

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TEORIA DE DOROTHY JOHNSON E A CLASSIFICAÇÃO
DIAGNÓSTICA DA NANDA EM TERAPIA INTENSIVA:
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

por,

MARIA BETTINA CAMARGO BUB

FLORIANÓPOLIS - SC

MARÇO DE 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

AREA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

D I S S E R T A Ç Ã O

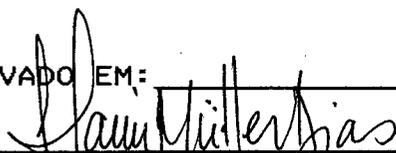
TITULO: TEORIA DE DOROTHY JOHNSON E A CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA
DA NANDA EM TERAPIA INTENSIVA: IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM

Submetido a Banca Examinadora para obtenção do Grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM

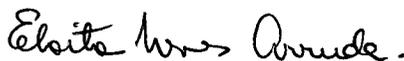
por

MARIA BETTINA CAMARGO BUB

APROVADO EM:



Dra. Lygia Paim Muller Dias
Presidente



Dra. Eloita Neves Arruda
Examinador



Dra. Mercedes Trentini
Examinador



Dra. Lidvina Horr
Examinador - suplente

ORIENTADORA: Dra. Lygia Paim Muller Dias

Ao meu avô Victor (in memorian), agradeço o estímulo constante na busca pela competência profissional, pela tua "garra" e testemunho de vida deixado. Vô tu partiste, mas permaneces em nossos corações.

Agradeço especialmente ao Théo, meu marido, amigo e companheiro por compartilhar comigo este momento de crescimento pessoal. Aos meus filhos Teteco, Lilito, Tetê e Chiquinho, por compreenderem, cada um dentro de suas possibilidades, a importância da contribuição deste trabalho para nossas vidas. Aos meus pais, pelo amor, estímulo e apoio. À minha avó Esther pela proteção e demonstração de afeto.

AGRADECIMENTOS

O esforço e a colaboração de muitas pessoas, foi decisiva para que este trabalho fosse realizado.

Aos pacientes, e familiares, que apesar de sua dor e sofrimento, aceitaram compartilhar comigo desta experiência.

À equipe da UTI, pela receptividade, pela colaboração e pela amizade. Por vocês tenho carinho e admiração muito especiais.

As colegas e amigas da 6ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, pela compreensão e paciência.

Ao Departamento de Enfermagem da UFSC, por fornecer, dentro do possível, condições favoráveis para a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem.

As amigas Denise e Maria Albertina, pelo seu auxílio, críticas e sugestões.

À minha amiga Vera, pelo estímulo e por permanecer comigo em pensamento.

À Inês, pelo alívio das tensões.

À Margareth, Marisa e Kenya, pelo apoio e incentivo.

À Cleusa e Dalva, pela amizade sincera.

À Beatriz, pelo auxílio e disponibilidade.

À minha orientadora, pela sua dedicação, orientação segura e humana, por compartilhar idéias e pelo apoio emocional. Realizar este trabalho sob sua orientação foi uma experiência muito agradável.

À Professora Lidvina Horr, se não fosse por você, talvez hoje eu não seria enfermeira.

À Professora Dra. Eloíta Neves Arruda, pelo apoio, disponibilidade e orientação na fase do projeto.

Às Professoras Dra. Mercedes Trentini e Dra. Ingrid Elsen, pela transmissão de conhecimentos e pelo estímulo.

Aos meus amigos Regina e Antônio Rosik, pela disponibilidade e sensibilidade na elaboração da representação gráfica do ser humano conforme o Modelo de Johnson. À vocês toda a minha admiração.

Ao Paulo, pela sua amizade e presteza.

À Rosa, pela disponibilidade e lembretes nas horas certas.

Ao Maurício, pela assessoria de informática.

À Martha, pelo importante auxílio na fase de acabamento do trabalho.

Aos meus colegas de Curso de Mestrado em Enfermagem, por contribuírem para o enriquecimento pessoal.

Aos meus irmãos, com quem sempre pude contar. Por compartilharem comigo os momentos difíceis e manterem uma retaguarda firme a qual permitiu a conclusão deste trabalho. Sem vocês, esta experiência não seria tão rica.

Ao vô Bub e a Lydia, pela compreensão, apoio e afeto.

A todos que cooperaram de alguma forma, toda a minha gratidão e respeito.

RESUMO

Trata-se de um relato da experiência do processo assistencial, realizado com pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral de Florianópolis, utilizando conceitos da Teoria de Dorothy Johnson, desenvolvido no período de maio a julho de 1989. Os objetivos deste trabalho foram: 1) Elaborar um marco conceitual e correspondente processo de enfermagem; 2) Prestar assistência de enfermagem; e 3) Avaliar o processo de assistência, auto questionando aspectos do processo de aplicação do marco conceitual. O marco conceitual elaborado constituiu-se dos conceitos de Ser Humano, Estabilidade/Instabilidade, Ambiente e Enfermagem. A partir deste marco foi desenvolvido um processo de enfermagem. Na etapa de diagnóstico foi utilizada a classificação diagnóstica aprovada na 7ª Conferência de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O instrumento de levantamento de dados foi testado em cinco pacientes. Foram assistido três pacientes conforme o processo de enfermagem desenvolvido. Observou-se que o instrumento de levantamento de dados elaborado, a formulação dos diagnósticos de enfermagem conforme a Classificação Diagnóstica da NANDA e a utilização da S D T foram aspectos importantes da metodologia assistencial utilizada. Todos os conceitos do marco mostraram-se adequados para a assistência de enfermagem a pa-

cientes internados em UTI. A assimiliação dos conceitos do modelo de Johnson, a elaboração e adaptação de um instrumento de levantamento de dados e o estabelecimento dos diagnósticos relacionados a causa, foram as dificuldades mais sentidas inicialmente. A ausência de enfermeiro 24h e rotinas de cuidados básicos deficientes foram os fatores que mais dificultaram a operacionalização do processo assistencial. A interação com os profissionais da equipe de saúde da unidade foi o fator mais relevante na facilitação deste trabalho.

ABSTRACT

This dissertation describes the experiment with an assisting process based on the concepts of Dorothy Johnson's Theory and applied to adult patients at the Intensive Care Units of a general hospital in Florianópolis. Such an experiment took place from May to July, 1989. Its objectives were: 1. To formulate a conceptual frame as well as its corresponding nursing process; 2. To put this nursing process into practice; and 3. To evaluate the nursing process according to aspects of the applying process of the conceptual frame. The conceptual frame formulated consisted of the concept of Human-being, Stability/Instability, Environment and Nursing. Based on this conceptual frame, a nursing process was developed. In the diagnosis stage, the diagnostic classification approved at the 7th Conference of the North American Nursing Diagnosis Association(NANDA) was utilized. The instrument of data investigation formulated, the Diagnostic-Therapeutic Summula were important aspects of the assisting methodology utilized. All the concepts of the frame proved to be adequate for assisting patients at the ICU. The assimilation of the concepts of Johnson's model, the formulation and adaptation of an instrument of data investigation and the establishing of

the diagnosis related to the cause were, initially, the most difficult tasks. The absence of Full-time(24h) nurse and deficient basic care routines were, in turn, the main factors which made the functioning of the assisting process difficult. The interaction with the health professional at the ICU was the most relevant factor for making this experiment possible.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVOS.....	06
REVISÃO DE LITERATURA.....	07
3.1. Unidade de terapia intensiva (UTI) e suas características.....	07
3.2. A problemática do paciente em UTI.....	13
3.3. A problemática da equipe de saúde em UTI.....	27
3.4. A assistência de enfermagem em UTI.....	31
MARCO CONCEITUAL.....	37
4.1. Processo de escolha do marco.....	37
4.2. Informações sobre Johnson, desenvolvimento de seu Modelo e implementação nas diversas áreas da enfermagem Norte Americana.....	43
4.3. Pressupostos.....	48
4.4. Conceitos do Marco.....	50
4.4.1. Ser Humano.....	51
4.4.2. Estabilidade/Instabilidade.....	56
4.4.3. Ambiente.....	58
4.4.4. Enfermagem.....	60

0 CENÁRIO ASSISTENCIAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	64
5.1. Descrição do Cenário Assistencial.....	64
5.2. Desenvolvimento do Processo de Enfermagem.....	70
5.3. O Processo de Enfermagem	79
5.3.1. Levantamento de Dados.....	80
5.3.2. Diagnóstico de Enfermagem.....	81
5.3.3. Intervenção de Enfermagem.....	83
5.3.4. Avaliação de Enfermagem.....	84
0 PROCESSO ASSISTENCIAL.....	87
6.1. Período de adaptação.....	87
6.2. Teste de instrumento de levantamento de dados.....	89
6.3. Tentativa de operacionalização do Processo Assistencial.....	106
6.4. Viabilização do Processo Assistencial.....	112
AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL.....	132
7.1. Realidade Versus Proposta.....	132
7.2. Pacientes e familiares.....	133
7.3. Equipe de saúde.....	134
7.4. Processador da experiência.....	138

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	145
8.1. Dimensões e determinantes do comportamento humano.....	145
8.2. Indicativos de assistência de enfermagem.....	153
8.3. Contribuição da Enfermagem no cuidado à saúde.....	155
RECOMENDAÇÕES.....	163
BIBLIOGRAFIA.....	165
ANEXOS	
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

O avanço técnico-científico na área da assistência ao paciente grave determinou o surgimento de uma abordagem terapêutica denominada tratamento intensivo. Esta abordagem exigiu que dentro dos hospitais fossem organizadas áreas físico-funcionais específicas ao cuidado intensivo em situações críticas de saúde individual, denominadas Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo que, no Brasil a criação destas unidades se deu a partir de 1970.

O tratamento intensivo, além da área físico-funcional específica, requer equipes multiprofissionais, nas quais estão incluídos profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e líder espiritual (Gomes, 1988). Toda a equipe deve ser treinada a fim de assistir adequadamente o paciente crítico ou de alto risco e potencialmente recuperável.

Conforme Carr (1987) a enfermagem de terapia intensiva deve estar suficientemente instrumentalizada para assistir os pacientes dentro de 02 grandes esferas de problemas: a esfera física e a psicológica. A autora, estudando os problemas da esfera física, verificou que estes pacientes frequentemente

apresentavam problemas à nível de consciência, respiratórios, cardiocirculatórios, de temperatura corporal, gastrointestinais, urogenitais, de locomoção e movimentação; e, tegumento cutâneo-mucoso. Stoddart (1977) cita três tipos de risco físico presentes no paciente internado em UTI: 1) Úlceras pépticas tensionais; 2) Os perigos inerentes ao tratamento; e, 3) O risco potencial do supertratamento. Por outro lado, Koizumi, Kamiyama e Freitas (1977) estudaram os problemas e expectativas dos pacientes em UTI relacionados à área expressiva. Assim, os problemas mais frequentes, encontrados pelas autoras, em ordem decrescente foram: Separação da família; Ambiente desconhecido e agressivo; quebra de hábitos de alimentação e hidratação; e, medo de morrer. As principais expectativas verificadas foram: atenção individualizada; observação constante; pronto atendimento; fornecimento de informações sobre o estado geral e tratamento; assistência à higiene corporal, conforto físico e ajuda na movimentação; e, ambiente calmo e silencioso.

Face a problemática do paciente internado em UTI, Gomes (1988) afirma que o enfermeiro deve ter um preparo especial, porque ele necessita interpretar mudanças bruscas nos sinais físicos do paciente, conhecer o equipamento e iniciar medidas de emergência. A autora afirma ainda, que a fundamentação teórica, capacidade de liderança, discernimento, trabalho iniciativa e responsabilidade são imprescindíveis. E, que autoconfiança, amplo conhecimento técnico-científico e trabalho me-

tódico são essenciais para liderar o grupo, atender o paciente e manejar o equipamento.

Em UTI, problemas não são privilégio somente dos pacientes. Mello Filho e Luce apud Ciosak e Sena (1983) citam o clima de evasão e brincadeiras como forma encontradas pela equipe destas Unidades, para se defender da angústia sofrida pelo temor de vivenciar situações difíceis durante o plantão. Alerta que, estas equipes tem que tomar cuidado para não se constituir, elas próprias em causas de tensão adicional para o paciente. Surpreendentemente, Pitta (1990), em sua Tese de Doutorado, estudando o processo de trabalho e o sofrimento psíquico em 1.525 trabalhadores de um hospital geral do Município de São Paulo, verificou que os profissionais da equipe de saúde da UTI, deste hospital, tinham uma frequência de sofrimento psíquico de 20,0%, frequência esta, muito inferior as encontradas em outros setores como "órtose e Prótese (66,7%), Centro de Materiais (43,5%), Laboratório (31,4%), Farmácia (29,3%), Rouparia (24,4%), Arquivos Estatísticos e Recepção (23,0%), e Maternidade (21,5%).

[Tendo consciência da problemática do paciente internado em terapia intensiva; e, da importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e da utilização de um modelo teórico, como componentes essenciais para minimizar os problemas bio-psico-sociais destes pacientes e contribuir para o de-

desenvolvimento científico da enfermagem, é que resolvi assitir os pacientes internados na UTI de um hospital geral de Florianópolis, utilizando um processo de enfermagem fundamentado na Teoria de Homem como Sistema Comportamental de Dorothy Johnson e na Classificação Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A opção pelo modelo de Johnson e da Classificação Diagnóstica da NANDA ocorreu por dois motivos. O primeiro, por entender que o momento pelo qual passa a enfermagem é de busca exaustiva por modelos que orientem a prática profissional e que permitem o esclarecimento do objeto de trabalho e do papel social do enfermeiro, possibilitando o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio. E, o segundo, por ter verificado que no Brasil, são escassos os trabalhos que relatam a experiência com a utilização destes dois referenciais teóricos. O escasso conhecimento, tanto do Modelo de Johnson quanto da Classificação da NANDA no Brasil se constituiu no principal desafio que me motivou a realizar este trabalho. Ademais, a experiência profissional em UTI e a convicção de que trabalhos desta natureza são fundamentais para o desenvolvimento de práticas científicas no Processo Assistencial aos pacientes, reforçam o interesse em realizar esta Dissertação, sob a forma de relato e discussão de experiência prática-assistencial.

A avaliação desta experiência se inicia no capítulo em que descrevo o Processo Assistencial, onde avalio basicamente, a adequação dos conceitos do Marco Conceitual formulado a partir do Modelo de Johnson, e da Classificação Diagnóstica da NANDA, diante da realidade assistencial de enfermagem em UTI.

No capítulo de Avaliação do Processo Assistencial, avalio o Processo Assistencial frente à aspectos da realidade institucional, reação de pacientes e familiares e, equipe de saúde. Neste capítulo, avalio também o Processo Assistencial face às facilidades, dificuldades, desafios do cotidiano, sentimentos e conquistas pessoais resultantes do mesmo.

As implicações para a enfermagem são discutidas a partir dos temas: Dimensões e determinantes do comportamento humano; Indicativos da assistência de enfermagem; e, Contribuição da enfermagem no cuidado à saúde, todos temas emergentes de elementos constitutivos dos pressupostos.

Espero que, através do relato desta experiência de assistir seres humanos em UTI, possa ter contribuído de alguma forma para a melhoria da qualidade da assistência nestas unidades e para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem.

OBJETIVOS

Elaborar um marco conceitual e correspondente processo de enfermagem adaptado ao desenvolvimento da assistência a pacientes internados em UTI, fundamentado no modelo de Johnson;

Prestar assistência a pacientes internados em UTI tendo como guia o marco conceitual e processo de enfermagem formulado a partir do modelo de Johnson; e

Avaliar o processo de assistência, auto-questionando aspectos do processo de aplicação do marco conceitual projetado e adaptado a partir do modelo de Johnson.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Unidade de Terapia Intensiva e suas características:

As doenças graves sempre se constituíram uma preocupação tanto para os que a têm como para os que a tratam. Florence Nightingale, na guerra da Criméia, preocupou-se em agrupar os pacientes mais graves junto à área de atuação das enfermeiras com a finalidade de observá-los e atendê-los continuamente. Esse critério baseado no grau de dependência, foi chamado de "Vigilância Nightingale". O avanço científico e tecnológico na área de atenção ao paciente grave foi marcante nas últimas décadas, gerando entre 1950 e 1970 uma abordagem terapêutica designada de tratamento intensivo e tratamento crítico (Bendixem, Kinney, 1979). Antes da década de 50, poucos hospitais possuíam UTI. A implantação destas unidades no Brasil foi iniciada na década de 70 e se difundiu rapidamente (Koizumi, 1977).

A expansão do tratamento intensivo gerou a necessidade de equipes multiprofissionais, padronização do atendimento e normatização de condutas. Afim de suprir esta necessidade foi

criada a Associação de Medicina Intensiva (AMIB). Essa associação define UTI como "o local onde os pacientes graves ou de alto risco são atendidos em sistema de vigilância contínua". Revisando a literatura acerca de definição de UTI, verificou-se que autores como Simão (1976), Koizumi (1977), Gomes (1988), Carr (1987), Dias (1983) e Anjos (1983) são unânimes ao afirmar que a UTI é o local onde se assiste pacientes graves em regime de vigilância contínua. Entretanto, estes autores, de uma forma ou de outra, acrescentam novos aspectos à definição da AMIB. Um destes aspectos refere-se ao prognóstico do paciente. Assim, para Simão (1976), Koizumi (1977) e Carr (1987); o paciente a ser internado em UTI deve ser potencialmente recuperável. Afirma que a vigilância contínua deve ser dada por pessoal especializado (Simão, 1976, Carr, 1987 e Dias, 1983) e citam que o material e equipamentos especializados fazem parte do contexto destas unidades (Simão, 1976 e Carr 1987). Simão(1976) acrescenta ainda, que a UTI tem a finalidade de reduzir a morbidade e a mortalidade, assistindo o paciente até que se alcance a estabilidade dos seus sistemas vitais, dentro dos padrões pré-estabelecidos. E, Lopes, Vreeland e Ellis, Sweentland, Parker e, Hodge apud Koizumi (1977) referem-se ao ambiente da UTI como "um dos mais agressivos e traumatizantes".

O avanço científico e tecnológico foi também responsável pela criação de Centros de Tratamento Intensivo (CTI). Esses constituem-se de várias unidades de tratamento intensivo,

cada qual responsável pelo tratamento intensivo de doenças pertinentes aos diversos grupos e causas. Estes centros surgiram com a finalidade de tratar intensiva e integradamente os pacientes críticos e multidisciplinares, oferecendo muitos tipos de tratamento intensivo, evitando a duplicidade desnecessária na utilização de espaço físico, equipe e equipamento (Kinney, 1983). Os CTIs representam o máximo de racionalização e eficiência do cuidado intensivo e, para Kinney, (1983) um bom CTI é o hospital do hospital.

Independente se estar internado em UTI ou CTI o paciente crítico ou de alto risco e potencialmente recuperável é o foco de atenção da equipe de saúde. No entender de Gomes (1988), paciente crítico é aquele que apresenta comprometimento importante das funções vitais e paciente de alto risco é aquele que, embora se encontre bem no momento, pode apresentar subitamente alterações graves de suas funções vitais.

Várias são as condições patológicas que podem levar o paciente ao estado crítico ou de alto risco. Bub et al (1976), estudando as causas de internação e óbito na UTI de um hospital geral de Florianópolis, verificaram que dentre os 677 casos estudados, no período compreendido entre abril de 1985 a julho de 1986, as 03 principais causas de internação foram: as doenças do aparelho circulatório (39,1%), as doenças do aparelho geniturinário (19,9%), e lesões e envenenamentos e doenças do apa-

relho respiratório com 16,0% e 11,8%, respectivamente. Dos 148 óbitos ocorridos, 31,1% foram devido a doença do aparelho circulatório, 14,2% devido a doença do aparelho geniturinário e 12,8% devido a lesões e envenenamentos. No geral, proporcionalmente, 66,2% dos casos tiveram alta, 25,3% tiveram óbitos, 8,5% foram transferidos e 5,6% tiveram destino ignorado. A distribuição dos óbitos, segundo grupo etário e sexo, foi 63,9% para o sexo masculino e 36,1% para o feminino. A idade média para o sexo masculino, feminino e geral foi de 49,7, 59,5 anos respectivamente, mostrando uma média de 10 anos mais de sobrevida para as mulheres. A maior frequência das internações ocorreu entre 13 e 19 horas e o tempo de internação modal foi de 1 dia. Neste estudo pode-se verificar que as causas de internação e óbito ocorreram nos mesmos grupos de causas.

Pela escassez deste tipo de estudo, tornam-se difíceis as comparações e generalizações com e para outras UTIs. Por outro lado, o referido trabalho possibilitou a determinação de uma série de características desta UTI relacionadas ao motivo de internação e óbitos, distribuição dos óbitos segundo faixa etária e sexo, mortalidade geral, horário de maior frequência das internações e rotatividade.

Sempre que se refere as causas de internação em UTI não basta enumerá-las. É necessário que se conheça os critérios de admissão e alta para estes pacientes, pois estes critérios

irão determinar quando um paciente está em estado crítico ou de alto risco, quando é potencialmente recuperável e quando atingiu a estabilidade dos seus sistemas vitais, Para Simão (1986, p.21) "A internação deve fundamentar-se no quanto de assistência requer o paciente e não na entidade clínica, de per si".

Alguns critérios devem ser seguidos para a admissão e alta dos pacientes em UTI que retratem se existe condição de ameaça real ou potencial de vida. Um deles cita que existem 03 grupos de doentes graves: 1) pacientes que apresentam instabilidade de um dos grandes sistemas fisiológicos (nervoso, respiratório, circulatório, renal ou digestivo); 2) pacientes cujos grandes sistemas fisiológicos estão estáveis, mas correm o risco de desenvolver complicações (p.ex. paciente com infarto agudo do miocárdio, pós-operatório de grandes cirurgias, etc); e 3) pacientes que, pelo seu estado clínico, requerem uma contínua vigilância médica e de enfermagem e a utilização de aparelhagem especializada que só se encontra na UTI (Simão, 1986).

Outros critério, classifica os pacientes em 05 tipos, que são: 1) Cuidados pós-operatórios para aqueles pacientes que não reagiram suficientemente bem para serem atendidos fora da UTI, ou que tenham tendências a desenvolver complicações ou que já tenham desenvolvido, requerendo continuada observação e cuidado intensivo de enfermagem; 2) pacientes com enfermidade cardíaca aguda, quando o hopsital não possui uma unidade coro-

nária; 3) pacientes com emergência sêria, sofrendo de coma, choque, hemorragia, perturbações respiratórias ou convulsões; 4) desequilíbrio hidreletrolítico sério; e 5) pacientes com insuficiência renal aguda, resultante de trauma ou ingestão de substâncias tóxicas, exigindo hemodiálise ou diálise peritoneal, quando não existir unidades para pacientes renais agudos (Gomes, 1988). Apesar desta última classificação especificar melhor as situações críticas e de alto risco, parece que os critérios citados por Simão (1976), contemplam todas as situações expressas nas 05 categorias citadas por Gomes (1988). Como pode verificar, estão fora de ambos os critérios de admissão os pacientes terminais. O cuidado necessário a estes pacientes resume-se a uma enfermagem competente. Não são necessários equipamentos e vigilância médica contínua, e sim o tratamento suportivo.

Quanto aos critérios de alta, Simão (1976) descreve 02 situações em que o paciente já pode ser liberado da UTI, a saber: 1) avaliado estado de gravidade e obtida a estabilização dos sistemas vitais, mas ainda subexistindo o processo patológico básico, o paciente deverá ser transferido para a unidade de cuidados intermediários; e 2) a recuperação pode ser quase total, o que indica alta e a remoção para a unidade de internação. Algumas vezes na prática assistencial, se observa um impasse entre os médicos e a enfermagem quando da alta de pacientes que necessitam cuidados de enfermagem rigorosos, os

quais não poderão ser dispensados em outra área do hospital. Como nos casos de pacientes em diálise peritoneal, em convalescença de traumatismo cranioencefálico e politraumatismo e outras situações nas quais não há mais instabilidade dos sistemas vitais, porém permanece elevada a demanda de cuidados de enfermagem e o uso de equipamentos e de cuidados médicos é mínimo. Segundo Gomes (1988), nestas situações a enfermagem pode recomendar que o paciente permaneça na UTI, quando não houver unidade de cuidados intermediários ou as unidades de internação não dispuserem de pessoal de enfermagem para a prestação da assistência.

Os assuntos tratados até o presente momento são importantes para a enfermagem na medida em que situam os pacientes críticos e de alto risco dentro das entidades nosológicas que desencadeiam este estado. Porém, para a assistência de enfermagem é necessário que se conheçam os problemas de enfermagem mais frequentes dos pacientes internados em UTI.

3.2. A problemática do paciente em UTI

Carr (1987) foi um dos autores que estudou os problemas de enfermagem da esfera física de pacientes internados em UTI. Seu objetivo foi de identificar qualitativamente os problemas mais frequentes e determinar os parâmetros que devem ser

sistematicamente investigados. Considerou problemas de enfermagem "como toda condição apresentada pelo paciente, na qual a enfermagem precisa prestar cuidados profissionais". (Carr, 1987, p.25). A população estudada constituiu-se de 60,0% de pacientes de sexo masculino, sendo que, 40,0% tinham idade entre 40 e 60 anos e 42% de 60 a 80 anos. A grande maioria dos pacientes tinha se submetido a cirurgia (77,5%), caracterizando-os provavelmente como pacientes de alto risco, considerando que Clark apud Dias (1983) afirma que a anestesia e cirurgia em pacientes na faixa etária de 60 a 80 anos constitui alto risco e que estes pacientes são mais susceptíveis a complicações pulmonares pós-operatórias. Para a identificação dos problemas de enfermagem, a autora examinou as seguintes áreas: nível de consciência, respiratória, cardiocirculatória, temperatura corporal; gastrointestinal, urogenital; locomoção e movimentação; e tegumento cutâneo-mucoso. O exame ocorreu em dois momentos, admissão e alta.

Os problemas mais frequentes na admissão foram: abertura dos olhos somente com estimulação auditiva (52,5%), confusão mental (20,0%), frequência respiratória aumentada (10,0%), respiração superficial (50,0%), entubação ou traqueostomia (32,5%), respirador mecânico (17,5%), hipertensão (20,0%), infusão venosa periférica ou profunda (100,0%), monitorização cardíaca (87,0%), circulação periférica alterada (45,0%), hipertermia (17,5%), hipotermia (30,0%), sondagem nasogástrica

ou enteral (32,5%), jejum (85,0%), ingestão hídrica nula (85,0%), sondagem vesical (72,5%), acamado e movimentação dificultada (100,0%), solução de continuidade do tegumento cutâneo-mucoso (80,0%), drenos (37,5%) e palidez (12,5%).

No momento da alta os problemas mais frequentes foram: abertura dos olhos somente com estimulação auditiva (27,5%), frequência respiratória aumentada (62,5%), respiração superficial (65,0%), tosse produtiva (22,5%), artefatos para exercícios respiratórios (47,5%), hipertensão (15,0%), febrícula (25,0%), dieta controlada (45,0%), jejum (42,5%), ingestão hídrica nula (42,5%), sondagem vesical (50,0%), acamado e movimentação dificultada (100,0%), solução de continuidade do tegumento cutâneo-mucoso (82,5%), drenos (27,5%), edema localizado ou generalizado (15,0%), e infusão venosa periférica ou profunda (82,0%).

