua maneira de viver, e que com paciência, logo estará apto a manusear, controlar e comandar.

Paciente que nunca viu uma Colostomia, o choque da primeira visão pode ser minimizado, se no pré-operatório forem mostrados desenhos, modelos, ou até anatomia envolvida.

Necessita saber que a aparência avermelhada e o grande tamanho do estômago diminuirão no tempo certo.

Período Pós-operatório Precoce

O paciente é ajudado a levantar da cama no 1º dia;

É encorajado a cuidar de sua colostomia desde a primeira irrigação;

O retorno à dieta normal é rápida;

Todo esforço é feito para encorajá-lo a viver como o fazia antes da operação;

Cuidados em manter uma gase-umidecida;

Cuidados com a pele: ao retirar a bolsa e ao colocar, fazer um de benjoin para lubrificar a pele, protegendo-a do produto adesivo da bolsa.

Colocação correta da bolsa para evitar extravazamento e com isto aumentar a frequência da troca.

COMPARAÇÃO ENTRE COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

CATEGORIA	COLOSTOMIA	ILEOSTOMIA
Definição	<ul style="list-style-type: none"> - Uma porção do cólon é trazido para a parede abdominal, abertura temporária ou permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uma porção do íleo é trazida para a parede abdominal, criando uma abertura permanente.
Indicação	<ul style="list-style-type: none"> - Condição patológica que envolvem o intestino grosso. Exemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Processos inflamatórios ou obstrutivos do trato intestinal baixo; - Ruptura congênita ou traumática do trato intestinal; - Câncer de reto ou da flexura sigmóide onde a anastomose não é possível. - Promover a saída dos produtos intestinais não aproveitados 	<ul style="list-style-type: none"> - Condições patológicas que envolviam o intestino delgado: Exemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Colite ulcerativa, na vasta maioria dos casos - Doença de Crohn. - Para promover a saída dos produtos não aproveitados, quando o cólon foi removido.
Propósito	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a saída dos produtos intestinais não aproveitados 	<ul style="list-style-type: none"> - Para promover a saída dos produtos não aproveitados, quando o cólon foi removido.
Localização	<ul style="list-style-type: none"> - Cólon 	<ul style="list-style-type: none"> - Íleo
Reservatório	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado 	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum
Incidência de Evacuação	<ul style="list-style-type: none"> - 24 - 48 hs. em medidas de controle 	<ul style="list-style-type: none"> - Constante
Consistência da evacuação	<ul style="list-style-type: none"> - Fezes ligs. e moldadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Líquido amarelo, verde ou marron
Meios de Controle	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum controle voluntário. Controle potencial com dieta e/ou irrigação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum controle voluntário. Bolsa aderente, se necessária.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BOGLIOLO, Luigi. Patologia. 3ª ed. São Paulo, Guanabara Koogan, 1982.
2. BRUNNER/SUDDARTH. Enfermagem Médico-Cirúrgico, 3ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
3. CIVITA, Victor. Grande Enciclopédia Médica, vol. 6, São Paulo, Abril S/A Cultural, 1973.
4. _____ . Esôfago, Rev. Medicina e Saúde, 2ª ed., São Paulo, Abril S/A Cultural, 1973.