Analisando-se os problemas de enfermagem descritos por Carr (1987) em ambos os momentos, pode-se verificar que o paciente que interna em UTI possui problemas de enfermagem qualitativamente mais graves como entubação ou traqueostomia e respiração mecânica. Porém a quantidade dos problemas não diminui significativamente no momento da alta, ocorrendo uma substituição de problemas menos graves no lugar dos mais graves. Como por exemplo, um paciente que foi admitido necessitando de entubação traqueal e respiração mecânica, provavelmente no mo-

mento da alta poderá ter uma respiração superficial ou aumentada, tosse produtiva e febrícula, observando-se, portanto, a troca de problemas graves por outros menos graves. Como a grande maioria dos pacientes estudados pela autora, estava em pós-operatório, eles provavelmente possuíam um ou mais drenos, uma ou mais punções venosas. No momento da alta foi verificado que o número de soluções de continuidade aumentou de 80,0% para 82,5%.

De qualquer forma, o que se pode concluir, é que o ambiente físico e terapêutica utilizada em UTI são extremamente agressivas ao paciente e geram uma outra gama de problemas menos graves do ponto de vista técnico, porém, para o paciente talvez tragam tanto desconforto quanto os demais.

Apesar de Carr (1987) entender problema de enfermagem de uma forma diferente de outros autores, como Risner (1986), que define problemas de enfermagem como as respostas do paciente ao tratamento, à doença e ao ambiente físico, acredita-se que o trabalho de Carr (1987) foi importante no sentido de tentar determinar quantitativa e qualitativamente os problemas da esfera física que acometem os pacientes internado em UTI.

A transição da saúde para a doença é uma experiência desagradável e dolorosa para a maioria das pessoas, e gera uma série de reações emocionais comuns (Fuerst, Wolff e Weitzel,

1977). Medo, ansiedade, o estresse, a raiva e a hostilidade são, segundo estes autores, algumas destas reações. Stoddart (1977, p. 161), escrevendo sobre os problemas do paciente internado em UTI cita 02 naturezas de tensão: a física e psicológica. Quanto a esta última cita que: "Ainda que todos os pacientes de hospitais sofram de certo modo esta sensação, na UTI elas são mais imediatas e agudas, pois, além de tudo, o paciente é cercado por equipamento estranho, sendo provável que tenha a sensação de isolamento total". Acredita ainda, que os pacientes devam ser sempre tratados como se estivessem conscientes, mesmo quando se supõe o contrário.

Quanto a tensão física, este mesmo autor, refere-se a 03 tipos de riscos físicos específicos associados a admissão em UTI: 1) úlceras pépticas tensionais; 2) os perigos inerentes ao tratamento; e, 3) o risco potencial do super-tratamento. A úlcera péptica tensional ou úlcera de estresse, é resultante de trauma físico e emocional. Ela consiste no sangramento do trato gastrointestinal alto. Pode atingir pacientes conscientes ou inconscientes. Acredita-se, que estas úlceras possam ser causadas pelo aumento de secreção de corticoesteroides endógenos em resposta ao trauma físico e emocional.

Quanto aos riscos do tratamento em UTI já se diz popularmente que "os riscos do tratamento em UTI são potencialmente mais perigosos do que a própria doença que motivou a in-

ternação". Estes riscos incluem a respiração artificial, hemodiálise, cateterização endovenosa e endoarterial, nutrição parenteral, e terapia por drogas vasoativas, antiarrítmicas e depressoras do sistema nervoso central (SNC). O terceiro tipo de risco físico específico referido por Stoddart, foi o supertratamento, o qual é administrado por razões não terapêuticas ou quando a esperança de melhora do paciente tenha sucumbido completamente. Para o autor "sucesso" é sinônimo de "sobrevida", e não há sucesso quando o prognóstico aponta para uma vida miserável, ou vegetativa. Este tipo de problema poderá ser evitado se se colocar os interesses do paciente em primeiro lugar.

Em relação aos problemas decorrentes da tensão física, a enfermagem tem sua ação limitada. Estes problemas estão mais relacionados às condutas médicas. Porém, a enfermagem pode tentar minimizá-los ao máximo visando o bem-estar do paciente, inclusive atuando mais eficientemente nos problemas decorrentes da tensão emocional.

Koizumi, Kamiyana e Freitas (1977) estudaram a percepção dos pacientes internados em UTI - problemas sentidos e expectativas em relação a assistência de enfermagem, com o objetivo de verificar os problemas mais frequentes sentidos pelos pacientes e suas expectativas quanto a assistência de enfermagem. O trabalho foi realizado com 60 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e foram internados na UTI de um hospital par-

ricular de São Paulo. A amostra constitui-se de pacientes adultos, de ambos os sexos e que permaneceram na UTI por um período mínimo de 24 h e no máximo de 72 h. A coleta dos dados foi feita por 03 entrevistadores, previamente treinados, utilizando formulário específico. Os dados foram coletados quando o paciente já tinha sido transferido para a unidade de internação. Os problemas e as expectativas foram verificadas em duas grandes áreas: expressiva e a instrumental. Assim os principais problemas referidos pelos pacientes em ordem decrescente de frequência, na área expressiva foram: separação da família; ambiente desconhecido e agressivo; quebra de hábitos de alimentação e hidratação; e, medo de morrer. Na área instrumental, desconforto causado por manobras de manutenção da respiração; dor; e incômodo causado por drenos, sondas e catêteres, foram os principais problemas mencionados pelos pacientes. As principais expectativas, relacionados à área expressiva foram: atenção individualizada, observação constante, pronto atendimento e fornecimento de informações sobre o estado geral e tratamento; assistência à higiene corporal, conforto físico e ajuda na movimentação; e, ambiente calmo e silencioso.

A partir dos resultados obtidos, os autores afirmam, conforme Maslow apud Koizumi e Freitas (1977), que "mesmo sob a ação de fatores de forte ameaça à vida, o ser humano reage como um todo". Acreditam que, por esta razão, muitos pacientes declararam sentir-se incomodados pelos procedimentos utilizados

na manutenção da função vital primária, ao mesmo tempo que referiam sentir falta da família. Segundo os autores, os dados obtidos sugerem ainda, que o atendimento das necessidades sentidas e suas expectativas em relação aos cuidados poderia contribuir muito para proporcionar-lhes conforto e segurança e minimizar as complicações psicológicas indesejáveis. As complicações psicológicas são indesejáveis não só porque afetam o estado emocional do paciente, trazendo-lhe desconforto, mas também porque afetam seu estado físico.

Como se viu anteriormente, a tensão emocional pode, em maior ou menor grau, agravar o estado físico do paciente. Para Paiva (1983) o estresse pode ser uma resposta específica à estímulos primitivos, como medo e raiva, caracterizada por liberação de epinefrina ou norepinefrina, glicocorticóides e mineralocorticóides, os quais produzem modificações como: taquicardia, aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, midríase, úlceras de estresse ou outras reações. Estas modificações, nos indivíduos saudáveis, podem causar determinados problemas como úlceras pépticas, hipercolesterolemia e hipertensão. Entretanto, nos pacientes em estado crítico ou de alto risco uma úlcera de estresse ou uma hipertensão podem selar um mau prognóstico.

Autores como Ciosak e Sena (1983) e Gomes (1988), atribuem a separação da família; a falta de informações a respeito da unidade e da doença; a ausência de privacidade física

e intimidade fisiológica; iluminação artificial; ruído dos aparelhos (monitores, respiradores, aspirador de secreção); a linguagem desconhecida usada pela equipe de saúde; a agressividade da terapia (punções, sondagens, entubação, aspiração de secreções, fisioterapia); e, perda da integridade orgânica, como fatores desencadenantes de estresse.

Muitas unidades de terapia intensiva não possuem janelas e são iluminadas artificialmente durante as 24h do dia. Aun (1983), escrevendo sobre os ritmos biológicos e o sistema cardiovascular, afirma que os ritmos circadianos são mantidos por mecanismos endógenos e por flutuação ambientais. Os ritmos endógenos permitem aos organismos perceberem e adaptarem-se às mudanças das condições ambientais. Estes ritmos parecem estar sincronizados a sinais ambientais exógenos chamados de "Zeitgebers" ou "fornecedores de tempo", como por exemplo, o ciclo claro/escuro que ocorre nas 24h do dia. Conroy, Mills e Aschoff apud Aun (1983), discutem a importância da luz como uma influência exógena sobre os seres humanos. Afirmam que, para estes outros fatores são zeitgebers mais importantes, como o conhecimento da hora ou outras circunstâncias sociais.

Aun (1983), quando se refere a ritmicidade de fatores moduladores da função cardiovascular faz algumas considerações entre esta e os zeitgebers. Verificou que as substâncias vasoativas endógenas oscilam durante as 24h demonstrando um ritmo

circadiano. Os níveis plasmáticos de renina aumentam quando há mudança de posição supina para a ereta, sendo que este aumento é maior pela manhã do que pela tarde. Verificou também que este aumento pode ser impedido pelo enfaixamento dos MMII. O cortisol secretado pelo córtex adrenal, tem seu ritmo circadiano correlacionado com o ciclo de 24 h de sono/vigília, demonstrando 04 fases desiguais de secreção. Na fase I ocorre 6h de secreção mínima, 03 h antes e 03h depois de apagar as luzes. Na fase II, ocorre 03h de episódio secretório preliminar noturno, que acontece entre a 3ª e a 5ª hora de sono. Na fase III, ocorre um período de mais ou menos 04h que corresponde a fase secretória principal e vai da 6ª a 8ª hora de sono e se prolonga até a 1ª hora após despertar. E, na Fase IV ocorre 1h de atividade secretória intermitente, que acontece a partir da 2ªh após clarear até 05h antes do início do sono à noite. Alterações também em relação a eliminação de potássio. Em indivíduos normais esta eliminação é mais elevada ao meio-dia do que a meia-noite, por este motivo recomenda-se cautela na administração deste eletrólito durante o período noturno, porque neste período sua eliminação é 40% mais lenta.

A ausência do ciclo claro/escuro (dia e noite) ocasionada por iluminação artificial, ritmos de sono/vigília inadequados e a ausência de calendários à vista, são fatores presentes na maioria das unidades de terapia intensiva e podem levar à quebra dos ritmos biológicos do paciente causando ten-

sões físicas e emocionais adversas. Entretanto, muitos destes fatores podem ser contornados por uma planta física adequada, normas e rotinas flexíveis, uma equipe competente e sensível e o respeito pelos direitos do paciente.

A AMIB, em seu boletim de março/abril de 1988, publicou os direitos dos pacientes, extraído das representações feitas durante o III Congresso Panamericano de Caracas. Um dos direitos que mais me chamou a atenção foi de nº 09 "O paciente hospitalizado em situação de urgência tem o direito a ser tratado como pessoa humana e não como simples indivíduo ou número. Isso compreende: respeito a sua dignidade, alojamento em local adequado com móveis e roupas de cama que garantam o mínimo de comodidade e de higiene, respeito a sua intimidade, instalações sanitárias limpas e em boas condições, possibilidades de comunicação, de visitas e assistência religiosa". Embora este direito nem sempre é cumprido por parte da instituição e equipe de saúde, é indiscutível a sua legitimidade.

Em UTI, um dos pontos mais polêmicos é o recebimento de visitas. É frequente, na prática assistencial, se ouvir falar "as visitas só atrapalham", "agora não é hora", ou "depois da visita o paciente piorou". Simão (1976, p. 624) comentando sobre esta "piora" causada nos pacientes disse que "Essa piora parece discutível, e indagamos se não corresponderia ao fato de o paciente sentir-se com maior liberdade, permitindo-se, diante

de pessoas amigas, manifestações emocionais reprimidas quando só em contato com a equipe, mas que nem por isso deixam de ser atuantes". Em resumo, o paciente estaria dando expressão a queixas, angústias e lágrimas, sentimentos que estariam presentes em seu íntimo, mas cuidadosamente evitados pela equipe e por ele próprio.

Para Gomes (1988), as visitas devem ocorrer conforme as condições e necessidades de cada um, entretanto, devem estar estabelecidos critérios a fim de que não haja interferência no tratamento do paciente.

Acredita-se que as visitas constituem-se em direito do paciente e trazem inúmeros benefícios à sua recuperação, pois estabelecem um vínculo com o mundo fora do hospital, possibilitam momentos de intimidade, aliviam as tensões e reintegram o paciente, ainda que por certos momentos, ao seu papel social, como pai, mãe, filho, amigo, etc.

Em relação ainda, a problemática do paciente em UTI, Dias (1983) foi muito feliz ao transcrever trechos do livro "Feliz Ano Velho" de Marcelo Rubens Paiva, em seu artigo "Terapia Intensiva - Um passo adiante na recuperação do doente". Estes trechos fornecem ao profissional de saúde que atua em UTI uma idéia bastante clara, realista e sensível de como se sente um leigo, que por um estado crítico agudo, se vê internado numa

UTI. Os aspectos descritos por Marcelo parecem tão importantes que convém descrevê-los aqui.

Assim, em relação ao acordar, Marcelo escreve "Acordei de um lado um caninho com um líquido amarelo que entrava na minha veia; do outro lado um com sangue. Na boca, um acoplado, aqueles aparelhinhos de respiração artificial que já conhecia do fantástico... Passei a reparar no ambiente. Era uma sala pequena, com luz fria. Não sabia se era dia ou se era noite, porque não havia janelas, só paredes brancas. À minha esquerda um leito com um cara em cima... Acordei com uma pessoa cantando. Era uma enfermeira. Vinha vindo direto para mim, como se me conhecesse há muito tempo. - E aí Marcelo, tudo bem?... Aguenta um pouco mais que nós vamos te dar banho... Não entendi direito aquele banho. Será que vão me colocar num chuveiro? Mas como se eu não me mexo!... Veio outro crioulo, esse chamava Divino, molhou a toalha n'água e começou a passar no meu corpo. Perguntei se aquilo era o banho. Estava meio confuso, não conseguia pensar direito" (Dias, 1983, p. 158).

Marcelo também se refere ao ambiente e como era difícil passar o tempo "Teto branco. Branco para a paz. Limpeza. Repouso. Branco que nem vazio. Tédio. Solidão. Era difícil o tempo passar e não tinha um filme de Marlon Brando com a Maria Schneider... Não dava para jogar dominó, pôquer, botão. Não dava para fazer nada a não ser pensar e olhar o teto branco, com três lustres de lâmpadas de mercúrio, oito parafusos em cada um

e uma rachadura no teto que lembrava o perfil de um cachorro".
(Dias, 1983, p. 458).

O próximo trecho mostra a percepção do paciente a coisas simples como: "Esta na hora do almoço, disse Elma. Almoço? Você deve imaginar uma mesa no meio de cinco macas com pessoas absolutamente estouradas comendo frango e chupando ossinhos. - Cuidado isso é o meu braço. - Desculpe, é que parecia uma coxinha de galinha. Mas não. O almoço era um prato de sopa na mão de Elma. Enquanto me dava na boca, a gordinha falava: - Você é um cara bem conhecido. Tem um monte de gente lá em baixo querendo te ver. - Ah é? E por que eles não entram? - Não pode. Aqui na UTI não podem entrar pessoas de fora, pode ser perigoso". (Dias, 1983, p. 459).

O livro de Marcelo é de uma riqueza sem fim, porque ele descreve as suas percepções acerca do ambiente, da equipe e da doença durante o período em que esteve na UTI. Nós que trabalhamos em UTI sabemos, através da literatura, da natureza destes problemas, mas só quando vimos relatos de pacientes ou quando deitamos num leito de UTI é que podemos sentir o quanto estes aspectos do cotidiano destas unidades, são importantes para o paciente e o quanto podem intervir no seu bem-estar e recuperação.

3.3. A problemática da equipe de saúde da UTI

Até agora só se abordou os aspectos relacionados à problemática do paciente. Entretanto, não se pode esquecer de abordar, mesmo que sucintamente, os problemas relacionados a equipe de saúde que atua em UTI.

Mello Filho e Luce apud Ciosak e Sena (1983, p.9), afirmam que "O profissional de saúde se defende de toda a angústia que existe lá fora e de toda a angústia que ele muitas vezes, inconscientemente está vivendo ou teme viver durante um plantão, por não saber o que vai acontecer, criando um clima de futilidade, de evasão, de brincadeiras, etc". Esse clima é artificial, e reflete todo o tipo de estresse, angústia e ansiedade a que estão expostos diariamente os membros da equipe de saúde da UTI. Este profissional deve manter um equilíbrio tal, que permita que o paciente seja tratado com eficiência, entretanto, estes profissionais não podem se tornar um reflexo de cada paciente (Ciosak, Sena, 1983).

As mudanças bruscas sofridas pelos pacientes são também fatores que colaboram para o estresse da equipe. Todo o estresse sofrido pela família do paciente, decorrente da separação, da falta de informação, do medo da perda familiar, recai sobre o enfermeiro, o qual frequentemente, é o elo de ligação entre o paciente e sua família e a equipe médica (Bub et al, 1986). Gomes (1988, p.42) alerta que: "Toda a equipe deve tomar

o cuidado para não constituir ela própria em causa de tensões adicionais para o paciente".

Wallace-Barnhill (1989) escreveu sobre a importância de se compreender as reações emocionais dos pacientes e da família. Ele afirma que durante as primeiras 24 a 48h de internação do familiar, as famílias usualmente experimentam sentimentos de negação ou resistência, medo e perda do controle. A negação é descrita como um mecanismo de defesa frente a uma realidade desagradável, em que a pessoa filtra as informações, assimilando somente as informações positivas e fazendo julgamentos pobres acerca da realidade. Este mecanismo dura o tempo suficiente para que a pessoa possa aceitar a realidade. Neste momento, é vital que se inicie um processo de interação para que se estabeleça um padrão de comunicação com a família através desta experiência penosa. O medo surge com a aceitação da realidade, e está relacionado com o medo da morte de um ente querido. Quando a família exterioriza seus medos é sinal de que o mecanismo de negação ou resistência está diminuindo, e a equipe deve então, encorajar a família a verbalizá-los. A perda de controle acontece porque a família se sente impotente para solucionar o problema.

Há muitos fatores que influenciam no tempo requerido para o ajustamento familiar. Wallace-Barhill (1989) cita os seguintes: 1) Idade e importância do paciente para a família; 2)

número dos membros da família diretamente envolvidos; 3) relacionamento individual dentro da família; 4) nível de estresse interpessoal nas situações de crise; e 5) estabilidade geral da unidade familiar.

A compreensão destas reações e fatores que permeiam as situações de crise ajudam a equipe de saúde a melhor enfrentá-los, minimizando o sofrimento psíquico dela própria.

Pitta (1990) em sua tese de doutoramento, estudou o processo de trabalho e o sofrimento de 1.525 trabalhadores de um hospital geral de 412 leitos do município de São Paulo, através de análise estratificada, controlada por variáveis confundidoras e/ou modificadoras de efeito. Encontrou um achado interessante relativo ao sofrimento psíquico dos trabalhadores de UTI. Ao contrário do que esperava, o sofrimento da equipe da UTI geral (20,0%) foi muito inferior ao encontrado em locais como órtese e prótese (66,7%), centro de material (43,5%), farmácia (29,3%), rouparia (24,4%), laboratório (31,4%), arquivo estatístico e recepção (23,0%) e maternidade (21,5%). Frente a este resultado, ela citou o trabalho de Libouban (1985) que ao estudar cargas psíquicas num ambiente hospitalar, observou 05 tipos de estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores de hospitais para proteger-se da sobrecarga emocional decorrente do contato com a dor e o sofrimento: "1º a coesão interna entre a equipe baseada numa ajuda mútua; 2º a hiperatividade

verbal ou cinética como modo de afastar a angústia; 3º o absentismo como expressão de falência de defesas competentes para o enfretamento de dificuldade; 4º a verbalização de questões não vinculadas ao trabalho - os chistes e as anedotas como válvula de escape da tensão; e 5º a agressividade reativa contra o paciente através de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeados pela exibição do sofrimento do outro; evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade" (Libouban apud Pitta, 1990, p. 156).

Verificou-se que coesão interna, hiperatividade verbal ou cinética e a verbalização de questões não vinculadas ao trabalho são os 03 tipos de estratégias defensivas mais observadas em UTI onde se realizou este trabalho. Talvez seja a causa que mantém um melhor equilíbrio emocional entre os membros de sua equipe de saúde, quando comparadas com outras unidades de terapia intensiva de Florianópolis. Um aspecto que contradiz os achados de Pitta (1990) é que, a grande maioria dos funcionários da UTI onde foi realizado este trabalho, trabalham lá há mais de 05 anos. A autora analisando a variável tempo de exposição ao trabalho, verificou que houve uma maior prevalência de sintomas nos trabalhadores que trabalham de 05 a 14 anos na profissão e também no hospital estudado. Entretanto, ela também verificou que para alguns grupos (unidade de queimados e UTI geral), lidar com dor, sofrimento e morte, pode até atuar como fator de proteção quando comparado com outros grupos que não

lidam diretamente com pacientes. Talvez na UTI o tempo de exposição ao trabalho como determinante de sofrimento psíquico, possa ser amenizado pelo contato direto com os pacientes.

Pitta (1990), chama a atenção para alguns grupos de doenças referidos pelos trabalhadores estudados como poliquemias (57,7%), transtornos mentais (53,1%), doenças mal definidas (50,0%) e doenças do aparelho digestivo (42,0%), onde a queixa mais frequente é a "gastrite nervosa".

3.4. Assistência de enfermagem na UTI

Gomes (1988), tece algumas considerações sobre a assistência de enfermagem em UTI. O enfermeiro em terapia intensiva deve ter um preparo especial, incluindo bagagem de conhecimento e aplicação não exigidos dos enfermeiros de outras áreas. A responsabilidade dos enfermeiros consiste em interpretar mudanças bruscas nos sinais físicos dos pacientes, conhecer os equipamentos e iniciar medidas de emergência. Deve estar capacitado para exercer atividades em que é imprescindível a fundamentação teórica, capacidade de liderança, discernimento, trabalho, iniciativa e responsabilidade. A auto-confiança, o trabalho metódico e amplo conhecimento técnico-científico são essenciais para liderar o grupo, atender o paciente e manejar o equipamento.

A assistência de saúde na UTI deve se concentrar no paciente. Ela tem o direito de ser o centro de atenção da equipe. Assim para a American Association of Critical-Care Nurses apud Risner (1986), a utilização do processo de enfermagem na prevenção ou intervenção nas situações que ameaçam a vida constitui a assistência de enfermagem nestas unidades. Kinney (1983) diz que o processo de enfermagem denota uma atividade proposital, em que o enfermeiro, a partir da coleta de dados e diagnóstico de enfermagem, planeja, intervém e avalia. O objetivo do cuidado de enfermagem é prevenir situações de ameaça a vida quando possível, e quando não for possível, é evitar a morbidade e a morte, através da ação imediata.

A prescrição de enfermagem, tanto na UTI, como nos serviços de internação geral, é um recurso pouco usado nos hospitais da rede pública como em hospitais particulares (Gouvêa, 1987). Para a autora a UTI exige atenção especial ao doente, maior conhecimento técnico-científico, maior destreza na execução das atividades e principalmente, sistematização do serviço, de forma que todos os cuidados sejam prestados de forma eficiente, e independente de possíveis ocorrências, inerentes à área. O paciente de UTI exige cuidados frequentes e controles rigorosos. O planejamento das ações de enfermagem reduz a hiperatividade do serviço e permite um atendimento de forma sistemática ao paciente.

No serviço de ~~Terapia~~ Terapia Intensiva do Hospital Ipanema INAMPS-RJ, a prescrição de enfermagem é realizada a partir de um exame detalhado, avaliação dos sinais vitais, inteiração da prescrição médica, dos resultados dos exames laboratoriais, das necessidades básicas do paciente e aspectos psico-sociais. A prescrição prevê os cuidados de enfermagem para as 24h, e os cuidados são reavaliados a cada 6h ou sempre que necessário. Neste hospital a prescrição de enfermagem segue os seguintes critérios: 1) Observação do nível de consciência; 2) higiene, englobando o corpo, cavidade oral, olhos e cabelos; 3) controle dos sinais vitais e PVC; 4) mensuração da diurese e densidade urinária; 5) cuidados com sondas; 6) cuidados respiratórios; 7) cuidados com a linha venosa; e 8) controle de ingestão e administração de líquidos e eliminações (Gouvêa, 1987).

Os aspectos descritos pela autora supra citada, em relação a prescrição de enfermagem, contribuem para uma assistência mais eficiente e sistematizada. Porém, a não inclusão dos aspectos psico-sociais nos critérios para a realização da prescrição chamou a atenção. Sabe-se que o estresse, a ansiedade e o medo são sentimentos frequentes no paciente internado em UTI, entretanto, nós enfermeiros, mesmo que inconscientemente, relegamos a um plano secundário a nível de sistematização da assistência. Revisando a literatura, verifica-se que pequenas ações contribuem para a manutenção do ritmo biológico e alívio de tensões físicas e emocionais. Adequação da planta física,

iluminação natural, calendários, relógios de parede, rádios (com headphone), maior flexibilidade nos horários de visitas e o diálogo, são alguns exemplos destas ações.

A não utilização de um modelo teórico para orientar a prática assistencial em terapia intensiva, pode ser um dos fatores mais importantes pela não abordagem, de forma sistematizada, dos problemas psico-sociais do paciente. Sem a utilização de modelos teóricos, torna-se cada vez mais difícil a instrumentalização da enfermagem para trabalhar adequadamente estes aspectos.

As teorias de enfermagem, conforme Melleis (1985), refletem diferentes realidades, e quanto mais maneiras pelas quais se analisa e classifica um fenômeno, mais potencial existe para ver diferentes imagens e detalhes, sob outras perspectivas. A utilização de teorias para diferentes usos, se enriquece pelas muitas perspectivas pelas quais se passa a ver.

Felisbino (1990), foi uma das autoras que estudou e avaliou a assistência de enfermagem a 21 pacientes internados em UTI e seus familiares, utilizando um marco de referência elaborado a partir da teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta. Dentre as conclusões apresentadas a autora cita que a assistência de enfermagem baseada em um marco de referência direciona a ação do enfermeiro, possibilitando que

desenvolva as atividades com sua equipe, pacientes e familiares e outros profissionais da equipe de saúde de forma interdependente, interrelacionada e/ou específica. Ressalta que o cliente e seus familiares foram receptores e participantes ativos do atendimento das NHB e que o processo de assistência possibilitou implementar estados de equilíbrio, prevenir e reverter desequilíbrios. Entretanto, salienta que para tanto é necessário que o enfermeiro tenha conhecimentos e habilidades gerais e específicos e que esteja comprometido com o "assistir" em enfermagem.

Cita como principais dificuldades a falta de experiência com adaptação e implemenatção de marcos referenciais na prática assistencial, e recomenda a utilização do marco proposto na assistência, ensino e pesquisa em enfermagem.

Nascimento (1991), utilizou um marco referencial fundamentado na teoria de alcance dos objetivos de Imogene King, para assistir um total de 15 pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM). Ela desenvolveu seu trabalho em duas etapas, sendo que na primeira denominada de pré-teste, foram assistidos 12 pacientes. Segundo a autora esta etapa serviu como fase de amadurecimento e relação à aplicação da teoria. Na segunda etapa, denominada de aplicação ajustada, ela implementou a metodologia assistencial com 03 pacientes.

Ao término deste trabalho a autora constatou que a separação da família e o medo de incapacidade física para o trabalho foram fatores determinantes de estresse em 08 dos 15 pacientes estudados. Observou que a implementação da teoria de King favoreceu uma assistência de enfermagem mais humanizada; que o enfoque na internação dado por King favorece a participação do paciente na tomada de decisão e revelou que houve um mudança de atitude em seu comportamento frente ao paciente, ou seja, passou de uma postura basicamente intervencionista e pouco comunicativa para uma postura mais comunicativa e que permitia a participação do paciente.

A autora finaliza seu trabalho citando que todos os conceitos de King são aplicáveis à assistência de pacientes com IAM e que sua aplicação contribuiu para alertar a equipe de enfermagem a verificar como os pacientes estão experienciando o papel de infartado e ajudá-los a enfrentar a situação de estresse pela doença, tratamento e hospitalização.

Apesar de ter observado pelos trabalhos de Felisbino (1990) e Nascimento (1991), que as dificuldades na aplicação de marcos referenciais à prática assistencial de enfermagem ainda são muitas, é somente através deste tipo de trabalho que poderemos ver diferentes imagens e detalhes sob outras perspectivas como defende Melleis (1985).

IV. MARCO CONCEITUAL

4.1. Processo de escolha do marco

Durante meu curso de graduação em enfermagem, os professores de algumas disciplinas enfatizavam a necessidade de uma assistência de enfermagem amparada em um método científico, ao qual denominavam processo de enfermagem. Naquela época, mais de dez anos atrás, este processo mantinha basicamente os mesmos passos do utilizado atualmente, ou seja, histórico, diagnóstico, intervenção e evolução e/ou avaliação.

Aos alunos o processo soava mais como uma exigência do corpo docente para aquisição acadêmica, do que como um requerimento da prática assistencial.

Na elaboração do histórico já se iniciavam as dificuldades. Os professores por influência da Teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, nos forneciam um roteiro de histórico fundamentado neste modelo, no qual tínhamos que coletar dados relativos às denominadas necessidades humanas básicas. Além da nossa dificuldade, como estudantes, em reali-

zar o exame físico, éramos obrigadas a questionar o paciente quanto a aspectos de sua vida íntima como: relacionamento sexual e vida familiar, o que tornava a realização do histórico bastante dificultosa e demorada, devido ao nosso constrangimento em questioná-lo a respeito de sua intimidade e de nossa falta de habilidade. De um lado o estudante, jovem, inexperiente, com suas crenças e valores pessoais, e expectativas a respeito da futura profissão. De outro o cliente/paciente também com suas expectativas e necessidades em relação à própria assistência onde o médico era e ainda é a principal referência dentro do sistema institucional de saúde. Ora, pensávamos pelo paciente, se o médico não o questionava a respeito de sua vida íntima, por que teriam os pacientes de se expor aos estudantes de enfermagem? De outra parte o professor que acreditando ou não no modelo de Horta, exigia que o histórico a ele correspondente fosse realizado.

No diagnóstico de enfermagem(Horta)as coisas se complicavam ainda mais, porque não havia um entendimento claro de sua finalidade, para os alunos e possivelmente também para os professores. Ocorria que o diagnóstico de enfermagem se tornava não mais que uma lista de problemas. Neste ponto outra dificuldade. Os problemas eram do paciente, da enfermagem ou do médico? Ou melhor, o que era considerado problema de enfermagem para um aluno ou professor não era para outro. E aí? Como prosseguir assistindo de acordo com o processo de enfer-

magem enquanto aluno, se não tínhamos segurança do que estávamos fazendo?

Polêmicas e discussões a parte prosseguíamos no processo assistencial, prescrevendo os cuidados ao paciente. É interessante, mas esta era a melhor parte do processo, não havia grandes conflitos entre pacientes, alunos e professores.

Hoje, quase 15 anos após, acredito que havia um consenso, porque na verdade as prescrições eram fundamentadas no estudo da doença do paciente e implementação da prescrição médica.

Dentro desta realidade, por que tínhamos que questionar o paciente a respeito de sono, repouso, vida íntima, condições de habitação etc, se estes dados não revertiam em benefício real ao paciente? Por que não eram efetivados, valorizados via prescrição ?

Outro desacerto ocorria na avaliação e/ou evolução de enfermagem. Como a maioria dos cuidados executados pela enfermagem eram basicamente a implementação da prescrição médica, o que cabia ao enfermeiro avaliar ou evoluir ? O resultado deste impasse é que essa etapa do processo se transformava em um mero relatório de atividades desenvolvidas junto ao paciente no decorrer do turno de estágio.

Apesar de ter me estendido um pouco nesta lembrança, ela é importante do ponto de vista pessoal porque me fez refletir comparando dois momentos de minha vida. O primeiro deles como aluna de graduação em enfermagem, onde o processo assistencial efetivamente realizado e o referencial teórico, de certa forma imposto, se chocaram (teoria versus realidade). E, o segundo deles, onde um método e um referencial teórico passam a ser uma necessidade profissional.

A exigência de que um marco conceitual fundamentasse minha prática assistencial para chegar a este trabalho surgiu deste processo histórico pessoal como enfermeira. Do questionamento constante do papel do enfermeiro na sociedade, suas relações com os demais profissionais da área da saúde, de minha experiência como professora de enfermagem e como aluna de cursos de pós-graduação (especialização e mestrado) é que hoje tenho a consciência da necessidade urgente de uma prática de enfermagem orientada por modelos teóricos que fundamentem a ação do enfermeiro junto ao cliente/paciente, família e/ou comunidade, no sentido de exercer uma prática profissional verdadeiramente voltada para as expectativas e necessidades da sociedade.

Se agimos conforme um modelo teórico exequível diante da realidade trabalhada, sabemos quais os dados a levantar, quais os problemas que podemos e devemos resolver, como

podemos resolvê-los e como avaliar a assistência prestada. Desta forma a ação do enfermeiro encontra resolutividade frente aos problemas de saúde do cliente/paciente, define sua função e suas interrelações com os demais membros da equipe de saúde e seu papel social.

A escolha do marco conceitual que orientou este trabalho surgiu a partir da disciplina "Prática Assistencial de Enfermagem" do curso de mestrado em Enfermagem.

O propósito desta disciplina era de assistir o paciente/cliente, família e/ou comunidade dentro de nossa área de domínio, utilizando um processo de enfermagem fundamentado em um marco conceitual que poderia ser adaptado, modificado ou até concebido pelo aluno processador da experiência.

Dentre os modelos que tive a oportunidade de trabalhar anteriormente, estão a Teoria do auto-cuidado de Oren, a de Alcance de objetivos de King e a Teoria das necessidades humanas básicas de Horta. Entretanto gostaria de vivenciar algo novo, que não tivesse sido ainda utilizado por nossa escola. Gosto de novidades, elas me motivam mais. Assim, parti em busca de algo novo, pelos menos entre nós.

Foi através desta busca que descobri Jonhson. Inicialmente encontrei dois textos sobre seu modelo de Homem como

sistema comportamental, um escrito por Grubbs(1980) e outro escrito pela própria Jonhson(1980), ambos em inglês.

A primeira vista achei que era possível utilizar em UTI e prossegui nas leituras. A medida que ia lendo fui percebendo que era difícil mas pensei que a dificuldade maior fosse em relação a língua em que era escrito o texto(inglês). Tremendo engano, pois os conceitos eram realmente difíceis para quem estava mais familiarizada a trabalhar com Horta e sua Teoria das necessidades humanas básicas, onde cada grupo de necessidades é categorizado segundo os níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual e , onde as necessidades psicobiológicas se identificam muito com o modelo biomédico, muito forte nas instituições onde trabalhamos, especialmente na UTI em que a sobrevivência biológica é fundamental.

Cheguei quase a me arrepender da escolha, porque o modelo de Jonhson vê o ser humano como um sistema comportamental bastante complexo, composto por oito subsistemas(sete concebidos por Jonhson e um concebido por Grubbs), os quais pouca semelhança tem com o modelo de Horta e muito menos com o biomédico.

Como sou insistente e persistente, continuei o estudo tentando transportar os conceitos de Jonhson para a assistência em UTI. Outra tarefa difícil devido a abstração dos

mesmos. Entretanto, continuei insistindo e compreendi que aquele modelo apontava uma saída para outra preocupação minha relacionada à finalidade da UTI de manter a estabilidade dos sistemas vitais (neurológico, respiratório e cardiovascular).

Frequentemente, devido a esta sua finalidade a assistência nestas unidades é reduzida à dimensão biológica da natureza humana, o que apesar de ser mais fácil de trabalhar, não coincidia com o meu propósito. Gostaria de utilizar um modelo que não "complicasse" a assistência, mas que também não a reduzisse tanto. Bem, "reduzir" sem dúvida não era o propósito de Johnson, mas será que não complicava? Para se obter uma resposta a esta pergunta só indo à luta. E foi o que eu fiz, elaborei um instrumento de coleta de dados (histórico de enfermagem) e fui para a UTI testar. Verifiquei que era possível aplicá-lo e voltei para pensar nos outros conceitos do modelo e demais passos do processo de enfermagem, dos quais falarei mais adiante.

4.2. Informações sobre Johnson, desenvolvimento do modelo e sua implementação nas diversas áreas da enfermagem norte-americana

Dorothy Johnson nasceu em agosto de 1919, em Savannah, Georgia. Em 1942 recebeu seu BSN (Bachelor Science of Nursing) na Vanderbilt University, Nashville, Tennessee e seu

MPH(Master of Public Health) da Harvard University, Boston, em 1948. Pertenceu ao corpo de enfermagem do Chatham- Savannah Health Council(1943 a 1944). Lecionou como instrutora e professora assistente em enfermagem pediátrica na Vanderbilt University School of Nursing. Em 1949, Jonhson mudou-se para a Califórnia e em 1955 para o sul da Índia, onde lecionou como professora de enfermagem pediátrica no Christian Medical College School of Nursing. Retornou à Califórnia em 1956, onde permaneceu até 1978 quando aposentou-se e foi para a Flórida.

As publicações de Jonhson incluem 04 livros e mais de 30 artigos em periódicos, além de relatos e monografias(Conner, Watt, 1986). Suas primeiras publicações ocorreram no final da década de 50. Dentre elas estão: "A philosophy of nursing" e "The significance of nursing care".

Johnson relata que o início do desenvolvimento do seu modelo ocorreu a partir de 1940, quando iniciou suas atividades educacionais. Em 1968 apresentou-o pela primeira vez na Vanderbilt University, já intitulado "Modelo de homem como sistema comportamental. Só tornou a apresentá-lo 10 anos mais tarde no Second Annual Nurse Educator Conference(Santos et al, 1988).

Melleis(1985) analisando criticamente o modelo de Jonhson afirma que o mesmo tem origem bem definida na sociolo-

gia, onde se percebe em seus escritos a influência de Talcott Parsons(1951), quando conceptualiza o ser humano como um sistema comportamental a semelhança de Parsons em seu conceito de sociedade, considerando-a um sistema social, constituído estruturalmente por objetivo(goal), padrão(set), escolha(choice) e comportamento(behavior). Esta mesma estrutura foi adotada por Jonhson aos subsistemas de comportamento do ser humano. (Talcott Parsons apud Melleis, 1985)

Melleis(1985), afirma também, que Jonhson procurou na psicologia suporte para validar os conceitos dos subsistemas afiliativo e agressivo/protetor em trabalhos como os de Ainsworth(1972), Feshback(1970) e Lorentz(apud Melleis, 1985)

Para definir sistema, Jonhson baseou-se na definição de Rapport(1968) que considera sistema como um todo que funciona por uma interdependência virtual entre suas partes, e na declaração de Chinn(1961) de que "num sistema há organização, interação e integração de suas partes e elementos (Rapport e Chinn apud Conner e Watt, 1986 p.285).

Melleis(1985) classificou-a como pertencente a escola de pensamento das teorias de efeito da enfermagem, e concluiu que por este motivo esta teoria deverá influenciar a enfermagem mais no futuro do que o fez no passado.

A teoria de homem como sistema comportamental de Jonhson foi estudada, adaptada e implementada por vários autores. Dentre eles o que mais se destacou foi Judy Grubbs(1974), a qual adaptou à teoria o processo de enfermagem, desenvolvendo um instrumento de levantamento de dados. Acrescentou o oitavo subsistema denominado restaurativo aos sete propostos por Jonhson e desenvolveu o conceito de variáveis, organizando-as em 09 categorias. No mesmo ano, Bonnie Holaday utilizou a teoria e desenvolveu um instrumento de levantamento de dados adaptado à enfermagem pediátrica.

Auger(1976), criou um instrumento de levantamento de dados, examinando individualmente os oitos subsistemas de comportamento. Sua intenção foi criar um instrumento-base que pudesse ser adaptado e modificado em termos de especificidade clínica, tipos de pacientes ou de informações específicas desejadas pela enfermagem. Foi baseada neste instrumento de Auger(1976) que consegui adaptar um instrumento semelhante e posteriormente o roteiro que utilizei para realizar o histórico de enfermagem dos pacientes estudados neste trabalho.

Além dos autores supra-citados, outros também colaboraram na implementação da teoria em situações particulares da prática de enfermagem. Dentre eles, destacam-se Rawls(1980), Small(1980), e Conner e Watt(1986).

Na área do ensino, Carol-Loveland-Cherry e Sharon Wilkerson(1983) analisaram a teoria e concluíram que sua aplicação em educação era viável. Entretanto, acreditavam que para compreendê-la melhor é necessário que o estudante adquirisse conhecimentos de diversas áreas da biologia com ênfase na psicologia e sociologia, o que implicava em conhecimentos acerca de etologia humana e animal.

No Brasil o único trabalho publicado sobre o modelo, que tenho conhecimento é o de Santos et al(1988), alunas do curso de mestrado da EEUSP, publicado na Revista Paulista de Enfermagem. Nesta publicação as autoras fizeram uma revisão e tentaram analisar os conceitos da teoria de Jonhson. Entretanto, conceitos como o de subsistema agressivo/protetor e de alguns dos elementos estruturais dos subsistemas não foram descritos. O componente estrutural denominado "escolha"(choice) não foi sequer citado. Concluíram que, segundo o modelo, além da função terapêutica, a enfermagem tem uma importante função social e acreditavam que para sua operacionalização, diversas dificuldades precisavam ser superadas.

Como pudemos verificar a teoria de Jonhson apresenta quase 40 anos de evolução histórica e foi interpretada em diferentes experiências, o que traduz a oportunidade de visualizá-lo sob nossa ótica para aplicá-lo à realidade de pacientes internados em UTI, especificamente em Florianópolis, Santa Catarina.

4.3. Pressupostos

Quando me foi solicitado que escrevesse os meus pressupostos para a assistência de enfermagem, realmente me senti muito desconfortável, me deu um "branco". Lendo os pressupostos de Jonhson me identifiquei com eles sem, no entanto, conseguir transportá-los para a assistência em UTI. A partir de reflexões pessoais e discussões com minha orientadora creio que consegui adaptar os pressupostos de Jonhson às minhas crenças quanto a assistência de enfermagem em UTI, já sob a ótica da Teoria de homem como sistema comportamental.

1. O comportamento humano é determinado por um múltiplo complexo de interações de fatores biológicos, psicológicos e sociais;

2. O ser humano se esforça constantemente para conseguir o equilíbrio de forças que operam dentro dele e sobre ele, e através de adaptações tenta manter a ordem e a estabilidade em seu comportamento;

3. A estabilidade do sistema comportamental humano depende um gasto mínimo de energia, em que a sobrevivência biológica, psicológica e sócia é garantida;

4. A instabilidade comportamental decorre de alterações estruturais e/ou funcionais em um ou mais subsistemas de comportamento, por requerimentos funcionais insuficientes ou inadaptação a mudanças ambientais, as quais têm como consequência um gasto adicional de energia e a não satisfação dos objetivos do sistema;

5. Estabilidade e instabilidade não são estados contraditórios, mas fazem parte de uma mesma unidade de contrários;

6. O papel do enfermeiro no cuidado das pessoas guarda relação de importante complementaridade com toda a equipe de saúde;

7. A enfermagem tem uma contribuição única e independente para a saúde das pessoas, que se distingue das funções delegadas dependentes. Esta contribuição única deve satisfazer as expectativas e necessidades da sociedade; e

8. No cuidado do ser humano, o enfermeiro deve descartar qualquer tipo de discriminação, respeitando sua função de assisti-los.

4.4. Conceitos do marco

4.4.1. Ser Humano

Jonhson (1980,p.208) baseada nos conceitos de Rap-
port e Chinn define o ser humano como um SISTEMA COMPOR-
TAMEN-
TAL. Entende este SISTEMA como um " todo", que funciona por uma
interdependência virtual entre suas partes, constituído por um
complexo de SUBSISTEMAS interrelacionados, interdependentes e
organizados sistematicamente.

O COMPORTAMENTO HUMANO pode ser entendido como to-
das as características e ações observáveis demonstradas pelo
ser humano em resposta aos estímulos ambientais, sejam eles
biológicos, psicológicos e sociais. A partir destas afirmações
podemos concluir que o ser humano, à luz do modelo de Johnson,
é um SER BIO-PSICO-SOCIAL

Grubbs(1980,p.227), comentando o sistema comporta-
mental humano, esclarece que este sistema se relaciona com o
meio ambiente externo através dos órgãos dos sentidos(visão,
audição, olfato, tato e paladar), denominando-os de "modos de
entrada"(input) e da forma verbal, motora, física e excreções,
denominando-as de "modos de saída"(output).

Cada um dos oito subsistemas possui ESTRUTURA E FUNÇÕES. Estruturalmente são compostos por OBJETIVO(goal), ESCOLHA(choice), PADRÃO(set) e AÇÃO(action)(Jonhson,1980, p.210-211).

Os OBJETIVOS dos subsistemas orientam e formam a estrutura organizada para todo e qualquer ação, e determinam o comportamento do sistema como um todo. Cada subsistema tem objetivos próprios que diferem entre si de modo a satisfazer suas funções específicas. Estes objetivos estão descritos no quadro 1. Embora sejam considerados universais, são regulados por dois outros elementos estruturais dos subsistemas, ou seja, padrão e escolha. A intensidade ou a força que faz com que um objetivo seja alcançado, bem como, o seu significado varia conforme a fase desenvolvimento e as características próprias de cada ser humano.

Quadro 1 Subsistemas e seus objetivos

subsistema	objetivos
1. Ingestivo	- manter a integridade do organismo
2. Restaurativo	- distribuir energia
3. Eliminativo	- externalizar o ambiente interno
4. Agressivo-protetor	- auto-proteção e auto-reinvidicação
5. Sexual	- procriar e obter prazer
6. Dependência	- obter confiança e segurança
7. Afiliativo	- criar laços afetivos fortes
8. Realização	- definir padrão e controle

A ESCOLHA , enquanto elemento estrutural dos sub-sistemas, representa a opção por um ou outro objetivo dentro de um leque de opções disponíveis e determinadas por variáveis internas ou externas, influenciando assim o comportamento de cada ser humano

O PADRÃO significa a predisposição do indivíduo para agir em relação a um dado objetivo (Jonhson, 1980, p.211). O grau de maturação, experiências e aprendizado são exemplos de variáveis que sob determinadas circunstâncias, conduzem o ser humano a agir afim de satisfazer certos objetivos, fazendo com que as alternativas de ação sejam hierarquicamente organizadas, desenvolvendo um padrão próprio de comportamento.

O último elemento estrutural descrito por Jonhson é a AÇÃO (action). A forma como um determinado subsistema age é influenciada pelos outros elementos estruturais deste sistema. O conjunto de ações observáveis representa o comportamento de cada ser humano. O comportamento é orientado por objetivos e os objetivos formam uma estrutura organizada para todo comportamento (Melleis, 1980, p.196).

As FUNÇÕES dos subsistemas garantem o alcance de seus objetivos específicos viabilizando suas ações. O conjunto destas funções têm um relevante papel no comportamento exteriorizado pelos seres humanos. O quadro 2 descreve as funções próprias de cada subsistema.

Quadro 2 Subsistemas e suas funções

Subsistemas	funções
1. Ingestivo	- satisfação do apetite
2. Restaurativo	- alívio da fadiga e distribuição de energia p/ os outros subsistemas
3. Eliminatorio	- expelir os dejetos biológicos
4. Agressivo/protetor	- proteger a si mesmo e aos outros de ameaças reais ou imaginárias
5. Sexual	- procriação e a obtenção de prazer
6. Dependência	- manutenção de recursos ambientais necessários à obtenção de ajuda, reconhecimento, aprovação, atenção e assistência física
7. Afiliativo	- relacionar-se com os outros tanto como consigo mesmo
8. Realização	- orientação de si mesmo e do seu meio ambiente

O ser humano para crescer e desenvolver-se dentro de um padrão de estabilidade comportamental, necessita de certos REQUERIMENTOS FUNCIONAIS denominados por Johnson de APOIO, PROTEÇÃO e ESTIMULAÇÃO.

A PROTEÇÃO ajuda o homem a manter a estabilidade frente às ameaças reais ou potenciais, protegendo-o de estímulos ambientais nocivos.

O APOIO dá ao homem a provisão necessária de alimentos e ajuda a incorporar e enfrentar novos estímulos ambientais; provê as condições que suportam um crescimento progressivo e o desenvolvimento de comportamentos; e encoraja comportamentos efetivos e desencoraja os inefetivos. O APOIO também incorpora a utilização máxima de todos os recursos avaliáveis e a implementação da qualidade dos comportamentos. Quando o homem exibe a capacidade para fazer suas próprias escolhas, frente a novas situações, ele requer o apoio do ambiente para desenvolver a habilidade necessária para manusear o "novo" ou mudar os estímulos. O novo comportamento pode então ser encorajado e o anterior desencorajado, até que o sistema seja convenientemente estabilizado.

A ESTIMULAÇÃO implica no estímulo que provoca a ação. Ela influencia a quantidade dos comportamentos. Sem a apropriada estimulação, o comportamento não se desenvolve, ao

contrário, se deteriora. A provisão de estímulos que tragam novos comportamentos, de estímulos que aumentem um comportamento atual, de oportunidades que permitam apropriados aumentos de comportamento, e de estímulos que aumentem a motivação de um comportamento em particular são os meios através dos quais a estimulação ocorre.

O seres humanos que assisti durante a realização deste trabalho, foram indivíduos adultos, os quais foram internados em UTI por estarem com seu sistema comportamental ameaçado por instabilidade potencial(pacientes de alto risco) e/ou real(pacientes críticos), de tal forma que sua sobrevivência bio-psico-social estava fortemente ameaçada. Nestas circunstâncias a assistência de saúde em UTI se constitui na única possibilidade real de recuperação.

4.4.2. Estabilidade/instabilidade

A ESTABILIDADE comportamental é um estado de equilíbrio dinâmico, resultante da interação entre o indivíduo e seu ambiente. Para alcançar a estabilidade, o ser humano necessita estar constantemente se adaptando, se ajustando ao seu ambiente, uma vez que, este não é sempre previsível e frequentemente as mudanças ambientais exigem mudanças de comportamento.

Além das mudanças ambientais, a inadequada satisfação dos objetivos e dos requerimentos funcionais provocam mudanças no comportamento.

A adaptação e o ajustamento resultam no aspecto dinâmico do comportamento, podendo gerar INSTABILIDADE temporária, mas quando ocorrem de forma eficiente e efetiva, garantem a estabilidade do sistema comportamental humano como um todo, determinando padrões de comportamento ordenados, propositais e previsíveis.

Podem ocorrer situações em que o indivíduo não tenha habilidade para re-estabilizar seu comportamento sem ajuda externa, como ocorre, por exemplo, em algumas situações de doença em que esta se torna um estresse constante para ele. Nestas situações o indivíduo não tem respostas adaptativas eficientes e eficazes para atingir os objetivos dos subsistemas, exibindo comportamentos que demandam muita energia, caracterizando a INSTABILIDADE comportamental. Na INSTABILIDADE, a sobrevivência bio-psico-social do ser humano pode estar ameaçada.

Em UTI 100% dos pacientes possui alguma forma de INSTABILIDADE comportamental potencial e/ou real, devido a situação de alto risco ou crítica em que se encontram. Sob estas condições torna-se imprescindível a assistência multidiscipli-

nar de saúde(enfermagem, médica, psicológica, de nutrição, espiritual, etc), de condições ambientais favoráveis e da ajuda de familiares e/ou amigos, afim de ajudá-los a reencontrar sua ESTABILIDADE comportamental e manter sua sobrevivência bio-psico-social.

4.4.3. Ambiente

Johnson não define ambiente. Entretanto, Grubbs(1980, p.223)) quando se refere á manutenção da estabilidade comportamental cita, por diversas vezes, a influência de estímulos ambientais, na determinação do comportamento humano.

Ela também faz referência ao ambiente quando cita os fatores determinantes da instabilidade comportamental, se referindo á estas influências como "pressões ambientais"(Grubbs, 1980,p.224).

Johnson(1980, p.212) comentando sobre a auto-perpetuação e a auto-manutenção dos subsistemas se refere ao "ambiente interno e externo". Grubbs(1980,p.221) quando define estressor cita " algum estímulo dentro ou fora do sistema que resulta em estresse ou instabilidade".

A partir das afirmações de Johnson e Grubbs, citadas acima, considerarei o ambiente como constituído por duas dimensões (interna e externa). Este ambiente possui flutuações as quais geram estímulos que, quando nocivos, podem instabilizar um determinado subsistema ou no sistema como um todo. O ambiente também pode auxiliar o sistema na obtenção da estabilidade comportamental quando suas flutuações gerarem estímulos favoráveis.

Apesar de Johnson não definir ambiente, considerarei importante tentar tecer algumas considerações sobre este, porque a literatura revisada e minha experiência como profissional da área de terapia intensiva me conduzem a valorizá-lo.

Frequentemente o ambiente das unidades de terapia intensiva é considerado como hostil pelos pacientes lá internados. Isto é bastante compreensível devido as medidas terapêuticas extremamente agressivas como entubação traqueal, ventilação artificial, punções arteriais e venosas, sondagens, pequenas cirurgias etc, que geram pressões psicológicas de toda sorte, além do isolamento social e familiar. Ao mesmo tempo que estas medidas têm como objetivo a estabilidade dos sistemas vitais (biológico), frequentemente elas produzem instabilidade nas dimensões psicológica e social do comportamento humano como ansiedade, estresse, medo de morrer, quebra de hábitos de alimentação, hidratação, de sono e repouso, agressividade e hostilidade.

Mesmo concordando e compreendendo que o objetivo principal do tratamento intensivo é a manutenção dos sistemas vitais, não posso omitir minha preocupação com as possíveis influências desfavoráveis do ambiente da UTI, não só sobre o comportamento psicológico e social do paciente, mas também sobre o comportamento biológico, uma vez que, nestas unidades o risco de adquirir infecção pelos procedimentos invasivos é sabidamente muito elevado, o que frequentemente se constitui em causa de óbito nestas unidades

A influência ambiental sobre o sistema comportamental humano em UTI deve se constituir numa relevante preocupação para os enfermeiros destas unidades porque este é um sistema aberto, e portanto, está em constante interação o meio ambiente. Devido as condições de instabilidade (potencial ou real) em que se encontram estão mais vulneráveis às mudanças de condições ambientais.

4.4.4. Enfermagem

Segundo Johnson(1980,p.214) a ENFERMAGEM é uma força reguladora externa que age para preservar a organização e a integração do comportamento do paciente a um ótimo nível, naquelas condições em que o comportamento se constitui numa ameaça

ça à saúde bio-psico-social ou quando a doença está presente. Sob estas condições a enfermagem atua tentando conduzir as ações dos subsistemas para atingir os objetivos desejados ou satisfazendo os requerimentos funcionais destes.

O OBJETIVO DA ENFERMAGEM é a promoção da integridade, da estabilidade, da adaptação e do ajustamento dos comportamentos e do funcionamento efetivo e eficiente do sistema(Melleis,1985, p.199).

O PROBLEMA para a enfermagem é a instabilidade potencial ou real, do ser humano ou de alguns dos seus subsistemas em resposta à: 1) a inadequada satisfação dos objetivos, 2) inadequada satisfação dos requerimentos funcionais ou 3) de mudanças nas condições ambientais(Grubbs apud Melleis, 1985).

Analisando o escrito nas publicações de Johnson(1980), Melleis(1985) e Grubbs(1980) posso deduzir que a TERAPÊUTICA DA ENFERMAGEM consiste na satisfação dos requerimentos funcionais(apoio, proteção e estimulação) e utilização de mecanismos de restrição, defesa, inibição e facilitação, descritos por Grubbs(1980). Assim, RESTRIÇÃO significa impor limites ou controles externos sobre o comportamento; DEFESA é o suprimento de proteção através da prevenção de danos decorrentes da exposição à estímulos ambientais nocivos desnecessários; INIBIÇÃO caracteriza-se pelo suprimento de apoio para a supres-

são de respostas inefetivas; e FACILITAÇÃO significa o suprimento de apoio e estimulação para promover a incorporação de novas demandas comportamentais.

Considerando que o objetivo principal da assistência nas unidades de terapia intensiva é a manutenção dos sistemas vitais, a assistência de enfermagem nestas unidades precisa também atingir este objetivo para cumprir o seu papel.

Apesar de Johnson não se referir a nenhum dos seus subsistemas como sendo vital e defender a integridade do sistema como um todo, precisei refletir a esse respeito para viabilizar a assistência de enfermagem em UTI conforme seu modelo, e concluí que os subsistemas mais importantes para a manutenção da vida são o ingestivo, o restaurativo, o eliminativo e o agressivo/protetor. Entretanto, considerar que o ser humano é um todo que funciona por uma interdependência virtual entre suas partes e que, todos os subsistemas estão interrelacionados, são interdependentes e estão organizados sistematicamente, não significa que priorizar alguns para a manutenção da vida é semelhante a não atender, concomitantemente, os demais.

O problema para a enfermagem na assistência de pacientes internados em unidades de terapia intensiva é, prioritariamente, a instabilidade real ou potencial causada por estressores inerentes às condições patológicas ameaçadoras da sobrevivência biológica, ou do tratamento médico e de enfermagem,

ou dos testes diagnósticos, ou mesmo ao equipamento, ambiente físico da unidade e isolamento social, levando o paciente a uma instabilidade do sistema como um todo evidenciado por um estado de saúde crítico ou de alto risco.

Devido ao não conhecimento de trabalhos que descrevam a aplicação do modelo de Johnson em terapia intensiva, a forma de como as categorias terapêuticas da enfermagem ocorrem neste tipo de assistência, se constituíram num desafio do trabalho a ser enfrentado no decorrer do processo de aplicação deste modelo à realidade de UTI.

CENÁRIO ASSISTENCIAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

5.1. Descrição do cenário assistencial

A UTI utilizada como local para o desenvolvimento desta experiência está situada dentro de um hospital geral pertencente a rede estadual de saúde, em Florianópolis-SC.

Estou envolvida com este hospital desde que era aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Depois que me formei, realizei um estágio de 01 ano no qual passei pelo serviço de emergência(SE), UTI, unidade de clínica médica e unidade de clínica cirúrgica. Quando terminei este estágio, fui trabalhar na Universidade como docente de enfermagem, mas continuei ligada ao hospital através dos estágios curriculares com alunos. Inicialmente acompanhava estágios dos alunos do Curso de Graduação em Medicina e atualmente acompanho os alunos da 6ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem em estágios na UTI, e eventualmente, os da 8ª fase, supervisionando seus trabalhos de conclusão de curso. Este envolvimento fez com que eu conhe-

cesse bem o hospital e especialmente sua UTI, estabelecendo laços afetivos muito fortes com as pessoas que trabalham nesta instituição. Inicialmente eu ia para o referido hospital, exclusivamente para aprender, hoje tenho vários ex-alunos trabalhando lá e já posso ver que pude devolver alguma forma de saber para esta instituição que sempre me auxiliou a crescer profissionalmente.

Trata-se de um hospital de referência de Florianópolis e de Santa Catarina e tem condições de atender pacientes adultos de quase todas as especialidades, exceto cardiologia. Possui curso de residência médica em medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, neurologia, urologia, oncologia e hematologia. Recebe para estágios estudantes de enfermagem, medicina, bioquímica e de outros cursos da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC) e de outras universidades do estado, e alunos dos cursos técnico e auxiliar de enfermagem. Possui 252 leitos, distribuídos em unidades de internação de clínica médica, clínica cirúrgica, UTI e SE. A maioria de sua clientela é de pacientes previdenciários e conveniados.

A UTI está situada no 3º andar, próxima ao centro cirúrgico(CC), e atende pacientes de todas as especialidades procedentes das unidades de internação e do SE. Sua planta física constitui-se de 01 quarto para isolamento; 01 sala com 06

leitos na qual estão situados o posto de enfermagem e uma área de preparo de medicação; 01 sala de expurgo; 01 banheiro; e 01 sala utilizada para serviços de secretaria, vestiário, rouparia e local onde o pessoal lotado na Unidade faz seus lanches. Sala de utilidades, quarto de plantão médico, vestiário feminino e local para guarda de equipamentos estão situados no mesmo andar, próximos a UTI. Sala para reuniões, sala para visitas, copa, laboratório e banheiros para pacientes e funcionários não existem na atual planta física. Além disso, sua construção é bastante antiga e apresenta diversos problemas, principalmente relacionados à canalização de água, oxigênio e ar comprimido, bem como sistema de esgotos. Frequentemente as pias entopem ou apresentam vazamentos e qualquer reparo exige que se quebre paredes, pois toda a canalização é embutida. Outros problemas frequentes estão relacionados ao sistema elétrico, já obsoleto para atender a demanda de equipamentos mais modernos.

A assistência é prestada pelos recursos humanos listados no quadro a seguir (Quadro 3) e por residentes de medicina e estagiários de cursos de graduação e pós-graduação, principalmente das áreas: medicina e enfermagem.

Quadro 3 Distribuição dos recursos humanos da UTI de um hospital geral de Florianópolis, segundo turno de trabalho

Pessoal	Turno		
	07 - 13	13 - 19	19 - 07
médicos	02	02	01
enfermeiros	01	01	-
técnicos	02	03	03
auxiliares	02	04	03
atendentes	03	01	-
auxiliar administrativo	01	01	-

As condições que mais frequentemente determinam a internação dos pacientes nesta UTI são os traumatismos cranioencefálicos, politraumatismos e aneurismas cerebrais.

A assistência de enfermagem não segue explicitamente qualquer modelo teórico em particular e não é registrada sistematicamente. Diariamente os pacientes são avaliados pelos enfermeiros e o registro é realizado no verso da folha de controle do paciente. Os principais aspectos avaliados são: função neurológica, respiratória, cardiovascular, urinária e intestinal. São também verificados ferimentos, sondas, drenos, infusões venosas, condições da pele e balanço hídrico das 24h. Todo material colhido para exame é registrado ao término da avaliação. A prescrição de enfermagem é realizada somente para os pacientes considerados mais graves. Não são registrados o histórico e o diagnóstico de enfermagem.

Diariamente os pacientes são visitados pela nutricionista do hospital a qual avalia as condições nutricionais de cada um e busca adequar a dieta a cada situação em particular. Também visita diariamente a UTI um padre que dá a unção dos enfermos aos pacientes, por solicitação deles próprios ou de suas famílias.

Os pacientes são admitidos mediante avaliação do médico intensivista de plantão. São recebidos na unidade

pelo pessoal de enfermagem, o qual os orienta sobre o local e, quando possível, sobre as razões que o levaram à UTI. Quando a sobrevivência do paciente é assegurada e ele não precisa mais de terapia intensiva, o médico dá alta da unidade e comunica ao enfermeiro. Este providencia a remoção do paciente para a unidade de destino e é responsável por todos os contatos com o enfermeiro desta unidade e a família.

Quando da admissão e alta, são anotados no livro de registro da UTI dados como: data/hora da internação, nome do paciente, idade, categoria, nº de registro, diagnóstico médico, nome do médico responsável, data/hora da alta, tipo de alta(alta da UTI, hospitalar, óbito ou transferência) e destino do paciente.

O prontuário básico do paciente é constituído pelos seguintes impressos: 01 para controle e evolução de enfermagem(ANEXO I), 01 para prescrição médica(ANEXO II), 01 para anamnese médica(ANEXO III), e 01 para identificação do paciente(ANEXO IV).

Apesar das condições precárias da área física, da ausência de enfermeiros no período noturno(19-07h) e da inexistência de uma sistematização da assistência de enfermagem(SAE), considero a assistência global, nesta unidade, como uma das melhores da rede hospitalar de Florianópolis. Acredito

que isso esteja diretamente relacionado aos cursos de residência médica nas especialidades básicas (medicina interna, cirurgia geral, anesthesiologia, neurologia e outros), os quais promovem, sistematicamente, cursos de atualização, seminários e palestras, e ao intercâmbio com instituições de ensino, via estágios curriculares e extracurriculares e ao desenvolvimento de trabalhos a nível de pós-graduação. Fatores como a alta rotatividade de pacientes multidisciplinares e a baixa rotatividade de seu corpo funcional, colaboram para a ampliação da experiência e crescimento profissional, com repercussão favorável sobre a qualidade da assistência.

5.2. Desenvolvimento do processo de enfermagem

O processo de enfermagem é uma atividade deliberada, racional e lógica, a qual permite que a prática de enfermagem seja executada sistematicamente, proporcionando, quando orientada por um modelo teórico, uma estrutura organizada para o cuidado de enfermagem (Griffith-Kenney, 1986).

Para desenvolver o processo de enfermagem que utilizei neste trabalho, passei por dois momentos distintos. O primeiro deles foi de intensa atividade intelectual, onde após diversas leituras de textos sobre o modelo de Johnson e sua implementação em diversas situações da prática da enfermagem e do

próprio processo, consegui organizar sua estrutura básica. Após ter concebido esta estrutura, parti para o segundo momento, onde fui para a UTI verificar se a mesma era exequível. Este segundo momento ocorreu no período de adaptação que descreverei mais adiante.

A fase intelectual iniciou-se com as leituras sobre o Modelo de homem como sistema comportamental. As etapas do processo foram elaboradas a partir do modelo idealizado por Grubbs(1974), quando esta adaptou o processo de enfermagem ao modelo de Johnson. Uma outra autora que muito contribuiu para esta fase do desenvolvimento do processo foi Auger(1976). Ela propôs um instrumento para levantamento de dados fundamentado no modelo de Johnson.

A partir destas leituras decidi que o processo de enfermagem que iria utilizar neste trabalho constaria de 1) Levantamento de dados, 2) Diagnóstico, 3) Intervenção, e 4) Avaliação de enfermagem. Entretanto, durante todo o decorrer do processo assistencial, adaptações nas etapas do processo se fizeram necessárias para tornar possível sua aplicação em UTI.

A fim de melhorar a compreensão das adaptações realizadas achei interessante descrever o processo de enfermagem idealizado por Grubbs(1974). Os passos do referido processo foram compostos por(1) levantamento de dados(assessment), (2)

diagnóstico(diagnosis), (3) intervenção(interventions), e (4) avaliação(evaluation).

No levantamento de dados a autora utilizou dois níveis. O primeiro nível tem como objetivo determinar se existem ameaças à estabilidade do cliente e quais as habilidades dele para adaptar-se a elas sem resultar em instabilidade. Caso a instabilidade exista ou seja previsível, o enfermeiro parte para o segundo nível. Neste, ele localiza o problema e faz uma investigação acurada do mesmo. Nesta fase do processo Grubbs sugeriu a utilização de um guia para orientar a análise do comportamento instável em um ou mais dos subsistemas.

Grubbs(1980) considera o diagnóstico de enfermagem como sendo basicamente a etapa de tomada de decisão, onde são descritos e classificados os comportamentos instáveis e que não satisfazem os objetivos dos subsistemas. A autora classificou estes comportamentos em 04 categorias que são: 1) Insuficiência, 2) Discrepância, 3) Incompatibilidade, e 4) Dominância. A Insuficiência e a Discrepância ocorrem quando há instabilidade dentro de um só subsistema e a Incompatibilidade e a Dominância ocorrem quando há instabilidade dentro de mais de um subsistema.

A Insuficiência existe quando um subsistema não funciona adequadamente ou quando seus requerimentos funcionais são inadequados. A Discrepância ocorre quando um comportamento não encontra o objetivo do subsistema. A Incompatibilidade aparece quando os objetivos ou os comportamentos de dois ou mais subsistemas entram em conflito, e a Dominância ocorre quando o comportamento de um subsistema predomina sobre os demais. Dentro de cada uma destas sub-categorias Grubbs levantava em cada subsistema os problemas de enfermagem (instabilidades) específicos, aos quais denominou de subcategorias.

Na intervenção de enfermagem, ainda conforme Grubbs(1980), eram estabelecidos os objetivos específicos, baseados em cada diagnóstico, determinados os métodos de intervenção (categorias terapêuticas), e realizada a previsão dos resultados comportamentais.

Na avaliação, eram considerados se os objetivos específicos pré-estabelecidos durante a intervenção, tinham sido alcançados. A autora sugeriu também o estabelecimento de objetivos a curto, médio e longo prazo, os quais devem ser checados sistematicamente, durante a avaliação.

Para a estruturação do instrumento de levantamento de dados me baseei no instrumento elaborado por Auger(1976). O propósito deste instrumento foi de obter informações sobre o

comportamento dos diversos subsistemas e determinar quais os fatores que podiam influenciar ou modificar seu comportamento, revelando o significado e a função dos comportamentos do paciente, através de um esforço conjunto envolvendo enfermeiro e paciente.

Auger(1976) estruturou seu instrumento em duas partes maiores. A primeira, tinha por objetivo levantar e analisar dados pertinentes aos reguladores gerais do comportamento como fatores ambientais, processos de regulação perceptual e características gerais do paciente. E, a segunda parte, com o objetivo de focalizar os aspectos funcionais e adaptativos dos subsistemas.

Como o instrumento idealizado por Auger(1976) era bastante amplo percebi que, por este motivo, poderia ser facilmente adaptado às diversas situações clínicas, inclusive à assistência de enfermagem em terapia intensiva. Naquela ocasião, como não tinha idéia de "por onde" começar a elaborar um instrumento fundamentado no modelo de Johnson, a publicação de Auger(1976) quase que "caiu do céu", foi a "tábua de salvação". E foi a partir deste modelo de instrumento, que elaborei um outro já adaptado à assistência em terapia intensiva(APÊNDICE 1), sob a orientação da professora da disciplina "Tópicos Especiais de Enfermagem: O processo de enfermagem" do Curso de Mestrado em Enfermagem que frequentei.

Na UTI, costumamos dizer que tudo que se faz para a assistência aos pacientes deve ser " com pressa e devagar"; isto devido às características e ao objetivo destas unidades, onde o fator tempo e a qualidade da assistência são aspectos determinantes da sobrevivência do paciente. Tendo isto em mente, elaborei o instrumento na forma de "Check-list". À semelhança do de Auger(1976) mantive o instrumento em duas partes, sendo que na primeira eram levantados e analisados os dados pertinentes aos reguladores gerais do comportamento(fatores ambientais, processos de regulação perceptual e características gerais do paciente) e, na segunda, eram focalizados os aspectos funcionais e adaptativos dos subsistemas.

Apesar do diagnóstico de enfermagem preconizado por Grubbs(1980) estar bem fundamentado no modelo de Johnson, tive algumas dificuldades para entender como ele seria implementado na prática. Como descrevi anteriormente, Grubbs(1980) classificou os tipos de instabilidade em 04 categorias gerais(Insuficiência, Discrepância, Incompatibilidade e Dominância), porém, as instabilidades comportamentais de cada subsistema teriam de ser descritas uma a uma, sem uma padronização, sem a utilização de uma linguagem única. Como eu já conhecia superficialmente a Classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association(NANDA) e estava muito interessada em utilizá-la, resolvi tentar conjugar esta classificação à etapa de diagnóstico deste trabalho.

Neste ponto, a maior dificuldade foi encontrar bibliografia sobre o assunto. Nesta época não tinha conhecimento de publicações, no Brasil, sobre tal classificação. Assim, não tive outra alternativa senão recorrer novamente a bibliografia norte-americana. E foi o que fiz. Encontrei uma publicação de Gordon(1982), e não tive conhecimento de publicações mais recentes. Então recorri à uma amiga que estava fazendo pós-doutorado nos Estados Unidos, e ela prontamente remeteu-me uma publicação intitulada Nursing Diagnosis with Interventions(Doenges, Moorhouse, 1988).

Neste livro as autoras agruparam os 72 diagnósticos existentes em 13 divisões diagnósticas baseadas na hierarquia das necessidades de Maslow e uma filosofia de auto-cuidado. Dentro de cada uma destas divisões os diagnósticos a elas relacionados eram listados em ordem alfabética e acompanhados de sua definição, etiologia(fatores relacionados), características(objetivas e subjetivas), resultados desejados/critérios para avaliação e intervenções de enfermagem. Para cada grupo de intervenções as autoras estabeleciam prioridades de enfermagem, assim cada diagnóstico tinha várias prioridades, cada uma, seguida por suas respectivas intervenções.

Eu fiquei muito entusiasmada e gostei muito do livro, porque as outras publicações que conhecia não traziam as intervenções. Mas minha amiga me mandou um bilhete, onde me

dizia que nos Estados Unidos, naquela ocasião, havia uma tendência em considerar a classificação diagnóstica de enfermagem da NANDA "muito reducionista". Não entendi muito bem o que ela queria dizer, mas fiquei muito preocupada na hora. Afinal de contas, estava gostando do modelo de Johnson justamente por ter uma visão global do ser humano. Não me conformei e comecei a estudar a classificação para verificar se havia incompatibilidade entre o modelo de Johnson e a mesma.

Através deste estudo da classificação cheguei a conclusão que o mais importante era o modelo que se escolheria para orientar a prática de enfermagem. Se o modelo tivesse uma visão reducionista do ser humano, então a prática de enfermagem seria também reducionista - o que, felizmente, não ocorria no meu caso. Hoje, conhecendo melhor esta classificação acredito que o motivo de tais afirmações estivesse relacionado à própria Taxonomia da NANDA, que inicialmente, somente classificava os diagnósticos sem ter uma orientação teórica mais ampla, como a abordada na Taxonomia I.

A Taxonomia I, embora já existisse quando da publicação de Doenges e Moorhouse(1988), não foi utilizada pelas mesmas. Esta Taxonomia foi revisada aprovada na 9ª conferência da NANDA(1990), e trouxe novas definições para os Padrões de Respostas Humanas, a fim de tornar sua aplicação na prática mais favorável. Nesta Conferência foram definidos 09 Padrões

de Respostas Humanas(Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir) e apresentados os eixos básicos da Taxonomia II(Farias et al, 1990). Como neste trabalho adotei o modelo de Johnson e utilizei somente os diagnósticos da NANDA, não vejo necessidade de definir aqui os 09 Padrões de Respostas Humanas aprovados nas conferências da NANDA.

À 3ª etapa do processo de enfermagem, a intervenção de enfermagem, nenhuma novidade teórica foi introduzida. Entretanto, como o modelo de Johnson é considerado como teoria de efeito, ou seja, se preocupa com o resultado da assistência de enfermagem, considerei importante que neste passo do processo fossem estabelecidos objetivos de assistência para cada diagnóstico de enfermagem. Assim, todas as prescrições e intervenções de enfermagem de um dado diagnóstico seriam realizadas com o propósito de atingir os objetivos propostos.

Na avaliação de enfermagem, minha preocupação voltou-se para a avaliação das respostas do paciente aos cuidados prestados. Devido às características do modelo utilizado e a natureza dos objetivos da Unidade, optei por registrar a avaliação de enfermagem sob a forma de SOAP(dados Subjetivos e Objetivos, Avaliação e Plano) preconizada por Weed apud Niland e Bentz(1974).

A avaliação de enfermagem sob a forma de SOAP vem sendo utilizada como forma de registro em vários hospitais universitários no Brasil e permite que o enfermeiro assista o paciente otimizando tempo e qualidade, fatores imprescindíveis à assistência de enfermagem em terapia intensiva. Esta forma de avaliação garante o levantamento dos dados subjetivos(S) e objetivos(O) do paciente, a avaliação(A) destes dados e a realização de um plano(P) que fornece subsídios para a continuidade da assistência.

Apesar de ter me estendido bastante nesta exposição, acredito que ela irá contribuir para uma melhor compreensão deste e dos demais capítulos deste trabalho.

5.3: O processo de enfermagem

Como fruto da fase intelectual do desenvolvimento do processo de enfermagem cheguei a uma proposta de modelo de processo constituído de 1) Levantamento de dados, 2) Diagnóstico, 3) Intervenção e 4) Avaliação de enfermagem, as quais descreverei a seguir.

5.3.1. Levantamento de Dados

Esta etapa do processo de enfermagem tem por objetivo levantar dados relativos aos reguladores gerais do comportamento e dos oito subsistemas, já identificando os comportamentos instáveis e suas respectivas causas.

Para tanto, foi necessária a elaboração de um instrumento de levantamento de dados (APÊNDICE 1) fundamentado no modelo de Johnson e adaptado para a assistência de enfermagem em terapia intensiva, denominado Histórico de enfermagem. Este instrumento consta de 02 partes, sendo que na primeira são levantados dados de identificação do paciente, dados sociais (estado civil, escolaridade, profissão, procedência, religião), algumas questões como: Qual o seu nome?, Você sabe onde está?, Você sabe por que está aqui?, Qual sua idade?, Qual sua profissão atual? Você gostaria de falar sobre ela? e, observações gerais como: aparência geral, gestos ou maneirismos que acompanham as respostas e como o paciente se expressa. Estes dados têm por finalidade informar a respeito dos fatores do ambiente físico e processos de regulação perceptual.

A segunda parte do instrumento está relacionada especificamente aos subsistemas do comportamento, listados na seguinte ordem: ingestivo, eliminativo, sexual, afiliativo, dependência, agressivo/protetor, realização, e restaurativo. Ain-

da são levantados dados gerais e específicos destes subsistemas. Os dados específicos são aqueles característicos dos pacientes em terapia intensiva como por exemplo: se eles respiram espontaneamente, c/ auxílio de cateter de oxigênio ou de nebulização contínua, se estão traqueostomizados ou com tubo orotraqueal, se precisam de respiradores para ventilar, caso sim, qual o tipo de respirador, qual o regime respiratório (respiração controlada ou assistida), com pressão expiratória positiva (PEEP), com ventilação mandatória intermitente (IMV), em desma-me, etc.

O levantamento dos dados deve ser realizado através de entrevista, observação e dos achados do exame físico, sendo o preenchimento realizado, na sua maior parte, sob a forma de check-list.

Os comportamentos considerados instáveis são circulos, bem como, suas respectivas causas, já fazendo uma ligação com a etapa de diagnóstico de enfermagem.

5.3.2. Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do paciente aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, os quais fornecem a base para a

seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável(Farias, 1990).

O objetivo desta etapa é classificar e listar as instabilidades comportamentais identificadas na etapa anterior, em categorias diagnósticas conforme aquelas aprovadas pela 7ª Conferência da NANDA(Doenges e Moorhouse,1988), tendo por finalidade subsidiar a intervenção de enfermagem.

Os comportamentos considerados instáveis ou com "potencial para" características definidoras conforme NANDA), encontrados nos subsistemas, devem ser classificados em categorias diagnósticas, as quais devem estar associadas as suas respectivas causas ou fatores relacionados através das expressões "relacionado a" ou "relacionado com", como por exemplo: Padrão respiratório ineficaz relacionado com traumatismo torácico.

Para o registro dos diagnósticos elaborei um impresso denominado de S. D-T(APÊNDICE 2). Neste impresso devem ser registrados também data/hora do registro, os subsistemas afetados, os requerimentos funcionais insuficientes, as categorias terapêuticas e a data de resolução do diagnóstico, afim de que se possa ter uma idéia global e atualizada do comportamento do paciente.

5.3.3. Intervenção de enfermagem

Esta etapa compreende a identificação e o suprimento dos requerimentos funcionais insuficientes, das categorias terapêuticas (Restrição, Inibição, Facilitação e Defesa) necessárias à prevenção das instabilidades potenciais e/ou reversão de instabilidades reais, ao estabelecimento de objetivos terapêuticos, a prescrição de enfermagem e as ações necessárias para o atingimento dos objetivos estabelecidos.

O propósito da intervenção é o alcance dos objetivos terapêuticos a fim de que a sobrevivência bio-psico-social do paciente seja assegurada.

O registro desta etapa deve ser realizado em dois impressos. Na S. D-T (APÊNDICE 2) devem ser registrados os requerimentos funcionais insuficientes, as categorias terapêuticas e objetivos. As prescrições de enfermagem têm validade de 24h e devem ser registradas no impresso destinado à prescrição médica (ANEXO II).

Após o estabelecimento das categorias terapêuticas, dos objetivos e da prescrição de enfermagem, passava para a execução desta última. As ações ou cuidados a serem executados são de responsabilidade da equipe de enfermagem.

5.3.4. Avaliação de enfermagem

Esta etapa compreende a interpretação e análise das respostas comportamentais do paciente frente aos estímulos ambientais e a terapêutica empregada, através de dados subjetivos(S) - registro das informações fornecidas pelo paciente ; objetivos(O) - registro dos dados provenientes da observação dos comportamentos do paciente, do exame físico, dados de exames e outros; análise(A) - registro da interpretação dos dados subjetivos e objetivos; e, plano(P) - registro da tomada de decisão, no sentido de manter ou reformular o planejado na etapa de intervenção de enfermagem.

O registro desta etapa deve ocorrer no verso da ficha de controle do paciente(ANEXO I).

Apesar de ter dividido o processo de enfermagem em 04 etapas, eu o entendo como um processo que tem uma dinâmica própria, a qual procurei representar através da figura 1. O que percebo é que se faz necessário seguir uma sequência, ou seja, iniciar pelo levantamento de dados e prosseguir realizando o diagnóstico, a intervenção e a avaliação. Entretanto, como o sistema comportamental humano é um todo dinâmico, o processo de enfermagem precisa também ser muito dinâmico, o que faz com que ocorra um "ir e vir" entre suas etapas, inclusive gerando, muitas vezes, uma sobreposição entre as mesmas.

Apesar de ter dividido o processo de enfermagem em 04 etapas, eu o entendo como um processo que tem uma dinâmica própria, a qual procurei representar através da figura 1. O que percebo é que se faz necessário seguir uma sequência, ou seja, iniciar pelo levantamento de dados e prosseguir realizando o diagnóstico, a intervenção e a avaliação. Entretanto, como o sistema comportamental humano é um todo dinâmico, o processo de enfermagem precisa também ser muito dinâmico, o que faz com que ocorra um "ir e vir" entre suas etapas, inclusive gerando, muitas vezes, uma sobreposição entre as mesmas.

FIGURA 1. DINÂMICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

(Ilustrado por Martha Bauer)

Em UTI, como a moda(Mo) de internação é, geralmente, de 24h e ocorrem muitas modificações no comportamento do paciente, frequentemente ao mesmo tempo que estamos fazendo o levantamento inicial dos dados podemos perceber que o paciente precisa ser aspirado, então é necessário que passemos a intervir, mesmo antes de termos concluído a etapa de levantamento de dados, e após o procedimento de aspiração do paciente já temos de avaliar a resposta em relação à aspiração, verificando se houve melhora do padrão respiratório e do desconforto causado pelo acúmulo de secreções, para então retornar ao levantamento de dados.

Senti a necessidade de aqui fazer estas considerações porque frequentemente, observo que os enfermeiros em UTI têm muita resistência à introdução do processo de enfermagem em suas unidades, e creio que esta resistência, em parte, se deve a crença de que o processo é de certa forma estático, exigindo que façam cada coisa de uma vez e, devido a isso gastem muito tempo no registro do processo deixando de cuidar do paciente. Acredito que a compreensão desta dinâmica do processo poderá ajudá-los a fim de melhor o aceitarem.

O PROCESSO ASSISTENCIAL

6.1. Período de adaptação

Este período ocorreu entre 30/05 a 05/06/1989. Seu objetivo foi de iniciar o preparo para minha estada na unidade, na qual eu necessitaria de aceitação para desenvolver o trabalho a que me propunha realizar até Julho de 1989, e testar o processo de enfermagem que tinha elaborado, fundamentado no modelo de Johnson e utilizando na etapa de diagnóstico a Classificação diagnóstica da NANDA.

Não tinha dúvida quanto a receptividade das enfermeiras, pois além de levar alunos para estágio nesta unidade ambas tinham sido minhas alunas e tínhamos familiaridade com assuntos desta natureza. O que me preocupava era com o que pensariam a respeito da proposta, porque tanto o modelo de Johnson quanto a Classificação Diagnóstica da NANDA ainda não eram conhecidos por elas, ocasionando muita mudança de uma só vez.

Além disto, eu própria tinha tido muita dificuldade em compreender o homem como um sistema comportamental com aquela varie-

dade de subsistemas que nada, ou muito pouco, tinham a ver com os subsistemas orgânicos, com os quais estávamos acostumadas a trabalhar. Mas tinha que prosseguir com o meu propósito e, chegando a UTI, procurei pelas duas enfermeiras.

Enquanto esperava por elas conversei um pouco com os funcionários e eles me perguntaram o que eu tinha ido fazer lá. Expliquei-lhes que ia permanecer lá por algum tempo para fazer minha dissertação de mestrado e eles ficaram muito interessados. Neste momento, chegaram as enfermeiras. Conversamos um pouco sobre generalidades e após expliquei-lhes o motivo da minha ida.

Entreguei-lhes o esboço de marco conceitual que tinha elaborado e pedi que elas lessem e depois comentassem alguma coisa a respeito. Falei também que precisaria da colaboração delas para introduzir o processo de enfermagem na assistência dos pacientes que eu iria cuidar e elas foram bem receptivas. Falei-lhes ainda, que traria a Classificação Diagnóstica da NANDA para que elas conhecessem e as informaria previamente de qualquer alteração nos meus planos.

À medida que ia encontrando as pessoas lhes contava o que eu estava fazendo lá e não percebi nenhuma reação de desagrado.

6.2. Teste e reformulação do instrumento de levantamento de dados

Enquanto conversava com as enfermeiras, fomos interrompidas por um médico que precisava de um material para abrir uma colostomia de um paciente em estado séptico que estava no isolamento da UTI. Este paciente era portador de "sépsis abdominal" decorrente de um ferimento por arma branca no abdômem; era travesti, e só gostava de ser tratado por "ela". Segundo informações das enfermeiras seu quadro clínico era muito grave, estava em franca insuficiência respiratória aguda, bastante dispneico e com $PO_2=48\text{mmHg}$, apesar do cateter de oxigênio com 06l/min . Elas me contaram também que ele era portador do vírus da AIDS, confirmado recentemente por HIV+. Apesar do esforço, percebi que todos tinham um preconceito muito grande em relação a homossexualidade do paciente e medo por ele ser portador do vírus da AIDS. Todos tomavam muito cuidado, usavam máscaras, luvas e avental para entrar no isolamento.

Quando fomos vê-lo, pude notar que estava muito aflito, com medo do procedimento cirúrgico (abertura da colostomia), achava que sua cabeça estava funcionando mal e se referiu a um irmão que não via há longo tempo. A enfermeira perguntou se ele gostaria que o irmão fosse localizado e ele disse que não daria certo, porque este irmão era muito pobre, precisava

trabalhar e não tinha como ser encontrado. Pude perceber que ele queria que o irmão estivesse ali com ele, mas não queria que fosse chamado. Não sei ao certo, mas pareceu-me que era pela sua condição de travesti(ou seria preconceito meu também?

Este paciente tinha os cabelos até os ombros, tingidos de loiro, mas a tintura já estava saindo e pude ver que a raiz dos seus cabelos era castanho escuro. Sua pele era parda, talvez estivesse icterico. Muitos de seus dentes estavam muito cariados e já não tinha outros. Tinha seios desenvolvidos e as unhas das mãos longas, suspirava muito e estava bastante dispneico.

Enquanto olhava para ele comecei a me lembrar do instrumento que tinha elaborado e queria testar. No término da primeira parte deste instrumento haviam alguns itens de observação sobre aparência geral, gestos e maneirismos que acompanham as respostas e, na parte de levantamento dos dados sobre o subsistema sexual haviam outros sobre características sexuais secundárias, maquiagem, estilo de cabelo e estereótipo. Então pensei, este será o primeiro paciente que irei aplicar o instrumento.

Quando saí do isolamento fui para a sala de lanche e me encontrei novamente com a equipe de enfermagem e as enfer-

meiras. Sentamos e mostrei a elas o modelo de instrumento que pretendia testar. Elas tinham muita necessidade de falar, mostravam-se ansiosas, frustadas e uma certa decepção com a enfermagem e as instituições de saúde. Neste momento, entrou uma médica e disse que também pretendia parar de exercer a medicina, que estava enjoada, que a medicina estava muito difícil, não era valorizada e não queriam pagá-la."

As enfermeiras tentavam ler o material que eu tinha levado para elas, mas não conseguiam parar de falar sobre a UTI. "Na UTI agora só tem paciente neurológico, será que vai dar para aplicar este modelo?" Eu expliquei a elas que iria tentar e talvez, escolhesse inicialmente pacientes que pudessem se comunicar verbalmente, mas que o modelo de Johnson vê o ser humano como um sistema comportamental e sob esta ótica, o paciente neurológico também exibe um comportamento mesmo que não se comunique verbalmente ou esteja em coma. Durante sua evolução podemos identificar comportamentos que indicam melhora ou piora da sua condição de saúde. Quando conhecemos estes comportamentos podemos assistí-los com mais segurança. Então elas perguntaram se estes comportamentos eram no "sentido psicológico". E, eu respondi que Johnson também via o ser humano como um ser bio-psico-social e que estes comportamentos poderiam ser também bio-psico-sociais. Mas que, no caso de um paciente em coma profundo, os comportamentos psicológicos e sociais dificilmente poderiam ser observados, porque o paciente nestas condições não tem como exibi-los.

Neste primeiro dia do período de adaptação não tive tempo de iniciar o teste do instrumento. Como as enfermeiras tinham feito muitas perguntas e estavam muito ansiosas achei mais conveniente ficar à disposição delas.

Retornei à UTI no dia seguinte com o propósito de aplicar o instrumento no paciente que tinha visto no dia anterior, mas aconteceu que estava chegando um paciente proveniente do centro cirúrgico(CC), o qual tinha se submetido a uma toracotomia exploratória com biópsia para a verificação de metástases pleurais decorrentes de um tumor brônquico. Recebi-o junto com as enfermeiras e os funcionários da unidade. Chegou lúcido e com muito frio($t = 35^{\circ}\text{C}$), foi aquecido com cobertores não necessitando de bolsa de água quente. Quando terminei de atendê-lo fui ver o paciente do isolamento, conversei um pouco com ele, voltei para a UTI e percebi que o paciente que tinha vindo do CC estava muito calado e ficava olhando para o teto. Não reclamava de nada. Era um senhor forte, de 66 anos e cor branca. Tinha os cabelos também muito brancos que lembrou meu avô. Este paciente me sensibilizou, creio que pelo motivo da cirurgia, por estar muito calado e também pela semelhança com meu avô. Por estas razões acabei mudando de idéia e fui conversar com ele.

Perguntei-lhe se estava tudo bem e se não precisava de nada. Ele disse que não e perguntou-me : "Será que eles

conseguiram tirar tudo?". Eu não esperava aquela pergunta, na hora não sabia bem o que responder e disse que o médico dele ainda não tinha vindo na UTI, mas logo que ele chegasse pediria para falar com ele. Acontece que eu já tinha ido olhar o prontuário dele e vi que os médicos não tinham conseguido ressecar nada porque haviam muitas metastases pleurais.

É sempre muito difícil para nós quando nos deparamos com estas situações, nosso objetivo final sempre está ligado à possibilidade de cura e quando isto não é possível ficamos muito frustrados.

Mas a enfermagem é responsável pelo cuidado do paciente e neste momento me lembrei dos conceitos de estabilidade/instabilidade de Johnson. E, com certeza este paciente apresentava instabilidade comportamental visivelmente relacionada ao comportamento biológico (pós-operatório imediato) e ao comportamento psicológico (ansiedade, tensão e provavelmente medo). Assim sendo, achei que precisava fazer alguma coisa por ele, e perguntei se estava disposto a conversar um pouco, ao que ele respondeu afirmativamente. Então lhe disse que eu era professora de enfermagem da Universidade e que ficaria na UTI por um período para fazer minha tese de mestrado. Expliquei-lhe sobre o meu trabalho e ele concordou em participar.

Peguei o modelo do instrumento de coleta de dados e iniciei pela Parte I. Ele contou-me que era aposentado, e que tinha trabalhado muitos anos como mecânico, disse que era natural de Laguna mas que atualmente morava em Tubarão, era casado. Quando perguntei-lhe sobre sua religião ele pensou por alguns segundos e disse-me: "Sou católico relaxado". Seu nome era muito estranho e não consegui deduzir através deste qual seria sua origem étnica e acabei perguntando, e ele respondeu que era descendente de alemães e italianos.

Antes de iniciar a Parte II do instrumento perguntei se estava cansado, ele disse que não. Então falei-lhe que caso preferisse descansar, dormir ou que estivesse lhe incomodando poderíamos parar. Nesta parte do instrumento tive algumas dificuldades com a sequência em que estavam dispostos os subsistemas e quando terminei a coleta dos dados passei a verificar onde se situavam os problemas.

Nesta análise, verifiquei que no subsistema ingestivo na parte relativa a respiração, teria que incluir a amplitude respiratória no item Padrão Respiratório, porque na Classificação Diagnóstica da NANDA, um dos diagnósticos relacionados à respiração se refere à "Padrão respiratório ineficaz". Verifiquei também que teria de rever a definição de "eupneico".

No subsistema eliminativo, outras modificações se fizeram necessárias. Verifiquei a necessidade de incluir no item denominado "Eliminação urinária", os seguintes subítens: se urina espontaneamente, se precisa de coletor urinário ou de manobras para favorecer a micção, ou se através de sonda vesical de demora ou de sonda de alívio. No item relativo à quantidade de urina eliminada troquei a expressão "quantidade de urina nas 24h" por "diurese" e no item "Débito urinário" modifiquei seus subítens para: normal, oligúria, anúria ou poliúria.

Outro fato que verifiquei foi que seria difícil relacionar os diagnósticos da NANDA à um único subsistema, como tinha previsto na S.D-T. Por exemplo: Este paciente tinha um dreno torácico eliminando secreção sanguinolenta, e este dado foi levantado no subsistema eliminativo. Entretanto, esta drenagem pode diminuir o volume de líquidos determinando o diagnóstico de Potencial para déficit no volume de líquidos, que por sua vez estende o problema do subsistema eliminativo para o restaurativo. Auger(1976) demonstrou dificuldade semelhante quando incluiu em seu instrumento a fase inspiratória da respiração no subsistema ingestivo e a fase expiratória no eliminativo. Portanto, estes problemas não ocorriam somente em relação a Classificação diagnóstica da NANDA, mas também entre os subsistemas do modelo quando se tentava adequá-los aos conceitos de fisiologia e anatomia.

Outra dificuldade encontrada na aplicação do instrumento à este primeiro paciente foi quanto ao momento de realização do exame físico, porque alguns subsistemas têm bastante semelhança com os sistemas orgânicos como o eliminativo, o ingestivo, o sexual, o agressivo/protetor e até mesmo o restaurativo que guardou muita semelhança com o aparelho cardiovascular. Entretanto, os subsistemas de dependência, de realização e o afiliativo não demonstraram nada em comum com os orgânicos. Foi a partir daí que decidi manter os 04 primeiros em sequência, seguidos dos demais. Porém, ainda assim esta sequência não era compatível com a sequência preconizada para o exame físico, ou seja, céfalo-caudal.

Os problemas identificados na aplicação do instrumento neste paciente me fizeram compreender uma outra afirmativa de Johnson(1980,p.208) em relação ao ser humano, quando ela diz que o sistema comportamental humano "é um todo que funciona por uma interdependência virtual entre suas partes". Sendo ele um "todo", torna-se muito difícil querer separá-lo em subsistemas. Assim é imprescindível que se procure compreender estas "interdependências".

Realmente eu não esperava encontrar tantas dificuldades inicialmente, mas enfim tinha um propósito a cumprir e partí para o teste em outros pacientes.

O segundo paciente em que testei o instrumento era uma mulher, de 36 anos, portadora de aneurisma cerebral e hipertensão arterial sistêmica(HAS), diagnósticos estes que a caracterizam como paciente de alto risco.

Esta paciente era branca, casada, lavradora, analfabeta, católica, procedente de Orleans, cidade de Santa Catarina, embora afirmasse que morava em Brusque. De origem alemã, tinha 04 filhas. Tinha cabelos lisos, olhos claros e era obesa. Enquanto falava com ela, raramente olhava nos meus olhos e frequentemente virava-se no leito permanecendo de costas. Porém, ela não demonstrava estar incomodada com a minha presença.

Já na Parte I do instrumento percebi que suas respostas não eram compatíveis com os dados registrados no prontuário e no decorrer da Parte II pude confirmar que estava bastante confusa, demonstrando não compreender por diversas vezes as questões formuladas, provavelmente em decorrência das alterações provocadas pelo aneurisma cerebral.

Desta vez fiz novas modificações nos itens dos subsistemas. Acrescentei no item "observações" dos subsistemas ingestivo e eliminativo os sub-itens denominados "entrada de líquidos nas 24h" e "perda de líquidos nas 24h", respectivamente. No subsistema restaurativo, como é o subsistema respon-

sável pela volemia, acrescentei no item "observações" o subitem "balanço hidro-eletrolítico"

Neste segundo teste percebi que estava demorando muito na sua aplicação, e pensei que poderia ser pela sequência em que se encontravam os subsistemas na Parte II do instrumento. Mas quando parava para refletir fui verificando que estava tendo dificuldades técnicas na realização do exame físico. Então decidi parar um dia para revisar semiologia, principalmente quanto à parte relacionada à ausculta cardíaca e pulmonar. Não contava com esta parada e me senti muito mal. Mas é isto mesmo, quando não trabalhamos na prática utilizando o processo de enfermagem sistematicamente, acabamos nos envolvendo nos cuidados e em atividades "administrativas" e desaprendemos aspectos básicos da assistência de enfermagem.

Durante esta fase de teste do instrumento, embora já estivesse pensando no diagnóstico de enfermagem, não cheguei a realizá-lo.

Enfim cheguei ao terceiro paciente, que era o que pretendia ter abordado primeiro. Era o paciente do isolamento, do qual já falei anteriormente. Os aspectos mais importantes da aplicação do instrumento a este paciente foram em relação ao conteúdo do instrumento, principalmente aos relacionados com os subsistemas de dependência, afiliativo e de realização. Atra-

vês do levantamento de dados destes subsistemas pude perceber quão importantes eles são, mesmo para os pacientes internados em UTI.

Inicialmente as UTIs abrigavam pacientes muitos graves sendo que a grande maioria já chegava na unidade quase sem condições de recuperação. Então as pessoas viam estas unidades como sinônimo de local para morrer. Esta crença não ocorria somente entre a população mas também entre a equipe de saúde. Talvez este tenha sido um dos motivos que fez com que as pessoas que trabalham nestas unidades, frequentemente, não valorizem como deveriam, os aspectos psico-sociais do comportamento humano.

A aplicação do instrumento à este paciente foi emocionante. Já na primeira parte do instrumento consegui identificar dados muito importantes. Ele ou "ela" não sabia onde tinha nascido, não sabia a idade dos irmãos e fazia 10 anos que não via uma irmã e 06 meses que não via o irmão. Nunca estudou, não tinha emprego fixo, gostava de fazer trabalhos domésticos e ajudava uma vizinha que é muito pobre - "lavando umas roupinhas para ela" - e disse: "dá para viver".

No subsistema ingestivo, quando lhe perguntei sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, disse que bebia muito nos finais de semana. Bebia conhaque, cerveja e cachaça, era

obrigado a beber porque trabalhava como travesti numa boate e tinha que pedir bebidas para fazer os clientes beberem, senão era "posto na rua" pelo dono da mesma. O lucro da boate era sobre o consumo de bebidas.

No subsistema eliminativo disse que costumava expressar seus sentimentos falando e fazendo visitas e que o atendimento na UTI era bom, mas disse: "Às vezes eles não me atendem, eu chamo e eles não vêm". Quando perguntei o que poderia fazer para ele se sentir melhor, ele falou: "É só me atender melhor".

No subsistema sexual, disse que preferia ser cuidado por mulheres porque "elas logo sabem o que eu quero". Na vida social também prefere se relacionar mais com as mulheres. Quanto ao estereótipo, não havia dúvida, se comportava como travesti mesmo fora da boate, tendo inclusive um nome feminino.

Eu já havia percebido desde o primeiro dia que, principalmente, alguns dos homens que trabalhavam na UTI não tinham muita vontade de atendê-lo, chegavam a ser grosseiros e diziam que ele chamava muito e viviam fazendo piadinhas a respeito dele, diziam que ele ia morrer mesmo, se não fosse pela sépsis, seria pela AIDS. Esta situação me incomodava muito, mas não sabia ainda o que ia fazer para tentar mudá-la. Percebi também que alguns médicos agiam da mesma forma e que o com-

portamento deles exercia muita influência sobre o dos funcionários. Isto em parte complicava a situação, porque a influência do médico é muito forte, representando também a autoridade.

No subsistema afiliativo relatou que as pessoas mais importantes em sua vida eram o irmão, os sobrinhos e o "marido" e que esperava que o mesmo fosse visitá-lo, mas este nunca apareceu. Soube pela enfermagem que ele tinha sido esfaqueado pela esposa de "um caso" dele, talvez isto justificasse a ausência do "marido" - assim se referia a seu parceiro.

No subsistema de dependência disse que precisava de auxílio para tomar um comprimido para dormir e para tirar o catarro. Solicitava muito a enfermagem para perguntar se não ia morrer e saber quando ia melhorar.

No subsistema de realização disse que estava satisfeito com o tratamento recebido e que pretendia, quando tivesse alta, ir para sua casa e trabalhar. Não queria mais beber e nem saber de "folia de rua".

No caso deste paciente, embora fosse muito grave, não relatei aqui aqueles comportamentos relacionados com os sistemas orgânicos porque meu principal objetivo neste caso era, testar principalmente os subsistemas relacionados aos comportamentos psico-sociais. Isto foi muito importante porque

pude verificar que neste ponto o instrumento estava bom. Quando tinha oportunidade de conversar com os funcionários sobre aspectos da vida do paciente e mostrar a eles o tipo de vida que esta "criatura levava", a falta de oportunidades que sofreu a vida toda, a discriminação que sofria por ser travesti, a pobreza material e intelectual que suportava. Pude fazê-los ver que ele não era assim porque queria, mas porque as suas condições de vida assim determinavam. Contei-lhes também, que ele ajudava uma vizinha lavando roupas e que não estava satisfeito com o tipo de vida noturna que levava. Este paciente lembrou-me muito de uma frase que ouvi quando estudava dialética que diz: "O homem é síntese de múltiplas determinações". A vida deste paciente era isto.

Depois destas conversas comecei a verificar mudanças no comportamento dos que atendiam este paciente. Passaram a atendê-lo melhor, traziam revistas, chinelos e procuraram localizar o irmão dele. Quando ele estava para receber alta da UTI, eles não queriam que ele fosse embora porque achavam que não ia ser bem cuidado na outra Unidade. E de fato, quando fui visitá-lo verifiquei que o tinham colocado em isolamento, mas isolado de tudo, entravam neste quarto, somente para o estritamente necessário. Um mês após ele ter tido alta da UTI, ele faleceu.

Analisando esta situação frente ao conceito de ser humano de Johnson, percebi o quanto este indivíduo se esforçava para conseguir suprir seus requerimentos funcionais. Lutava para conseguir APOIO, PROTEÇÃO E ESTIMULO para poder sobreviver num ambiente extremamente hostil. Verifiquei o quanto variáveis como cultura, aprendizado, experiência e condições ambientais alteram a estrutura dos subsistemas interferindo na predisposição do indivíduo para agir em relação a um dado objetivo(PADRÃO), limitando o leque de opções disponíveis, e prejudicando suas ESCOLHAS, alcance de OBJETIVOS e AÇÕES. Evitar que estas pessoas não cheguem a UTI com HIV+ e com facadas na barriga não seriam também um desafio para a enfermagem?

Testei o instrumento em mais dois pacientes. Um deles era uma senhora que tinha realizado uma cirurgia para clipagem de aneurisma cerebral. Ela estava aparentemente muito bem, e realmente se recuperava muito bem da cirurgia. Mas falava muito e estava atenta a tudo. Quando falavam o nome dela, ela imediatamente parava de falar e prestava atenção para ver o que estavam dizendo. Disse que quando estava chateada chorava e que no hospital, tentava dormir. Na UTI se sentia segura, mas quando internou tinha medo dos aparelhos e de ser agredida. No caso de visitas preferia o genro. Em relação ao tratamento gostaria de saber se o aneurisma poderia voltar e se sua vida seria normal após a recuperação. Justificou estas preocupações dizendo que pretendia continuar trabalhando. Dis-

se também que sempre teve muita dificuldade para dormir, mas a UTI é o pior lugar para se conseguir dormir porque há muita gente se movimentando.

A condição desta paciente era de alto risco e suas maiores instabilidades se situavam nos subsistemas restaurativo(dificuldade para dormir), afiliativo(longe da família) e de realização(receio de não poder trabalhar e ter uma vida normal). Esta paciente e outros, demonstram o quanto a enfermagem em terapia intensiva tem ainda a aprender, principalmente em relação à abordagem das instabilidades relativas aos comportamentos psico-sociais dos pacientes.

Como uma das minhas dúvidas, em relação ao instrumento, era ligada aos pacientes inconscientes, testei-o finalmente em um paciente que tinha sofrido um acidente de trânsito e, em decorrência deste, apresentava-se com traumatismo cranioencefálico grave, fratura de fêmur esquerdo e múltiplas escoriações, principalmente na face. Ele era muito jovem, tinha 23 anos, casado e tinha uma filhinha de menos de um ano. Estava viajando a trabalho, ele morava no sul. Já chegou na UTI em coma profundo, bastante instável e logo evoluiu com morte cerebral. Era uma "judiação", todos ficamos muito inconformados e apreensivos porque sabíamos que a esposa dele tinha sido avisada e estava vindo para Florianópolis.

Nestas situações, quando não há mais possibilidade de sobrevivência os médicos não gostam de falar com os familiares e esta tarefa fica por conta da enfermagem, gerando em nós uma série de sentimentos que não sabemos nem dizer como são. O clima fica carregado, as pessoas quase não falam, parece que todos pensam a mesma coisa e, neste clima, todos saem do hospital deprimidos. Sob estas condições não temos como criar aquele clima de futilidade, evasão e de brincadeiras citado por Mello Filho e Luce apud Ciosak e Sena(1983), para nos defendermos da angústia vivida.

Quando a esposa dele chegou acompanhei-a até o leito do paciente. Ela apertava as mãos contra o próprio rosto e se continha para não chorar. Queria tocar nele mas não conseguia. Então eu disse que se ela quisesse ela poderia tocá-lo, abraçá-lo ou beijá-lo. Ela perguntou-me se não tinha problema por causa dos equipamentos e eu respondi negativamente. Neste momento, ela começou a chorar e a acariciá-lo sempre falando com ele e me perguntando coisas. Foi uma cena de desespero e muita gente saiu para chorar, eu também não aguentei. Neste dia eu saí muito mal da UTI, aquele casal era muito jovem, tinha uma vida toda pela frente e uma criança para criar, educar, dar afeto e amor. É muito difícil vivenciar e intervir nestas situações, saio sempre da UTI com a sensação que poderia ter feito mais alguma coisa.

Como teste do instrumento esta situação contribuiu para verificar que os dados relativos aos subsistemas mais relacionados ao comportamento biológico podem ser levantados independentemente do nível de consciência do paciente. Os dados relacionados com os outros subsistemas podem ser levantados através da família, e quando a morte é inevitável, como neste caso, o foco da assistência de enfermagem, necessariamente, se volta para a família.

Neste período de testagem a principal alteração realizada foi a modificação da ordem dos subsistemas na Parte II do instrumento. Resolvi manter em primeiro lugar os mais importantes para a sobrevivência biológica do paciente, que corresponde ao principal objetivo do tratamento intensivo. Assim, a sequência mantida foi a seguinte: Ingestivo, Restaurativo, Eliminativo, Sexual, Agressivo/protetor, Dependência, Realização, e Afiliativo.

6.3. Tentativa de operacionalização do processo assistencial

Nesta fase do período de adaptação iniciei fazendo o levantamento dos dados e parti para a etapa de diagnóstico, registrando conforme a classificação diagnóstica da NANDA, na S.D-T.

Para o estabelecimento dos diagnósticos, era necessário que após o levantamento de dados eu passasse a identificar no instrumento as características definidoras (instabilidades) que iriam me levar a um dado diagnóstico. Foi neste momento que percebi que check-list não era a melhor forma de registro e que não havia a necessidade de tantos sub-ítems.

Provavelmente estes eram alguns dos motivos que estavam causando tanta demora na aplicação do instrumento junto ao paciente.

Eu também já havia sentido que levar o instrumento para ser preenchido durante a entrevista não estava sendo muito eficiente, porque tinha que parar, por diversas vezes, para registrar os dados e para atendê-los. Isto quebrava a sequência, me deixava insatisfeita, desviava minha atenção do paciente e percebia que enquanto registrava os dados me localizava no instrumento o paciente ficava sem saber o que fazer. Talvez também lhe transmitisse insegurança. Foi então que comecei a observar como os médicos realizavam a anamnese.

Eles só levavam para junto do paciente o material que precisavam para realizar o exame físico; examinavam, faziam as perguntas e depois sentavam-se para analisar e registrar os dados coletados. Baseada nesta observação resolvi que também não levaria mais o instrumento para junto do paciente, mas para tanto teria que modificá-lo.

O que me pareceu mais adequado foi transformá-lo em um roteiro (APÊNDICE 3), no qual mantive a estrutura básica das duas partes. Porém, incluí na Parte I os itens: naturalidade, nº de dias de internação na UTI, nível de consciência conforme a Escala de Coma de Glasgow, pesquisa dos principais reflexos e habilidade para compreender as questões, porque não conseguia incluir a avaliação da função neurológica em nenhum dos subsistemas. Na Parte II apenas reduzi o nº de subitens inclusos em alguns subsistemas. Em contrapartida tive que reestudar o roteiro e memorizar a sequência dos subsistemas e dos itens e subitens nele contidos. O que não foi fácil para mim, pois pensar em subsistemas de comportamento ao invés de subsistemas orgânicos em UTI, significa romper com toda uma maneira de agir, aprendida durante 10 anos de vida profissional.

O registro dos dados coletados através da aplicação do roteiro passou a ser registrado de forma corrida, na mesma folha destinada ao registro da anamnese médica (anexo III). Assim, após o levantamento dos dados junto ao paciente, sentava-me e analisava-os e os registrava seguindo o roteiro, sublinhando os comportamentos considerados instáveis.

Estas modificações no instrumento, na forma de aplicá-lo e registrá-lo, reduziram consideravelmente o tempo de levantamento e registro dos dados e facilitaram a identificação das instabilidades que caracterizavam cada diagnóstico,

pois não tinha mais que procurar no instrumento, quais os "quadrinhos" que estavam assinalados.

Nesta etapa do trabalho estudei um paciente de 38 anos, branco, casado, lavrador, procedente e natural de Rio do Sul, católico, que estava em seu 14º dia de internação na UTI.

Sua situação de saúde era muito crítica e seu diagnóstico médico foi de politraumatismo (traumatismo cranioencefálico, fratura de úmero E) acompanhado de broncoinfecção. Estava em coma, movimentando apenas o MSE, pupilas isocóricas e fotorreagentes, e não tinha condições de se comunicar devido a lesão cerebral.

1) Subsistema ingestivo - Estava em dieta zero, com sonda nasogástrica em sifonagem. Respirava espontaneamente com auxílio de traqueostomia e nebulização contínua a 3l/m, sua amplitude respiratória era bastante diminuída, indicando um volume corrente também diminuído. À ausculta pulmonar a presença de rôncos bilaterais. 2) Subsistema restaurativo - P=64pmp, cheios, rítmicos, sinérgico. À ausculta cardíaca, ritmo em dois tempos (2t) sem anormalidades, FC=64bpm. Ao escópio do monitor cardíaco ritmo sinusal s/ anormalidades. Boa perfusão periférica, T=37°C. Rede venosa danificada por múltiplas punções, principalmente em MSD. Ritmo de sono e repouso difícil de avaliar pelo coma. Mantido em decúbito dorsal (DD) ou decúbito lateral direito (DLD) pela fratura em MSE, o que agravava as lesões venosas no MSD pela compressão e dificultava a drenagem de secreções do pulmão do mesmo lado. 3) Subsistema eliminativo -

Urinando por sonda vesical de demora, mantendo um débito urinário(DU)=100ml/h, urina completamente turva de cor amarelo-esverdeada, tendo sido colhida amostra para urocultura. Não tem registro da data da última evacuação. Expressava dor ou desconforto quando mobilizado. 4) Subsistema sexual - Características sexuais secundárias e genitais sem anormalidades. 5) Subsistema agressivo-protetor - Escoriação na região infra-labial D, traqueostomizado, presença de 04 eletrodos na região torácica para monitorização cardíaca. Tronco e abdome sem anormalidades. Presença de tala em MSE para imobilização de fratura de úmero, MSD com sinais de múltiplas punções venosas e arteriais e MMII com várias escoriações e ferimento perfurante na coxa D. 6) Subsistema de dependência - Totalmente dependente. Os subsistemas de Realização e Afiliativo não puderam ser avaliados pelo coma e pela ausência de visitas.

Após a realização do levantamento de dados, passei a formular e registrar os diagnósticos de enfermagem na S D-T. Neste ponto, percebi que o modelo de súmula não estava ainda bem formulado. Não havia deixado espaço suficiente para o registro dos diagnósticos de acordo com cada subsistema como pretendia. Tive também certa dificuldade para relacionar os diagnósticos aos fatores causais, pois nesta ocasião ainda não os tinha claro. Frequentemente o fator relacionado de um dado diagnóstico era um tratamento médico ou de enfermagem, como por exemplo: Diagnóstico - Alteração na nutrição(menos do que o

corpo necessita) relacionado com dieta zero. Ao mesmo tempo que a dieta zero se consistia num tratamento médico estava desestabilizando diretamente o subsistema ingestivo e indiretamente outros como o eliminativo(não evacuava há vários dias), restaurativo(alterando em quantidade e qualidade a distribuição de alimentos via corrente sanguínea) e agressivo/protetor(dificuldade na cicatrização dos ferimentos e facilitando a aquisição de infecções).

Quando se está habituada a praticar a enfermagem sem um modelo teórico e sem uma assistência sistematizada, frequentemente consideramos o tratamento médico e o de enfermagem, sempre benéficos ao paciente. Ficamos praticamente cegos frente aos inúmeros problemas potenciais ou mesmo reais que deles podem decorrer.

Neste ponto, tanto o modelo de Johnson quanto a Classificação diagnóstica da NANDA contribuíram muito. Ambos referem-se a problemas(instabilidades) reais ou potenciais e fatores causais dos problemas(estímulos ambientais-Johnson e fatores relacionados-NANDA). Esta compreensão fornece um novo enfoque à assistência de enfermagem prestada a nível não só de terapia intensiva, mas, sobretudo, nas instituições hospitalares de maneira geral, onde o objetivo maior é curar e não prevenir. Quando a enfermagem faz o diagnóstico de problemas potenciais ela passa a se preocupar com ações preventivas, evi-

tando mais sofrimento para o paciente e sua família, favorecendo sua recuperação, diminuindo sua permanência no hospital e reduzindo gastos desnecessários tanto para a instituição como para o paciente e seus familiares, na verdade beneficiando a sociedade.

Não concluí o processo assistencial deste paciente, porque precisei parar para reestudar a S D-T e a Classificação Diagnóstica da NANDA. Neste caso, realizei o levantamento de dados conforme descrito anteriormente, relacionei 11(onze) diagnósticos, todos relacionados às suas respectivas causas, estabeleci objetivos para cada diagnóstico e determinei os requerimentos funcionais e as categorias terapêuticas necessárias para a solução dos mesmos. Não realizei a intervenção e a avaliação de enfermagem, até porque, nesta etapa do meu plano de trabalho ainda não estava me sentindo em condições de viabilizar o processo assistencial como um todo. Precisava refletir mais detidamente sobre o que já dispunha de dados do processo.

6.5. Viabilização do processo assistencial

Após testes de instrumento e tentativas de operacionalização do processo assistencial, reformulei a S. D-T(APÊNDICE 4), e parti para a viabilização completa do processo, a qual realizei com 03 pacientes.

O primeiro deles era um rapaz de 34 anos, branco, de origem portuguesa, casado, comerciário, natural de Palmares do Sul e procedente de Florianópolis. Estava no 20º dia de pós-operatório de cirurgia para clipagem de aneurisma cerebral.

Tinha reinternado na UTI por apresentar edema volumoso de lobo temporal, poliúria por uso de vasopressor e alteração do nível de consciência. Apresentava-se muito sonolento, com muita dificuldade para responder as questões. Perguntei se estava com sono e ele fez sinal que sim com a cabeça. Abria os olhos espontaneamente, movimentava os 04 membros com diminuição de força motora à esquerda, conversava pouco parecendo orientado. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Este foi o paciente que acompanhei por mais tempo. Embora seu estado de saúde fosse de extrema gravidade e tivesse instabilidades em todos os subsistemas de comportamento, o que mais me chamou a atenção nele, foi a presença de instabilidades dos subsistemas mais relacionados ao comportamento psico-social.

Pude perceber que se sentia constantemente ameaçado e, embora não parecesse assustado, permanecia sempre retraído. Precisava de auxílio em todas as ações de auto-cuidado e as vezes demonstrava impaciência com a equipe, provavelmente, porque se comunicava pouco. Por várias vezes perguntou quando teria alta da UTI e referia estar cansado do tratamento. Quando estava melhorando disse que gostaria de sair do hospital e que iria "tomar uma cervejinha e comer camarão a milanesa".

Isto chamou muito minha atenção; ele estava há mais de um mês em dieta branda e notei que só se alimentava quando estava realmente com muita fome. Ele já não tolerava mais esta privação. Em outra ocasião, quando estávamos lhe dando banho, ele pediu uma revista "pornô" e quando o funcionário que estava conosco perguntou para quê ele fez um gesto como que se masturbando. Nós não pudemos conter o riso, porque foi realmente engraçado ou talvez inesperado para um paciente naquela situação. Depois eu fiquei pensando sobre esta situação. Seu subsistema sexual estava mesmo se manifestando através daquele comportamento. Mas o que fazer? Eu fiquei mesmo sem ação na hora e não sei até hoje como enfrentar adequadamente estas situações enquanto enfermeira, principalmente em terapia intensiva. Neste caso não era realmente possível satisfazê-lo, pois qualquer esforço elevaria demais sua pressão intracraniana e isto seria extremamente prejudicial à ele. Além do que, aquela manifestação, sem qualquer censura evidenciava uma alteração comportamental decorrente da situação clínica apresentada pelo paciente, a qual determinava alterações do nível de consciência. Mas em outras situações em que isto fosse possível, o que faria? Diria que não era possível? Chamaria a esposa? São desafios pelos quais passamos no cotidiano da nossa prática profissional.

Ele sentia muitas saudades da esposa e das duas filhas, e mesmo nos períodos em que se encontrava mais confuso

jamais esqueceu o nome delas. Apesar de receber muitas visitas de colegas de trabalho e de amigos sempre chamava pela esposa, e ela o visitava diariamente. Durante as visitas nunca iniciava a conversa, mas permanecia o tempo todo acordado e respondia a todas as perguntas que lhe eram feitas.

Depois de um tempo, eu e a esposa dele permanecíamos conversando após as visitas. Falávamos sobre tudo; sobre ele e as meninas, sobre como ela ia indo e como seria depois de ele ter alta. Estas conversas foram muito importantes para podermos preparar a sua reabilitação bio-psico-social, a qual ocorreria por um período bem prolongado, e eles precisariam de muita ajuda porque não tinham muitos recursos.

Durante sua permanência na UTI teve de submeter-se a uma outra cirurgia para esvaziamento de um hematoma cerebral decorrente da primeira cirurgia. Neste segundo pós-operatório apresentou uma piora acentuada da hemiparesia E, porém melhorou muito o nível de consciência e já conseguia conversar orientado.

Na alta da UTI ele apresentava uma estabilidade comportamental muito precária que lhe garantia apenas a sobrevivência biológica, ou seja, o risco de morte tinha sido afastado. Mantinha instabilidade em quase todos os seus subsistemas de comportamento. Por esta razão, tinha-se que estimu-

lar muito a conversação (subsistema afiliativo - diagnóstico de enfermagem: Interação social prejudicada relacionada à alteração no processo de pensamento, limitação da mobilidade física e barreiras ambientais), a alimentação (subsistema ingestivo - diagnóstico de enfermagem: Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita relacionado à falta de apetite, não aceitação dos alimentos permitidos), a movimentação no leito (subsistema agressivo/protetor - diagnóstico de enfermagem: Mobilidade física prejudicada relacionada à enfraquecimento neuro-muscular/hemiparesia E) e a expectoração (subsistema eliminativo - diagnóstico de enfermagem: Incapacidade de desobstruir vias aéreas relacionado à infecção traqueobrônquica, energia diminuída). Talvez por causa de sua má aceitação à dieta não tinha normalizado o ritmo intestinal (subsistema eliminativo). Por causa da hemiparesia E e fraqueza generalizada dependia quase que totalmente dos outros para executar suas ações de auto-cuidado (subsistema de dependência). Portanto, apesar de ter tido alta da UTI dependia muito da enfermagem e, principalmente, da família para alcançar a estabilidade comportamental nas dimensões biológica, psicológica e social.

Quando percebi que ele ia ter alta da UTI, conversei com a esposa dele e expliquei-lhe que ela precisaria ficar com ele no hospital para auxiliá-lo na sua recuperação e que, no meu entendimento a presença dela era decisiva. Combi-

namos que ela iria montar um esquema em casa para que alguém ficasse com as meninas, a fim de que pudesse permanecer no hospital. Falei também com a enfermeira da Unidade para a qual ele iria após a alta da UTI, para que permitisse a permanência da esposa junto dele. Esta conversa foi necessária porque esta unidade era de pacientes do sexo masculino e eles não costumavam permitir a permanência de acompanhantes do sexo feminino. A justificativa apresentada era de que tinham tido problemas com os acompanhantes, do tipo namoro. A enfermeira, a princípio, se mostrou resistente a minha argumentação, mas após, cedeu.

Alguns dias depois da alta da UTI fui visitá-los na Unidade, ele estava ainda muito magro e muito quieto, mas já estava sentado numa poltronaa. A esposa dele ficou muito contente ao me ver e disse que ele estava bem melhor. Perguntou à ele se estava me reconhecendo e ele fez que sim e sorriu muito debilmente. Eu fiquei muito emocionada, nunca o tinha visto sorrir. Ela muito tímida me deu um perfume bem pequenininho, que guardo até hoje. Sempre que vejo esse frasquinho me lembro deles. Ela também me fez algumas perguntas sobre como conseguir ambulância para levá-lo às sessões de reabilitação, porque o local onde eles moravam era de difícil acesso, e eu pedi para a assistente social resolver este problema para eles. Depois que ele teve alta do hospital nunca mais os vi. Sempre me lembro deles e quando passo em frente a farmácia onde ele trabalhava, olho para dentro para ver se

o vejo, mas acho que não iria reconhecê-lo, deve estar mais gordo e com cabelos e bigode crescidos, ou talvez não tenha tido mais condições para trabalhar.

A segunda paciente que cuidei era uma senhora de 50 anos, branca, casada, funcionária pública, procedente e natural de Florianópolis, estudou até o 2º grau, católica e descendente de portugueses. Estava em pós-operatório imediato de cirurgia de clípagem de aneurisma cerebral, portadora de hipertensão arterial sistêmica(HAS), diabetes mellitus e com suspeita de vasoespasmos de artéria cerebral manifestado por hemiparesia E. Era uma senhora baixinha, gordinha, rosto redondo, cabelos raspados por causa da cirurgia e muito simpática.

Ela estava muito deprimida, quando começava a cuidar dela ou conversar, ela logo começava a chorar. Estava bem orientada, falou que tinha marido e dois filhos(uma moça de 19 anos e um rapaz de 16 anos) e relatou que sentia muita falta deles e também de sua casa. Relatou que usava óculos e uma ponte móvel na boca, mas que ambos estavam com o marido. Pude perceber que seu maior problema era o emocional(dimensão psico-social do comportamento). Então passei a me dedicar mais a esta parte. Fiz o diagnóstico de Lidar ineficaz: individual, relacionado com crise situacional e vulnerabilidade pessoal frente a situação atual de saúde(subsistemas afiliativo, de realização e de dependência). Utilizei o apoio, a estimulação e a proteção como requerimentos funcionais e a defesa e a facilitação co-

mo categorias terapêuticas da enfermagem. Como apoio prescrevi a atenção e conversa como formas de oferecer um suporte emocional mais eficaz. Como estimulação, incentivava-a a se auto-cuidar na sua toilette, a movimentar-se com auxílio e a tentar se alimentar com o mínimo de auxílio. Como forma de proteção e defesa supervisionava suas ações a fim de oferecer suporte para evitar acidentes. Como forma de facilitação mantinha todos os objetos ao seu alcance, dispostos de forma a facilitar suas ações tanto de auto-cuidado como de mobilidade física e facilitava a visita de familiares. Achei esta abordagem mais conveniente porque percebi que ela se sentia deprimida por depender dos "outros" para as mínimas coisas, como alimentar-se, escovar os dentes, movimentar-se no leito e etc, pois contou-me que era funcionária pública e que estava acostumada a ser independente. Percebi ainda que, talvez estivesse deprimida também por sua auto-imagem alterada(principalmente a ausência de cabelos). Culturalmente, pareceu-me que isto não era importante para ela, mas senti que diante do problema a reação foi de não aceitação. Vejam bem, isto foi uma impressão que não pude validar com ela, pois nunca disse que isto a incomodava e eu não quiz puxar este assunto porque pensei que poderia se magoar ainda mais ao ser forçada a reconhecer um comportamento não desejado. Talvez eu não tenha agido corretamente, mas minha intuição, no momento, falou mais forte.

Esta paciente evoluiu muito bem e teve alta da UTI em 24h. Quando foi para a unidade de internação fui visitá-la e, de certa forma, fiquei muito frustrada porque a encontrei num quarto sozinha, deitada de lado, com as grades da cama elevadas. Disse-me que a família só podia vir visitá-la à tarde porque todos trabalhavam e não tinham muito tempo disponível. Quando me viu começou a chorar e quando comecei a falar com ela percebi que se sentia melhor, mais aliviada. Fiquei frustrada porque não poderia continuar como gostaria, o trabalho que tinha iniciado com ela na UTI, e sabia que na unidade não tinham condições de atendê-la como era necessário, ou pelo menos, na mesma referência teórica para imprimir um ritmo de recuperação mais adequado à sua situação. Enquanto conversava com ela chegou a janta, eles deixaram em cima da mesa de refeições longe do alcance dela e foram embora, só voltaram para recolher o prato. Não apareceu ninguém da enfermagem para ajudá-la a se alimentar. Então comecei a ajudá-la e notei que ela apresentou um comportamento regressivo, segurava mal a colher forçando-me a dar-lhe a comida na boca. Talvez fosse para me manter por perto mais alguns momentos. Pude perceber que fisicamente poderia alimentar-se só desde que se colocasse o prato ao seu alcance, e se elevasse a cabeceira da cama. Quando saí do quarto me coloquei à disposição dela e disse como poderia me encontrar na UTI. Falei também com a enfermagem da unidade para que não a deixasse tão só e procurasse atendê-la melhor dada a sua condição física e emocional. Três

dias depois voltei a visitá-la, ela já tinha recebido alta hospitalar. Lamentei muito não ter conseguido me despedir dela. Senti que tive uma participação importante na sua permanência no hospital, mas também tive uma sensação de "coisa inacabada". Ela ainda precisava de assistência de enfermagem para alcançar a estabilidade comportamental.

O último paciente que cuidei internou na UTI de madrugada com traumatismo cranioencefálico, trauma de face, hipotensão e broncoaspiração, decorrentes de uma briga na porta de um bailão. Este paciente tinha 55 anos, era de cor branca. Não tinha ainda o nº de registro e demais dados de identificação. Quando cheguei a UTI, pela manhã, este paciente me chamou a atenção pela sua agitação e pela extensão do trauma de face. Verifiquei que movimentava muito as mãos, apesar de estarem amarradas à lateral do leito. Logo me dirigi à ele e perguntei-lhe como estava se sentindo. Como estava entubado e não podia se comunicar verbalmente, fez gestos com a mão que mais ou menos. Perguntei-lhe se gostaria de papel e lápis para que pudesse escrever o que queria dizer, e ele aceitou. Então, escreveu rapidamente por sobre o papel, que não sabia que estava no hospital e não se lembrava o que tinha acontecido com ele. Mostrou-me os ferimentos na face por diversas vezes e fazia gestos com as mãos como que perguntando o que tinha acontecido. Eu pedi à ele que se acalmasse e lhe disse que estava machucado mas que estava melhorando, e que eu ainda

não sabia exatamente o que tinha lhe acontecido. Depois de mais calmo ele escreveu que tinha 03 filhos e que era casado.

Tinha vários ferimentos na face como hematoma palpebral bilateral e de esclerótica, ferimento corto-contuso em narina D e escoriações por todo o nariz, restos de sangue em ambas as narinas e ferimento corto-contuso em queixo e lábios. Referia muita dor para abrir a boca, o que dificultou a inspeção da cavidade oral. Estava com uma tubo orotraqueal de baixa tensão conectado à um respirador a volume, em regime de respiração controlada com $Fr=17\text{mpm}$, $FlO_2=50\%$ e volume corrente(vc)= 900ml . À aspiração traqueal, apresentou média quantidade de secreção sanguinolenta, confirmando a broncoaspiração de sangue. Apesar de toda a agressão sofrida, estava se recuperando muito bem do ponto de vista biológico. Entretanto, verifiquei que estava muito ansioso e muito preocupado com seu carro. Perguntava onde estava 01 corrente grossa de ouro e 01 pulseira, também de ouro. Lembrou que tinha sido agredido na porta da " boate" e queria saber como tinha sido. Não aceitava a internação e queria ir embora.

Depois de fazer o levantamento de dados(APÊNDICE 5), parti para o preenchimento da S D-T(APÊNDICES 6a e 6b), onde formulei os diagnósticos conforme as categorias diagnósticas da NANDA, relacionei cada diagnóstico aos subsistemas que apresentavam instabilidades, estabeleci os objetivos, os requeri-

mentos funcionais e as categorias terapêuticas da enfermagem para cada diagnóstico formulado.

Dentre os diagnósticos formulados, verifiquei a necessidade de criar os diagnósticos "Potencial para alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita relacionado a dieta zero" e "Potencial para alteração no padrão de eliminação intestinal relacionado com dieta zero e repouso no leito", conforme a orientação da lista de termos para a composição de novos diagnósticos proposta por Risner(1986, p.158)(ANEXO V). Em UTI é muito frequente a prescrição de dieta zero para pacientes críticos. No caso deste paciente, no levantamento dos dados do subsistema ingestivo(apêndice 5), verifiquei que entre os medicamentos prescritos estavam SG 5% 1500ml com 07ml de KCl 19.1%/500ml de SG 5% e SF 1000ml nas 24h. Estas soluções fornecem basicamente água, glicose e eletrólitos(Na e K) e não contêm proteínas, vitaminas, lipídeos e outros nutrientes necessários a uma adequada nutrição do organismo. Nesta situação deste paciente, a prescrição de dieta zero pelo médico é terapêutica, porque o paciente tinha recém sido internado, e não se tinha condições de avaliar como ele evoluiria nas próximas horas, pois estava confuso pelo traumatismo cranioencefálico e talvez precisasse de neurocirurgia. Entretanto, esta conduta médica, não deixava de criar um problema potencial, diagnosticado como "Potencial para alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita".

Em decorrência da dieta zero e do repouso no leito, surgiu o potencial para instabilidade no subsistema eliminativo, evidenciado pelo diagnóstico de enfermagem de "Potencial para alteração no padrão de eliminação intestinal". Sem a ingestão de alimentos e diminuição da mobilidade, decorrente dos traumatismos, pode haver uma diminuição do peristaltismo intestinal, transformando um problema potencial em problema real. Estes 02 diagnósticos exigiram o suprimento de APOIO, PROTEÇÃO/DEFESA e FACILITAÇÃO como terapêutica da enfermagem, para evitar problemas reais como perda de peso, dificuldade de cicatrização e constipação intestinal. Para tanto, foi necessário que eu incluísse cuidados conforme os itens 8 e 11 na prescrição de enfermagem do dia 03/07/89(APÊNDICE 7). Como a prescrição da dieta foi modificada para dieta líquido-pastosa na noite deste mesmo dia, não vi a necessidade de prescrever o controle do número de dias de jejum.

A medida que os problemas(diagnósticos) iam sendo solucionados, anotava na S D-T a data de resolução do diagnóstico. Assim, quando este paciente teve alta da UTI, tinha 05 de seus diagnósticos resolvidos, de um total de 14. Os diagnósticos resolvidos durante a internação na UTI foram: Distúrbio da comunicação verbal relacionado à entubação orotraqueal, Potencial para alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita relacionado à dieta zero, Incapacidade de desobstruir vias aéreas relacionado com trauma, fadiga e distúrbio cogniti-

vo(leve), Alteração na eliminação urinária relacionado à sensibilidade motora prejudicada(sonda vesical de demora), e Alteração no processo de pensamento relacionado com traumatismo cranioencefálico. Mantive o diagnóstico de "Potencial para alteração no padrão de eliminação intestinal", porque o paciente estava há 03 dias sem evacuar, e, solicitei avaliação da nutricionista, na avaliação de enfermagem do dia 05/07/89(APÊNDICE 11).

Dentre os diagnósticos não resolvidos até o momento da alta da UTI, o mais significativo, relacionado diretamente à sobrevivência biológica foi: Padrão respiratório ineficaz, que embora não resolvido tinha diminuído um fator relacionado, que foi o distúrbio cognitivo.

Durante o processo assistencial deste paciente realizei 03 prescrições de enfermagem(APÊNDICES 7, 8 e 9) e 02 avaliações mais complexas(APÊNDICES 10 e 11). Gostaria de ter feito avaliações mais frequentes, mas ficava limitada pelo período de estágio na unidade. Os outros enfermeiros faziam avaliações nos períodos em que eu não estava no hospital, mas não seguiam o modelo proposto por mim, alegando que não queriam "quebrar a rotina da unidade". Acredito que era mais uma dificuldade em assimilar o novo modelo, do que propriamente de "quebra de rotina", porque no modelo de avaliação que usava não deixava de registrar nenhum dos dados, habitualmente registrado por eles.

Este paciente ficou 02 dias internado na UTI. Durante este período pude verificar que levava uma vida bastante desregrada. Era frequentador assíduo de bailões e boates e já tinha se envolvido em muitas brigas por causa de mulheres. A esposa dele vinha visitá-lo pela manhã e a garota que estava com ele no momento da briga vinha à tarde. Os filhos vinham nos intervalos e diziam para ele que isto não ia ficar assim, que "iam pegá-los". A esposa não sabia da garota, mas dizia para ele "Bem feito, vê se agora aprende". A situação era muito complicada. Ele permanecia muito ansioso e preocupado com os bens materiais extraviados (corrente, pulseira e carro). A certa altura tivemos que selecionar as visitas para impedir confusões e brigas dentro e fora da UTI nos horários de visita e embora contra a sua vontade, poupá-lo destas questões enquanto estivesse internado na UTI.

A "barra era muito pesada". Algumas pessoas falavam que os filhos dele eram muito perigosos e estavam envolvidos com tóxico. Por estas razões, quando ele teve alta da UTI, me coloquei a disposição da família, deixando claro que esta disposição se limitava à ajuda nas questões relacionadas à assistência de enfermagem, e não os procurei na unidade de internação. Mais tarde soube por terceiros que ele tinha recebido alta do hospital em boas condições.

A experiência resultante deste processo assistencial foi muito gratificante para mim, e através dela, foi possível avaliar algumas questões relacionadas com os conceitos do marco e processo de enfermagem utilizados.

A compreensão dos elementos estruturais dos subsistemas na prática, principalmente dos elementos ESCOLHA e PADRÃO, foi difícil, porque embora saiba que esses dois elementos influenciam a AÇÃO, dependem de variáveis ambientais internas como crenças, valores, aprendizado e outras, difíceis de identificar e avaliar durante o período de internação em UTI, onde na maioria das vezes, o período de internação é muito curto e o paciente ou está em situação crítica ou de alto risco.

Trabalhar com o elemento estrutural denominado de AÇÃO não se constituiu em problema ou dificuldade, porque este é o único elemento estrutural que pode ser diretamente observável. Quanto aos OBJETIVOS, não tive também muita dificuldade porque tinha a referência fornecida por Johnson(quadro 2), explicitando os objetivos de cada subsistema.

Um outro problema que identifiquei, ao meu ver se constituiu numa redundância, num excesso. Johnson concebeu como requerimentos funcionais necessários ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, APOIO, PROTEÇÃO e ESTIMULAÇÃO e afirmou que a enfermagem age como uma força reguladora externa

suprindo estes requerimentos, quando o indivíduo não pode fazê-lo por si próprio. Grubbs(1980) criou as 04 categorias terapêuticas(RESTRIÇÃO, DEFESA, INIBIÇÃO e FACILITAÇÃO). No processo assistencial, procurei trabalhar, na etapa de intervenção de enfermagem, com os requerimentos funcionais e as categorias terapêuticas. Entretanto, verifiquei que PROTEÇÃO(requerimento funcional) e DEFESA(categoria terapêutica), enquanto modos de intervenção de enfermagem, implicam nas mesmas ações. DEFESA, conforme Grubbs (1980) é o suprimento de PROTEÇÃO, portanto quando estou defendendo o paciente de algum estímulo ambiental nocivo, estou suprindo o requerimento funcional de PROTEÇÃO. Teoricamente, embora pareçam conceitos diferentes, na prática as ações de DEFESA são as mesmas utilizadas para a PROTEÇÃO do paciente. Em decorrência desta constatação, sempre que identificava um problema no paciente que precisava de PROTEÇÃO, assinalava na S. D-T também a categoria terapêutica DEFESA. Acredito que isso tenha acontecido porque Jonhson trabalhou voltada, basicamente, para a concepção do conceitos do marco, e Grubbs procurou operacionalizar a assistência de enfermagem, através da elaboração de um processo de enfermagem adaptado aos conceitos de Johnson. Em meu entendimento, seria mais sensato, que DEFESA fosse excluída das categorias terapêuticas da enfermagem, uma vez que, o conceito de PROTEÇÃO não deve ser abolido do marco porque se constitui num requerimento funcional necessário ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, tal como foi concebido por Johnson.

Vários indicadores confirmam que o ambiente da UTI é realmente agressivo, como citaram Koizumi(1977), Stoddart(1977), Ciosak e Sena(1983), Souza(1985) e Gomes(1988). Verifiquei que todos os pacientes acompanhados por mim, tinham como diagnóstico de enfermagem o "Potencial para infecção", onde a maioria dos fatores relacionados encontravam-se associados à procedimentos terapêuticos invasivos como punções arteriais e venosas, cateterizações, sondagens, colocação de drenos, entubação traqueal e a utilização de próteses respiratórias. Estes procedimentos, ao mesmo tempo que objetivam a recuperação do paciente, afetam a estabilidade comportamental do subsistema agressivo/protetor, provocando a ocorrência de infecções hospitalares causadas por microorganismos extremamente resistentes à terapia anti-microbiana convencional. A dificuldade para dormir devido à movimentação das pessoas foi referida por uma paciente. Sentimentos como ansiedade e depressão, provocados por afastamento dos familiares e ruptura no desempenho de papéis, foram identificados em vários pacientes. E, dificuldade na comunicação verbal decorrente de entubação orotraqueal, foi constatado em um paciente.

A utilização da classificação diagnóstica da NANDA associada ao modelo de Johnson, foi muito feliz. Cada diagnóstico de enfermagem é determinado a partir de um conjunto de características definidoras, e a partir do conceito de instabilidade Johnson(1980) pude verificar que estas características

diagnósticas nada mais são do que conjuntos de instabilidades comportamentais. Também pude verificar, que os fatores relacionados à cada diagnóstico, representam os estímulos ambientais (biológicos, psicológicos ou sociais) referidos por Johnson (1980), quando afirma que o comportamento humano pode ser entendido como todas as ações observáveis demonstradas pelo ser humano em resposta à estes estímulos. Devido a minha formação acadêmica e área de atuação, o estabelecimento de diagnósticos relacionados a dimensão biológica do comportamento humano puderam ser mais facilmente formulados.

Um outro aspecto relevante da utilização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, é que esta classifica os problemas de enfermagem em reais e potenciais. Em UTI, estamos muito habituadas a intervir na recuperação de problemas reais do paciente. Neste sentido, o diagnóstico e tratamento sistemático de problemas potenciais, representa, sem dúvida, um salto de qualidade para a prática de enfermagem em terapia intensiva

Senti muita a falta de um suporte teórico fundamentado em conhecimentos das ciências comportamentais e sociais afim que pudesse melhor compreender e identificar os problemas pertinentes as dimensões psicológica e social do comportamento humano. Pois, tanto o modelo de Johnson como a classificação da NANDA fortalecem muito a visão de ser humano como um ser

bio-psico-social. As categorias diagnósticas permitem a identificação de problemas nas três dimensões do comportamento humano preconizadas por Johnson, via subsistemas de comportamento, garantindo uma assistência de enfermagem mais abrangente, na qual o paciente é visto como um ser humano único, e não como "doença". Considero, de acordo com Peréz(1989), que a utilização e validação da Classificação da NANDA no Brasil, contribuirá para a universalização da terminologia científica da enfermagem e uma base unificada para a tomada de decisão acerca dos cuidados necessários à recuperação do paciente sob responsabilidade do enfermeiro, proporcionando o desenvolvimento de pesquisas e a concretização do saber da enfermagem.

A experiência vivenciada através da aplicação do modelo de Johnson e da Classificação Diagnóstica da NANDA, na assistência de enfermagem à pacientes internados em terapia intensiva, foi muito gratificante. Me senti mais próxima, do que acredito, venha a ser ENFERMAGEM. Creio que, trabalhos relatando este tipo de experiência, descrevendo sentimentos pessoais, dificuldades, facilidades e conquistas, têm uma contribuição única para desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio, repercutindo diretamente na melhoria da assistência de enfermagem.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

7.1. Realidade versus proposta:

As dificuldades pelas quais passam as instituições públicas de saúde são notórias e a UTI em que realizei este trabalho não é uma exceção. Há grandes dificuldades administrativas decorrentes, basicamente, da falta de autonomia, pois o hospital na qual está inserida depende das decisões da Secretaria da Saúde. Os recursos escassos e a falta de autonomia impedem que a direção do hospital contrate recursos humanos adequados em qualidade e quantidade, realize reforma na estrutura física, adquira equipamentos e remunere justamente seu corpo funcional. Dentro da realidade surgem inúmeros problemas que interferem diretamente na assistência prestada. Um deles, o que mais influenciou na realização deste trabalho, foi a ausência de enfermeiros no período noturno e nos finais de semana. Não é possível manter uma assistência de enfermagem sistematizada se não se dispõe deste profissional 24 h/dia.

A escassez de recursos humanos e a deficiência organizacional levam o enfermeiro a desviar seu papel dentro da

unidade, forçando-o a executar funções burocráticas em detrimento das funções que beneficiam a assistência de enfermagem, como elaboração de rotinas, preocupações com treinamento de pessoal e o cuidado direto ao paciente. A insuficiência de rotinas, conduz a uma desorganização da assistência e dificulta tentativas de sistematização da assistência de enfermagem. As prescrições de enfermagem se tornam repetitivas, cheias de cuidados de rotinas e, frequentemente, não conduzem à uma assistência individualizada e integral, que satisfaça as necessidades peculiares de cada paciente. O resultado é o descrédito, por parte da equipe de saúde, quanto a estas prescrições.

Apesar da realidade não proporcionar condições favoráveis para a realização deste tipo de trabalho, alguns aspectos como os que relato a seguir, contribuíram para o enriquecimento desta experiência.

7.2. Pacientes e familiares

A integração com pacientes e familiares foi o aspecto que considerei mais relevante. Devido ao modelo valorizar o comportamento humano nas dimensões bio-psico-social, através de seus 08 subsistemas, não há como assistir sem valorizar todos os seus comportamentos. Quando a assistência está voltada para a dimensão biológica do comportamento, é possível relegar a in-

tegração com pacientes e familiares a um plano secundário. Entretanto, quando se assiste conforme modelo que valoriza igualmente todas as dimensões de comportamento, não há como negligenciá-las. A identificação, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde do paciente, e avaliação da assistência prestada, depende basicamente, desta integração. É através dela que conquistamos a confiança do paciente e de seus familiares, a qual permite que possam visualizar onde estão suas necessidades e problemas mais preeminentes e assisti-los adequadamente.

7.3. Equipe de Saúde

O modelo biomédico influencia tão fortemente toda a assistência intra-institucional que há uma dificuldade generalizada em assistir o paciente como ser humano. Embora, a enfermagem, devido a sua origem e formação, compreende que o paciente é, antes de tudo, um ser humano único, na prática não consegue assisti-lo como tal. A doença é considerada como o mal funcionamento dos mecanismos biológicos, assim toda a assistência de saúde intra-institucional está voltada, quase unicamente, para a dimensão biológica do comportamento humano.

Quando cheguei na UTI e apresentei minha proposta de trabalho às duas enfermeiras desta Unidade, elas não se opuseram. Entretanto, observei um certo ceticismo por parte delas em

relação a proposta apresentada. Elas falaram que na UTI, naquela ocasião, só haviam pacientes neurológicos e perguntaram se ia dar para aplicar o modelo a este tipo de paciente. Embora argumentasse, elas não podiam acreditar que era possível atender pacientes com alteração de nível de consciência, conforme o modelo apresentado. Creio que implicitamente, o que elas não acreditavam é que era possível assistir pacientes em terapia intensiva desta forma. Apesar delas não terem se oposto ao trabalho, percebi uma certa resistêcia talvez relacionada à mudança que o mesmo poderia provocar. Se reconhecessem o modelo como "bom" se sentiriam com o compromisso de, pelos menos, repensar a prática de enfermagem na UTI. Afirmando isso, porque as conheço bem, elas tinham sido minhas alunas. Percebi que elas achavam o meu trabalho importante como "experiência", "como coisa da universidade", mas se sentiam impotentes para iniciar qualquer experiência semelhante numa UTI com tantos problemas. Durante o período que permaneci na Unidade sempre mantiveram um ótimo relacionamento, mas elas não se interessavam muito em participar da experiência. Elas tinham se graduado em enfermagem recentemente e compreendo que, quando somos recém formados temos mais a necessidade de dominar as questões técnico-administrativas da assistência, e o que eu estava propondo estava muito distante desta realidade, porque ia além dela, embora a incluísse. Hoje conseguimos trabalhar em sintonia nestas questões, o que me faz crer que este trabalho não foi em vão.

Os funcionários da equipe de enfermagem sempre se mostraram mais receptivos ao trabalho. Vinham falar comigo sobre as prescrições e não deixavam de checá-las. Certa vez, deixei uma prescrição no prontuário e o pessoal do período diurno falou que o pessoal do noturno não iria checá-la. Então, esperei por eles e expliquei-lhes a importância de cumprí-la e checá-la. Durante a noite o paciente foi extubado e os cuidados com tubo orotraqueal não seriam mais necessários. Pela manhã, quando cheguei, recebi mil recados e verifiquei várias anotações no prontuário explicando porque os cuidados tinham sido suspensos. Talvez a melhor aceitação tenha sido devido ao episódio no capítulo anterior, a respeito daquele paciente que era travestí. A minha postura frente àquela situação produziu reação favorável por parte deles.

Os médicos me perguntavam o que eu estava fazendo na unidade sem os alunos. Eu lhes dizia que estava fazendo minha dissertação de mestrado. Eles me perguntavam qual era o assunto. Eu lhes explicava, mas notava que eles não prestavam muita atenção. À medida que fui assistindo os pacientes, de vez em quando observava que um deles pegava o meu material e lia com atenção. Percebi que deixar o material em cima do balcão era a melhor forma de me comunicar com eles e de fazer com que se interessassem pelo trabalho. Os médicos não gostam de conversas teóricas, são mais práticos, pelos menos quando falam do trabalho de enfermagem.

Como não estavam habituados à existência de prescrição de enfermagem, eles prescreviam de forma assistemática alguns cuidados de enfermagem que julgavam necessários. Depois que comecei a prescrever, sistematicamente, alguns médicos procuravam não repetir na sua prescrição os cuidados prescritos por mim. Interpretei, este fato como um sinal de reconhecimento do trabalho que vinha desenvolvendo. De vez em quando eles perguntavam como estava indo os familiares dos pacientes ou como tinha resolvido determinado assunto. Então, sabia que estavam lendo as avaliações que eu registrava no prontuário. Estes comportamentos mostraram que, pelos menos, não se opunham ao tipo de assistência que eu vinha desenvolvendo, e além disso representavam uma cobrança necessária e desejável a toda e qualquer proposta de mudança que se desenvolva.

Quando eu ainda estava na fase de teste do instrumento de levantamento de dados, observava que a nutricionista visitava a Unidade todos os dias. Ela conversava com os médicos e olhava os prontuários. Depois que comecei a assistir os pacientes e a controlar suas dietas e eliminação intestinal, ela passou a me procurar diariamente para saber como os pacientes estavam e perguntar se estavam aceitando a dieta e como estavam em relação a função intestinal. Este trabalho integrado facilitou muito a assistência, no sentido de satisfazer necessidades e evitar problemas nos subsistemas ingestivos e eliminativo dos pacientes. As alterações na eliminação intestinal só são

valorizadas em UTI, quando manifestadas por sinais como distensão abdominal, redução acentuada de ruídos hidroaéreos ou quando a enfermagem refere que o paciente está há muitos dias sem evacuar. Raramente há preocupação médica quando este tipo de alteração só interfere para com o bem-estar do paciente. A atuação conjunta entre a enfermagem e a nutricionista, mostrou-se como uma forma eficaz para minimizar este problema.

Sempre que acompanho os alunos da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem, em seus trabalhos de conclusão de curso, verifico que a maior resistência em aceitar mudanças, é por parte dos próprios enfermeiros. Talvez por não terem um corpo de conhecimento suficientemente explicitado, percebo que os enfermeiros têm medo de abandonar o modelo biomédico, o qual, reconhecidamente, ainda é o principal eixo de sustentação da atual prática de enfermagem.

7.4. Processador da experiência

Quando iniciei o período de adaptação, sentí uma forte sensação de impotência frente as condições organizacionais e estruturais da instituição. Eu já conhecia muito bem a unidade e sabia que ia me deparar com problemas, mas desta vez era diferente. Eu tinha uma proposta de trabalho bastante inovadora, que não parecia tão compatível com essa realidade organizacio-

nal. Tinha um modelo teórico bastante diferente do biomédico (predominante na instituição) e tinha que trabalhar com sistematização da assistência de enfermagem (SAE), numa unidade em que esta assistência não era sistematizada. Somando-se ao problema institucional, tinha minhas dúvidas a respeito dos conceitos do modelo.

A medida em que fui progredindo no período de teste do instrumento de levantamento de dados e na tentativa de viabilizar o processo assistencial como um todo, fui compreendendo melhor seus conceitos. Entretanto, fazia um esforço enorme para assimilá-los como um todo, e me sentia insegura quanto aos resultados da sua operacionalização. Das outras vezes, quando ia com os alunos, não precisava mudar nada, nós nos adaptávamos às condições da unidade. Face a esta situação passava muito tempo me questionando como iria poder viabilizar o que tinha proposto. Por várias vezes, me sentia frustrada e desanimada.

Todas as vezes que vou para a UTI, sinto inicialmente, dificuldade em relação aos novos equipamentos. Até que me familiarize com eles, perco muito tempo. Sabia que isso era uma coisa natural, mas como estava ansiosa em função de todo o trabalho que tinha pela frente, acabei me sentindo a pessoa mais ignorante do mundo. Para completar, verifiquei que estava tendo dificuldade com semiologia básica. Aí "foi o fim", fiquei arrasada. Mas não tinha outro jeito e não gosto de deixar as coisas

pela metade. Então, prossegui com o trabalho. Verifiquei que precisava parar alguns dias para estudar semiologia e reestudar os conceitos do marco, agora já com alguns resultados provenientes dos testes do instrumento de levantamento de dados. Esta parada foi providencial, quando reiniciei os trabalhos estava bastante otimista em relação aos futuros resultados.

Quando iniciei a viabilização do processo assistencial como um todo, me deparei com um problema inesperado. Toda a literatura disponível sobre a Classificação Diagnóstica de NANDA era escrita em inglês, o livro de Farias (1990), não tinha ainda sido publicado. A maior dificuldade foi traduzir os diagnósticos relativos aos subsistemas mais relacionados com as dimensões psicológicas e social - na verdade o problema maior não se situava na língua em que estavam escritos e sim no déficit de conhecimento pessoal acerca de ciências comportamentais e sociologia. Na ocasião, saí a procura dos livros de Konrad Lorenz, nos quais relata as experiências realizadas com comportamento animal e faz uma crítica severa aos rumos da humanidade contemporânea (Lorenz, 1973). Essas leituras me ajudaram compreender melhor o ser humano como um sistema comportamental. Mas o déficit de conhecimentos era muito grande e, embora tenha conseguido minimizá-lo, através destas leituras, frequentemente, voltava a ter dificuldades na formulação de alguns diagnósticos. Só agora, depois de ter feito outros trabalhos utilizando esta classificação e de ter participado do I Simpósio Nacio-

nal sobre Diagnósticos, em São Paulo, foi que verifiquei que estes problemas não eram privilégio meu. Hoje, creio que o meu instrumento de levantamento de dados não estava suficientemente adaptado a Classificação Diagnóstica da NANDA. Neste sentido, as conclusões deste primeiro simpósio apontam para a necessidade de se desenvolver instrumentos para o levantamento de dados de acordo com os padrões de respostas humanas da NANDA.

Durante o desenvolvimento do processo assistencial, identifiquei o surgimento de vários problemas, os quais, após discutir com minha orientadora, denominei de "desafios cotidianos". Estes problemas emergiam da prática assistencial diária. O primeiro deles surgiu logo no primeiro dia do período de adaptação, quando encontrei aquele paciente que era travestí. Notei que todos tinham um preconceito muito forte a sua condição de travestí, somado ao medo HIV+. Eu procuro não ter este tipo de preconceito, mas tenho consciência que não é a mesma coisa. A começar pela abordagem, estes pacientes são muito carentes e solicitam um tratamento diferenciado. O mais difícil, mas também o mais gratificante, foi mudar a atitude das pessoas que cuidavam dele, tendo como suporte os conceitos do modelo. Foi quando tive certeza que a aplicação prática do marco conceitual teria bons resultados.

Outro desafio bastante comum em UTI, foi o enfrentamento do sofrimento humano perante a doença incurável e a mor-

te. Um paciente que estava no pós-operatório imediato de torotomia para pesquisa de metástases, perguntou-me se tinham conseguido tirar tudo. Ele já sabia do diagnóstico de tumor brônquico antes de ir para a cirurgia, mas o que não sabia era que não havia mais condições de retirá-lo pelo grande número de metástases pleurais. Eu realmente não soube o que dizer, falei que ainda não sabia do resultado e que o médico ainda não tinha vindo na UTI, mas que logo que viesse pediria para conversar com ele. O fato é que eu tinha olhado o prontuário e sabia que, através de cirurgia, não podiam fazer mais nada. Creio que no momento não poderia ter feito de outra forma. Na verdade o que fiz foi transferir a responsabilidade para o cirurgião.

Em outra situação, me deparei com um rapaz de 23 anos que estava se encaminhando para morte cerebral. Nesse meio tempo chegou a esposa dele para visitá-lo sem saber exatamente a gravidade da situação. Em também não sabia exatamente o que fazer ou que dizer para ela. Eu não a conhecia e na UTI as coisas acontecem muito rápido, sem que tenhamos tempo para assimilá-las. Pela manhã eu nem sabia que este paciente iria internar, e pela tarde ele chega naquele estado e já recebe visita da esposa que tinha viajado vários quilômetros para vê-lo. O vazio, a angústia e a sensação de impotência que sentimos perante a inabilidade para manusear adequadamente estas situações cotidianas em terapia intensiva nos deixam paralisados. Acredito, que o desdobramento de diagnósticos como "Distresse espiritual" e

"Reação de pesar antecipada", em aspectos qualitativos da assistência, poderiam contribuir para minimizar o sofrimento de pacientes, familiares e equipe de saúde.

Ainda um outro desafio pode ser relatado, qual seja: O primeiro paciente que cuidei, certo dia, durante o banho de leito exteriorizou necessidade sexual, pedindo uma revista "pornô" e fazendo gestos que exprimiam tal necessidade. Eu conversei muito com a minha orientadora sobre este episódio. Eu achava que era uma manifestação do subsistema sexual, mas como o paciente estava meio confuso e devido as suas condições clínicas, ponderamos que não era uma manifestação tão consciente, e sim uma alteração momentânea da consciência produzindo uma instantânea abolição de censura, tanto é que, quando terminamos o banho ele não se referiu mais ao assunto. Nesta situação entendida assim, tudo parece bem, mas já cuidei de outros pacientes internados em unidade coronária, que não estavam confusos e, no entanto, também manifestaram necessidades semelhantes. E aí? O que fazer? Como trabalhar estas necessidades? Entendo que cada situação é única, mas como abordá-las?

Em termos de conquista pessoal, creio que esta experiência contribuiu para minha realização profissional. Apesar da falta de reconhecimento social da profissão, quando percebo que estou trilhando um caminho que pode me levar a fazer algo que realmente acredito que seja enfermagem, fico muito satis-

feita e com sensação de missão cumprida. Eu sou realmente apaixonada pela minha profissão, gosto de cuidar das pessoas como seres humanos e de verificar que estou agindo dentro de um método baseado em conhecimentos que fundamentem a prática. Creio que o gosto pelos desafios, pelas mudanças e pelo "novo", foram aspectos pessoais que mais me motivaram na realização deste trabalho.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

8.1. Dimensões e determinantes do comportamento humano

O comportamento humano é determinado por um múltiplo complexo de interações de fatores (variáveis) biológicos, psicológicos e sociais. Através do processo assistencial pode identificar claramente, que o ser humano é constituído realmente por estas três dimensões comportamentais.

Levantando os dados e analisando os objetivos e as funções dos subsistemas, observei que cada um deles estava mais estreitamente relacionados à uma ou outra dimensão comportamental. Assim, pude verificar que os subsistemas ingestivo e eliminativo se relacionavam mais diretamente à dimensão biológica do comportamento humano, pois suas funções estão ligadas a satisfação do apetite e expelir os dejetos biológicos, respectivamente. Os subsistemas sexual, restaurativo e agressivo/protetor também se relacionam mais diretamente com a dimensão biológica, porém, devido as suas funções de procriação e obtenção de prazer (sexual), de alívio da fadiga e distribuição de energia para os outros subsistemas (restaurativo) e de proteção de si

mesmo e aos outros de ameaças reais ou imaginárias (agressivo/protetor); pude observar que eles se relacionavam fortemente com as dimensões psicológica e social. Os subsistemas de dependência, afiliativo e de realização exercem funções como a manutenção de recursos ambientais necessários a obtenção de ajuda, reconhecimento, aprovação, atenção e assistência física (dependência), relacionamento com os outros e consigo mesmo (afiliativo) e orientação de si mesmo e do seu meio ambiente (realização). Através desta observação, pude verificar que estes três últimos subsistemas estavam mais relacionados as dimensões psicológica e social do comportamento humano.

Através, da compreensão de que o comportamento humano é determinado por vários complexos de interações entre variáveis relacionadas com as três dimensões, ou seja, o comportamento de um subsistema, sob determinadas circunstâncias, provoca reações nos demais; pude entender, com mais clareza, a afirmação de Maslow apud Koizumi, Kamiyana e Freitas (1977) de que **"Mesmo sob a ação de fatores de forte ameaça à vida, o ser humano reage como um todo"**. Pude observar, durante o processo assistencial, que todos os pacientes demonstravam comportamentos relacionados às três dimensões do comportamento humano. Eles sentiam dor, mal estar, medo de morrer, não conseguiam dormir, falta de ar, palpitação e outros; mas ao mesmo tempo sentiam saudades da família e dos amigos, se preocupavam com bens materiais, pensavam em vingança, na cerveja e no camarão a

milanesa, etc. Estas constatações me fizeram compreender a importância na afirmação de Maslow, citada anteriormente. O que não conseguí verificar, de maneira satisfatória, foi a forma pela qual estas variáveis interagem influenciando o comportamento dos subsistemas e fazendo predominar uma ou outra dimensão do comportamento humano. Talvez, o curto período de tempo que os pacientes permanecem na UTI e o pequeno tamanho da amostra tenha limitado esta constatação.

Grubbs (1980) e Conner e Watt (1986), reafirmavam conforme (Johnson, 1980), a existência de três dimensões comportamentais e a existência de interações entre os subsistemas; e, tentaram representar graficamente o modelo. Entretanto, nestas representações estas interações não ficavam claras. Grubbs (1980), inclusive chegou a representar graficamente os subsistemas como 08 círculos dentro de um círculo maior sem qualquer ligação, entre eles, que representasse estas interações. Eu, também tentei representar graficamente o ser humano, conforme Johnson, e confesso que fracassei, mas não fiquei satisfeita e continuei pensando nesse assunto. Um dia comentando sobre o trabalho com um artista plástico, amigo meu, perguntei se ele não gostaria de ler o capítulo do marco e tentar criar alguma coisa, baseado na idéia de interação entre os subsistemas e dimensões comportamentais. Ele concordou e concebeu a figura 2. Nesta figura, ele representou o ser humano como um grande círculo colorido, dividido por 08 círculos menores, representando

08 subsistemas de comportamento. Cada círculo menor pintado de uma cor, mas os limites, entre uma e outra cor, não estão representados de forma clara, significando as interações entre os subsistemas. Ele utilizou, para pintar os círculos, cores resultantes da mistura de 03 cores básicas (vermelho, amarelo e azul), as quais significam as três dimensões do comportamento. Assim, as dimensões do comportamento humano estão presentes em maior ou menor grau em todos os subsistemas.

FIGURA 2: O SER HUMANO (CRIAÇÃO DO ARTISTA
ANTONIO ROZICKI)

Refletindo sobre o processo assistencial, verifiquei que em UTI, de maneira geral, costumamos priorizar os comportamentos e cuidados mais relacionados à dimensão biológica. Assim, para nós, dar um banho num paciente pode ser mais importante do que a visita de um familiar ou a benção do padre (dimensão psicológica e social). Como o paciente reage como um todo, para ele, na mesma situação, poderia ser mais importante a visita de um dos familiares ou do padre do que o banho. Esta reflexão é muito importante porque pode significar que o cuidado de enfermagem em terapia intensiva, frequentemente não corresponde as expectativas do paciente. Acredito que, se a enfermagem procurasse também satisfazer estas expectativas durante o cuidado em terapia intensiva, poderíamos minimizar o surgimento de problemas decorrentes de tensões psicológicas e sociais.

Verifiquei também, que os pacientes de UTI, necessitam crer em algo superior e se apegam ao padre, em santinhos, medalhas, orações e outros símbolos religiosos. Esta verificação pode apontar para a existência de outra dimensão comportamental, a espiritual. Observei este comportamento, mesmo em pacientes que referiam a si próprios como "católico relaxado", mas faziam, mesmo assim, questão de receber a benção do padre.

O ser humano se esforça constantemente para conseguir o equilíbrio de forças que operam dele e sobre ele, e através de adaptações, tenta manter a ordem e a estabilidade em seu

comportamento. A adaptação consiste em operações de ajustamento através de alteração de estrutura e/ou função. Estas operações ocorriam a todo momento nos pacientes que cuidei, sendo por vezes, induzidas por mim afim de promover ou recuperar a estabilidade comportamental. Como por exemplo, um dos pacientes que cuidei estava entubado o que não possibilitava que se comunicasse verbalmente. Então, a fim de restabelecer a comunicação, perguntei se não gostaria de escrever o que estava querendo dizer. Ele aceitou e escreveu perguntando o que tinha acontecido com ele. O que fiz foi promover um ajustamento a fim de que pudesse aceitar, temporariamente, se comunicar através da escrita, ao invés, de verbalmente. Um outro paciente vivia numa condição de miséria humana ímpar, mas demonstrou que tentava se ajustar ao meio através de mudanças estruturais e funcionais em seus subsistemas. Para relacionar-se com os outros lavava umas roupas para uma vizinha; como assumiu um relacionamento homossexual, alterou um dos objetivos do subsistema sexual - a procriação; e para sobreviver, alterou a função e o objetivo do subsistema ingestivo - tinha que consumir bebidas alcoólicas e fumar, na boate em que trabalhava, para atrair clientes. Decifrar quais e como ocorrem alterações estruturais e funcionais nas pessoas, objetivando a adaptação a fim de alcançar a estabilidade comportamental, são tarefas árduas, mas fundamentais para a assistência de enfermagem em UTI.

A estabilidade do sistema comportamental humano depende um gasto mínimo de energia, em que a sobrevivência biológica, psicológica e social é garantida. Quando em estabilidade, o ser humano tem seus requerimentos funcionais satisfeitos, desenvolveu mecanismos de adaptação aos estímulos ambientais e atingiu os objetivos dos subsistemas. Neste estado a sensação é de bem estar, porque o gasto de energia é mínimo. Porém, como o sistema comportamental está em equilíbrio dinâmico, os estados de estabilidade podem ser mais ou menos duradouros.

Caracterizar a estabilidade comportamental nos subsistemas é fundamental para que a enfermagem possa reconhecer os parâmetros de normalidade comportamental, estabelecer objetivos terapêuticos desejáveis, assistir o paciente e avaliar adequadamente a suas respostas à assistência prestada. Ainda, o estudo da estabilidade e da instabilidade nos subsistemas - suas causas e suas características - podem contribuir para o desenvolvimento do saber da enfermagem e melhoria da qualidade assistencial, principalmente, aqueles subsistemas mais relacionados às dimensões psicológicas e social, onde a meu ver, se situam os déficits assistenciais mais graves.

8.2. Indicadores da assistência de enfermagem

A instabilidade comportamental decorre de alterações estruturais e/ou funcionais em um ou mais subsistemas de comportamento, por requerimentos funcionais insuficientes ou inaptações à mudanças ambientais, as quais têm como consequência um gasto adicional de energia e a não satisfação dos objetivos do sistema. Verifiquei que os indicativos de assistência de enfermagem são as instabilidades reais ou potenciais. Associando ao conceito de instabilidade a Classificação Diagnóstica da NANDA, observei que as instabilidades correspondem às características definidoras de cada diagnóstico. Os requerimentos funcionais insuficientes e os estímulos ambientais nocivos correspondem aos fatores relacionados às características definidoras dos diagnósticos.

Durante a descrição do processo assistencial procurei enfatizar as instabilidades relativas às dimensões psico-sociais, com a intenção de demonstrar que os problemas dos pacientes internados em UTI não se resumem a dimensão biológica do comportamento humano. Entretanto, formulando os diagnósticos de enfermagem, verifiquei que os indicativos de assistência de enfermagem mais frequentes nestas unidades estão relacionados à esta dimensão. Dentre os diagnósticos mais frequentes, identificados nos pacientes assistidos estão: Potencial para infecção (100,0%), Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita.

(100,0%), Déficit no auto-cuidado (100,0%), Alteração na eliminação intestinal (100,0%), Integridade da pele prejudicada (100,0%), Mobilidade física prejudicada (100,0%), Integridade tissular prejudicada (75,0%), Alterações sensoriais perceptivas: cinestésica (75,0%), Alterações na eliminação urinária (75,0%), Alteração no processo do pensamento (75,0%), Adaptação prejudicada (50,0%) e Dor (50,0%).

O esclarecimento das alterações estruturais e/ou funcionais, das formas com que as pessoas conseguem suprir seus requerimentos funcionais e de quais ações demandam gastos de energia adicional, deve ser motivo de investigação através da pesquisa em enfermagem, a qual contribuirá para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprios da enfermagem, favorecendo a constituição de uma linguagem universal.

A estabilidade e a instabilidade são estados contraditórios, mas fazem parte de uma mesma unidade de contrários. A compreensão deste pressuposto é fundamental para a enfermagem quando se considera que o seu objeto de trabalho é o cuidado. Entender que estabilidade e instabilidade fazem parte de uma mesma unidade e que estão presentes durante toda a vida do indivíduo, seja na saúde ou na doença, desvincula, de certa forma, o objeto do trabalho da enfermagem do objeto da medicina (prevenção e cura da doença). Assim, a enfermagem fica mais livre para desenvolver práticas terapêuticas próprias, para agir

nas situações de saúde ou de doença, não se limitando somente, aos cuidados para a cura da doença.

Em UTI é natural que se fique muito presa à execução de cuidados voltados para a sobrevivência, porque face a situação em que se encontram os pacientes, a demanda de cuidados desta natureza é muito grande. Mas, partindo do princípio de que o ser humano reage como um todo, mesmo nas situações onde a sobrevivência biológica está fortemente ameaçada, é muito importante que se atente e se estude as instabilidades ocorridas nas dimensões psicológica e social do comportamento humano, a fim de não perdermos de vista a magnitude do nosso objetivo de trabalho, "o cuidado".

8.3. Contribuição da enfermagem no cuidado à saúde

O papel do enfermeiro no cuidados das pessoas guarda relação de importante complementaridade com toda a equipe de saúde. O cuidado e a cura dependem de uma série de ações interdisciplinares. Certa vez, trabalhando com alunos na assistência a cardiopatas, tínhamos como um dos objetivos realizar estudos de situação onde convidávamos a participar todos os membros da equipe de saúde envolvidos na assistência do paciente estudado. Eu considerava que estava à frente, em mostrar aos alunos, que a assistência de saúde devia ser MULTIPROFISSIONAL. Numa destas

reuniões estávamos (eu, as alunas , 02 enfermeiras, 01 nutricionista, 01 psicóloga e 01 assistente social) comentando que o trabalho em grupo era muito produtivo porque, além de beneficiar o paciente, tínhamos a oportunidade de conhecer o trabalho do outro. Então, a assistente social comentou que, as vezes, ela achava que os outros membros da equipe saúde não sabiam qual era o papel de um assistente social dentro do hospital então compreendiam da importância do trabalho INTERPROFISSIONAL. A expressão interprofissional me chamou a atenção e eu fiquei pensando.. "Meu Deus, enquanto os médicos concordam, mas não valorizam o trabalho profissional em equipe e eu aqui falando em trabalho multiprofissional, a assistente social fala de assistência interprofissional?". Não é nem preciso comentar que fiquei ao mesmo tempo surpresa e satisfeita por ter encontrado profissionais da área da saúde compartilhando idéias em benefício do paciente. Esta experiência foi marcante e ocorreu como fruto de reflexões acerca dos pressupostos utilizados neste trabalho.

O trabalho interprofissional é baseado na comunicação entre os profissionais e, se eles não trabalharem em conjunto podem estar, até mesmo, trabalhando uns contra os outros, e o que é pior, contra o paciente. A comunicação de qualidade requer não só estudo como a prática para alcançar um alto nível de proficiência (Atkinson e Murray, 1989). Sem uma assistência sistematizada e amparada em conhecimento teórico próprio, a comunicação da enfermagem carece de qualidade.

A enfermagem tem uma contribuição única e independente para a saúde das pessoas, que se distingue das funções delegadas dependentes. Esta contribuição única deve satisfazer as expectativas e necessidades da sociedade. Johnson (1974) escrevendo sobre o desenvolvimento e avaliação de teorias de enfermagem, citou três critérios, pelos quais as teorias podem ser avaliados, são eles: 1) Congruência social, 2) Significância social, e 3) Utilidade social. Observei durante o processo assistencial, que o Modelo de Johnson é congruente. Assistir, através deste Modelo, permite que o papel do enfermeiro atinja as expectativas do paciente e sua família, e da própria equipe de saúde. Percebi que houve um melhor relacionamento entre pacientes e familiares, e a equipe de saúde, favorecendo inclusive a minimização de discriminações no atendimento de determinados pacientes. Da mesma forma, verifiquei que o Modelo possui significância social, pois percebi que houve valorização dos papéis profissionais, particularmente neste caso, do enfermeiro. Os familiares passaram a procurar os médicos só para obter informações à respeito da doença; quando terminava a visita, vinham falar comigo e perguntavam baixinho "Como ele está hoje? Os médicos perguntavam-me sobre como tinha resolvido este ou aquele problema; e, a nutricionista passou a me procurar diariamente para trocar experiências. Entretanto, para que possa afirmar que o modelo de Johnson possui utilidade social, é necessário que trabalhos sejam realizados, em outras áreas da enfermagem, para que seus conceitos possam ser melhor estuda-

dos, a fim de que possa afirmar com segurança, que são suficientemente desenvolvidos para dar uma direção clara para a prática, ensino e pesquisa da enfermagem.

Johnson (1961), escrevendo sobre o significado do cuidado de enfermagem afirmou que, originalmente, a enfermagem era um serviço individualizado que estava relacionado ao conforto e as necessidades pessoais dos pacientes e que este serviço tem sido negligenciado nos últimos anos. Os médicos pressionados pelo avanço de seu próprio conhecimento e tecnologia, têm perguntado mais e mais pelos enfermeiros como seus tradicionais assistentes. Os administradores dos hospitais e outros serviços de saúde - que no Brasil são também os médicos - pressionados pelo crescimento e complexidade de suas organizações, também têm requerido mais e mais os enfermeiros em atividades administrativas - no Brasil mais burocráticas do que administrativas. Perante estas mudanças, tem sido muito difícil para o enfermeiro manter um contato íntimo, frequente e prolongado com os pacientes, tão importantes para o cuidado personalizado. Entretanto, o afastamento do enfermeiro de suas funções básicas tem desencadeado uma série de reflexões e questionamentos da razão pela qual o cuidado de enfermagem tem sido sacrificado.

Para Johnson (1961) o cuidado de enfermagem significa um tipo de serviço que não depende da autoridade médica e que não tem como objetivos imediatos a recuperação da doença, au-

mento do conhecimento de saúde ou práticas mais desejáveis de saúde. O cuidado médico delegado é o cuidado dado pelo enfermeiro para assistir o médico no desenvolvimento ou implementação da prescrição médica. O cuidado de saúde significa todo serviço com o propósito de promover e manter práticas de saúde desejáveis. Estes três serviços de enfermagem prestados ao paciente/cliente, constituem os três maiores componentes da prática de enfermagem (Johnson, 1961).

Conforme a autora, somente o cuidado de enfermagem ainda não tem referencial teórico bem delineado. Para o cuidado médico delegado há toda uma base de conhecimentos bem desenvolvido, fundamentado nas ciências médicas, com o claro propósito de prevenir e controlar a doença. Para o cuidado de saúde há teorias sobre aprendizado e motivação, entre outras. Baseados nesta exposição é que Johnson, já em 1961 defendia a necessidade de um referencial teórico próprio para fundamentar o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. Na verdade, muitos anos se passaram mas a questão do cuidado de enfermagem ainda permanece em debate. É certo, que de lá para cá, já avançamos bastante, mas sempre que participo de eventos, ou mesmo, no ensino e na assistência de enfermagem, retomamos questões simples, como por exemplo, qual o objeto de trabalho da enfermagem? O que é problema de enfermagem? A meu ver, estas e outras questões, refletem a vulnerabilidade por que passa a enfermagem atualmente.

Na assistência em terapia intensiva não tenho muitos problemas com estas questões, porque o grande volume de ações está relacionado ao cuidado médico delegado. Entretanto, muitas de nossas ações estão voltadas para o cuidado de enfermagem, ou seja, para o tratamento de problemas do paciente que não dependem da autoridade médica, como por exemplo: prevenção de úlceras de decúbito, cuidados respiratórios, cuidados de higiene e conforto e suporte emocional ao paciente e família. Estes cuidados dependem de um trabalho em equipe, onde a experiência, o conhecimento e a comunicação entre os profissionais caracterizam, ao mesmo tempo, a complementaridade e a contribuição única da enfermagem para o cuidado à saúde, citados anteriormente.

No Brasil, a contribuição da enfermagem ao cuidado à saúde é muito incipiente. Ainda assim, já há manifestações evidentes de interesse em estender o cuidado de saúde aos familiares dos pacientes. Todas as segundas-feiras quando chego a UTI, vejo que a maioria dos pacientes está internado porque sofreu algum tipo de acidente de trânsito. São pacientes em sua grande maioria do sexo masculino, extremamente jovens, em idade produtiva e com filhos pequenos. Eu não me conformo com esta situação. Além do grande ônus social causado pelo longo período de internação, afastamento das relações de trabalho e prejuízo no desempenho de papel como pai, marido, filho e etc., há todo um desequilíbrio no próprio bem-estar do indivíduo. Como enfermeira de UTI tenho de me ater a cuidar para que mantenham as suas

funções vitais a fim de que retornem o mais brevemente possível à uma situação de estabilidade e à sociedade, para que possam retomar os seus papéis em todos os níveis de relacionamento. Porém, como profissional na área da saúde, consciente de que a causa que motivou a internação em UTI, é totalmente prevenível, fico refletindo porque a enfermagem não assume um papel social mais abrangente e mais ativo na prevenção destas situações tão traumáticas?

Embora a enfermagem brasileira tenha avançado muito no esclarecimento destas questões, creio que muito temos a fazer para encontrar o verdadeiro papel social da profissão.

No cuidado do ser humano, o enfermeiro deve descartar qualquer tipo de discriminação, respeitando sua função de assisti-lo. Num país de desigualdades tão evidentes, onde a ignorância, pela falta de educação predomina, onde a rede pública de saúde é insuficiente, e onde, a enfermagem desconhece seu papel social, é muito difícil não discriminar. Entretanto, o conhecimento da Lei do Exercício Profissional, do Código de Deontologia e, sobretudo, dos princípios morais e do bom senso, podem colaborar para que sejamos mais justas no cuidado de seres humanos.

Assistir sem discriminação passa, também por humanizar a assistência. Souza et al (1985) escrevendo sobre a huma-

nização da abordagem nas unidades de terapia intensiva destacam o respeito à privacidade do paciente, a personalização do atendimento, a estimulação da colaboração do paciente em seu tratamento, a assistência psico-espiritual e a visita dos familiares como aspectos relevantes da humanização da assistência de enfermagem em UTI.

RECOMENDAÇÕES

Face aos resultados obtidos através da realização deste trabalho, recomendo que:

- O Modelo de Johnson seja implementado nas diversas áreas da enfermagem, a fim de esclarecer aspectos da estrutura dos subsistemas e suas interrelações, das formas pelas quais os requerimentos funcionais são supridos e das variáveis biológicas, psicológicas e sociais que influenciam o comportamento humano;

- O Modelo de Johnson e os acréscimos que têm sido feitos, dada a repercussão que teve nos Estados Unidos e dos resultados obtidos neste trabalho, ainda que consideradas as diferenças culturais, seja mais difundido no Brasil através do ensino a nível de Graduação e Pós Graduação;

- A Classificação Diagnóstica da NANDA seja amplamente utilizada na prática assistencial de enfermagem, principalmente, nos locais onde já existe assistência de enfermagem sistematizada, uma vez, que esta não demonstrou ser incompatível com modelos que visualizem o cliente/paciente como ser humano;

- A Classificação Diagnóstica da NANDA seja objeto de estudo nos três níveis de atuação da enfermagem, ou seja, assistência, ensino e pesquisa;

- Os resultados de desdobramentos diagnósticos em ações assistenciais de enfermagem sejam identificados como fonte de verificação da contribuição própria da profissão; e

- A enfermagem brasileira se empenhe, verdadeiramente, na busca pelo significado social da profissão, desenvolvendo de um corpo próprio de conhecimentos e universalização de sua terminologias.

BIBLIOGRAFIA

1. ANJOS, M. V. dos. O Ser Humano e a Enfermagem no Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro, Atheneu, 1983, p.1.
2. ARENAS, C. PICÓN, M. A. Planta Física Y Recursos Materiales de los Servicios de Terapia Intensiva Y Unidad Coronaria. In: Terapia Intensiva Y Unidad Coronaria. México. Panamericana, 1973. pp. 13-42.
3. ATKINSON, LeslieD., MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
4. AUGER, JR., Behavioral Systems and Nursing. AUN, F. et alii. Ritmos Biológicos e o Sistema Cardiovascular. Ac Cardiologia. 4(23):8-20. 1983.
5. _____ A patient classification system based on the Behavior System Model for nursing: Part 1 The Journal os Nursing Administration. April, 1983.

6. AUN, F. et al. Ritmos biológicos e os sistema cardiovascular
Ac Cardiologia. v. 4, n. 23, p. 8-20. 1983
7. BENDIXEN, HH. & KINNEY, J. M. História do Treinamento Intensivo. In: Assistência Cirúrgica Intensiva. Interamericana, 1979, pp.1-9.
8. BUB, Maria Bettina Camargo, BUB, Théo Fernando.. Enfermagem em UTI. Anais da XIV Jornada Catarinense de Enfermagem. Chapecó, ABEN-SC, 1986. pp. 97-109.
9. _____ Estudo de situação de pacientes cardíacos cirúrgicos utilizando a classificação diagnóstica da NANDA: Relatório de experiência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v. 57 (supl C), p. C167, set. 1991
10. BURREL, O. L. et alii. La Unidad de Cuidado Intensivo, Sus Pacientes Y Su Personal. In: Cuidados Intensivos. México. Interamericana.
11. BYRNE, Marjore. L., THOMPSON, Lida F. Key concepts for study aud practice of nursing. St. Louis: Mosby Company, 1972.
12. CAPRA, Fritjof. Ponto de Mutação. Tradução por Alvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. p. 445. Tradução de: The turning point.

13. CARR, M. R. Identificação de Problemas de Enfermagem da esfera física em Pacientes de Unidade de Tratamento Intensivo. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 21(1):23-36, Abr. 1987.
14. CASTILLO-VALERY, A. Direitos dos Pacientes. Bol. Amib. 7(11):1-2. Mar./Abr. 1988.
15. CIOSAK, S. I. SENA, S. G. A Enfermagem em UTI - Um Momento de Reflexão. São Paulo, Littera, 1983. 2ªp.
16. CIVETTA, J.M., TAYLOR, R.W., KIRBY, R.R., Introduction to critical care. Philadelphia: Lippincott, 1989.
17. CONNER, S. S. WATT, J. K. Dorothy E. Johnson - Behavioral System Model. In: Nursing Theorists and their work. St. Louis. The C. V. Mosby Company. 1986, pp.283-96
18. DEE, Vivien, AUGER, Jeanine A. A patient classification system based on the Behavioral System Model of nursing: Part 2. The Journal of Nursing Administration, May. 1983.
19. DIAS, M. D. A. Terapia Intensiva um Passo Adiante na recuperação do Doente. Rev. Bras. Clin. Terap., São Paulo, 12 (11/12):455-460, Nov. Dez. 1983.

20. DOENGENS, Marilyn, MOORHOUSE, Mary. Nurses pocket guide: Nursing diagnosis with intervention. Philadelphia: Davis Company, 1988.
21. DOSSEY B., GUZZETTA, C. E. Nursing Diagnosis. Nursing 11(6):35-38. Jun. 1981.
22. ESPIRITO SANTO, T.J.M. Segurança emocional como necessidade humana básica: atuação do enfermeiro junto ao cliente em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n. 3/4, p.231-236, jul/dez, 1985
23. FARIAS, Juracy W. et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual. João Pessoa: Santa Marta, 1990.
24. FELISBINO, Janete Elza. Experiência Assistencial de Enfermagem com clientes de unidade de Terapia Intensiva e seus familiares a partir da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Florianópolis: UFSC, 1990. 210p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós Graduação, UFSC, 1990.
24. FERNANDES, M. de F. P. et alii. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. Rev. Bras. Enf. Brasília, 37(2):102-108, 1984.

26. FLAVIO, J. A. Manual Básico de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Brasília. Horizonte Ltda. 1980.
27. FUERST, E. V., WOLFF, L. WEITZEL, M. H. Saúde-Doença e implicações para os profissionais da saúde. In: Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro. Interamericana, 1977. pp.12-26.
28. GOMES, Alice Martins. A enfermagem na Unidade de terapia intensiva. São Paulo: EPU, 1988.
29. GORDON, M. Nursing Diagnosis: Process and Application. New York. McGraw Hill, 1982. pp.12-14.
30. GOUVEA, S. M. M. Prescrição de Enfermagem no Serviço de Terapia Intensiva. Rev. Ter. Int. Rio de Janeiro, 1(1):11-12. Jun. 1987.
31. GRIFFITH-KENNEY, J. W. Reference of Theoretical Approaches in Nursing Practice. In: Application of Theories, Frameworks and Model. St. Louis, Mosby Company, 1986. pp.03-16.
32. GRUBBS, J. An Interpretation of The Johnson Behavioral System-Model for Nursing Practice. In: Conceptual Models for Nursing Practice. E Norwalk. Appleton - Century - Crofts. 2ª Ed., 1980. pp.216-254.

33. GUINA, N. F. Enfermagem no C.T.I. Rio de Janeiro. Cultura Médica, 1979. pp.07-28.
34. HOLADAY, B. Implementing the Johnson Model For Nursing Practice. In: Conceptual Models for Nursing Practice. E. Norwalk. Appleton-Century-Crofts. 2ª ed., 1980. pp.255.
35. JACKSON, B. S. A one year mortality study of the most acuity ill patients in a medical-surgical intensive care unit: Toward Developing a model for selection of recipients of intensive care. Heart Lung. Saint Louis 13(2):132-137. 1984.
36. JHONSON, D. E. The behavioral system-model for nursing In: Conceptual Models for Nursing Practice. E. Norwal Appleton-Century-Crofts. 2ª ed., 1980. pp.207-215.
37. _____, The significance of nursing care. The American Journal of Nursing., v.61, n.11, p.63-66, Nov. 1961.
38. _____, Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. Nursing Research, v.23, n. 5, p.372-377, Setember/October, 1974.

39. _____, Theory in nursing: Borrowed and unique. Nursing Research. v.17, n.3, p.206-209, May/June. 1968.
40. KIELY, W. F. PROCCI, W. R. Psychiatric aspects of critical care. In: Mosby's comprehensive review of critical care. St. Louis, Mosby Company. 1983. pp107-114.
41. KINNEY, J. M. Projeto de um Centro de Tratamento Intensivo. In: Manual de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro. Medsi. 1983. pp.15-32.
42. KINNEY, M. R. The Scientific Basis For Critical Care Nursing Practice. 1972 to 1982. Heart Lung. Saint Louis. 13(12):116-123. 1984.
43. KIM, M.J., McFARLAND, Y.K., McLANE, A.M. A pocket guide to nursing diagnosis: Approver list from Fith Nacional Conference. St. Louis: Moshy Cpmpany, 1984.
44. KOIZUMI, M. S. et alii. Análise retrospectiva das pesquisas de enfermagem em terapia intensiva: 1975-84. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo. 20(1):5-17.

45. _____, KAMIYAMA, Yoriko, FREITAS, L.A. DE. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva - Problemas sentidos e expectativas em relação a assistência de enfermagem. Trabalho apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, Balneário de Camboriú, Santa Catarina, 1977. Mimeog.
46. LEITE, J. L., PEIXOTO, M. R. B. GOMES, A. M. Prática de Enfermagem nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Anais do XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife. ABEN-PE, 1986.
47. LEWANDOWSKI, L. A. KOSITSKY, A. M. Research priorities for critical care nursing: A Study by the American Association of Critical care Nurses. Heart Lung, Saint Louis, 12(1):35-44, 1983.
48. LOANZON, P. et alii. Clinical research and nursing in the intensive care unit. Heart Lung, Saint Louis. 12(5):480-484. 1983.
49. LORENZ, Konrad. Civilização e pecado. São Paulo: Círculo do livro, 1973. 139p. Tradução de: Die acht todsunden der Zivilisierten menschheit.

50. MARIA, Vera Lucia Regina. Preparo de enfermeiras para a utilização de diagnósticos de enfermagem: Relato de Experiência. São Paulo: EEUSP, 1990. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem USP, 1990.
51. MELEIS, A. I. Nursing Theory: An elusive mirage or a Mirror of reality. In: Meleis, A.I. Theoretical nursing development progress. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1985. Cap. 8, pp.169-94. (Tradução Livre, para uso didático, feita pela Dra. Eloita Pereira Neves, UFSC, 1985).
52. _____. On Nursing Clients. In: Theoretical nursing development Progress. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1985, Cap. 9, pp.195-205.
53. MOURA, Maria Luiza Diaz. Factores que incidem en la atención de los pacientes y la experiencia de apoyo psicológico como posible solución. In: CHAPARRO, Estela, INFANTE, Elvira. Terapia intensiva y unidad coronaria. Buenos Aires: Panamericana, 1978. p.106-112.
54. NASCIMENTO, Eliane Pereira do. Assistência de Enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na teoria de Imógene King. Florianópolis: UFSC, 1991. 223p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1991.

55. NEWMAN, M. I. Nursing Diagnosis Looking at The Whole.
AJN. 84(12):1496-1499. Dec. 1984.
56. NILAND, M.B., BENTZ, P.M. A problem-oriented approach to
Planning Nursing Care. The Nursing Clinics of North Ame-
rican, v.9, n.2, p.235-245, June, 1974.
57. PAIM, Lygia. Quantitativos e qualitativos do cuidado de en-
fermagem. João Pessoa: Editora Universitária/UFPh, 1979.
158p.
58. _____, Problemas Prescrições e Planos: um estilo de as-
sistência de enfermagem. Cadernos Científicos da ABEn.
n.1, 1978.
59. PEREZ, V.L. de Almeida B. et al. Diagnósticos de enfermagem
um desafio para os anos 90. 1989. In: 41º Congresso Bra-
leiro de Enfermagem. (Tema Livre), Florianópolis, 1989.
p.20.
60. PITTA, Ana. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo:
Editora HUCITEC, 1991.
61. RISNER, P. B. Diagnosis: Diagnostic statements.
In: Application of Theories, Frameworks, And Models.
St. Louis, Mosby Company, 1986. pp.151-168.

62. RUEDEN, Kathryn T. Von, WALLECK, Connie A. Advanced critical care nursing: A case study approach. Rockville: Aspen Publishers, 1989. 351p.
63. SAN MARTIN; H. Salud y Enfermedad, México, La Prensa Médica Mexicana, 1968, pp.19-26.)k0+)k0+53. SMALL, B. Nursing Visually Impaired Children With Johnson Model as a Conceptual Framework. In: Conceptual models for nursing practice. E. Norwalk. Appleton-Century-Crofts. 2ª ed., 1980, pp.264-273.
64. SMALL, B. Nursing visually impaired children with Johnson Model as a Conceptual Framework. In: Conceptual models for nursing practice. E. Norwalk: Appleton-Century-Crofts 1980. p.264-273.
65. SIMÃO, A. T. O Ser Humano no Centro de Tratamento Intensivo. In: Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, Atheneu, 1976.
66. STODAART, J. C. Manual de Terapia Intensiva. São Paulo. Manole. 1977.
67. SOUZA, M. de, POSSARI, J.F., MUGAIAR, K.H.B. Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. Rev. Paul. Enf. São Paulo, v.5, n.2, p.77-79, abr/mai/jun. 1985.

68. SUNDEEN, S. J. et alii. Formulation of the nursing diagnosis. In: Nurse-Client interaction: implementing the nursing process. St. Louis, The C. V. Mosby, 1985. pp.13-15.
69. TAKITO, C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. Rev. Fsc. USP. São Paulo, 19(3):263-280. 1985.
70. TARTAGLIA, M. Nursing Diagnosis - Keystone of our care plan. Nursing. 15(3):34-37. Mar. 1985.
71. TOYNBEE, Arnold. Um estudo da história. Tradução por Isa Silveira Leal e Miroel Silveira. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1986. cap.1: Definição de alguns termos. Tradução de: A study of history.
72. VARGAS, H. S. et alii. Aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ac cardiologia, 5(35):8-20, 1983.
73. _____. Contribuição ao estudo dos aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ac Cardiologia 5(33):34-40. 1983.

74. VOTTERI, B. A. TIERNEY, M. J. Prognosis for survival in critical care. In: Mosby's comprehensive review of critical care. St. Louis. Mosby Company. 1983. pp.867-885.
75. WATSON, H. J. Analysis of the critical care unit as a dynamic system. In: Mosby's comprehensive review of critical care. St. Louis. Mosby Company. 1983. pp.88-106.
76. YONGERT, Ina Enfermagem na Bélgica. in: 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1989. Florianópolis, ANAIS... Florianópolis: Editora da UFSC, 1989. 223p. p.133-144.