

SILVANA ALVES BENEDET

CLIENTE CIRÚRGICO: AMPLIANDO A SUA COMPREENSÃO

Florianópolis
Fevereiro, 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

CLIENTE CIRÚRGICO: AMPLIANDO A SUA COMPREENSÃO

SILVANA ALVES BENEDET

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

ORIENTADORA: Dra. MARIA BETTINA CAMARGO BUB

Florianópolis, fevereiro de 2002

FEVEREIRO, 2002

CLIENTE CIRÚRGICO: AMPLIANDO A SUA COMPREENSÃO

SILVANA ALVES BENEDET

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação, pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em fevereiro de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Maria Bettina C. Bub (Presidente)

Dra. Flávia R. Souza Ramos (Membro)

Dra. Maria Itayra C. Padilha (Membro)

Dalva Grüdner (Membro em Formação)

Ao Daniel, meu companheiro de vida, pelo colo e pela compreensão nos momentos difíceis deste caminhar.

Amo-te muito!

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, apoio e incentivo. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este estudo, quero agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a compô-lo. Cada palavra, cada frase, representa o que sou hoje e que certamente está determinado pelas relações interpessoais que estabeleci durante toda a minha existência.

Aos clientes que tive a oportunidade de cuidar ao longo de minha vida profissional, especialmente aqueles que participaram desta experiência de cuidado, pois são vocês minha principal fonte de interpretação acerca do cuidar em enfermagem.

Às minhas alunas e alunos, pelas trocas de saberes, pelo aprendizado.

A todos os colegas da Clínica Cirúrgica I e do Hospital Universitário, pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional. Especialmente à equipe de enfermagem, pela compreensão e paciência.

Às colegas Susan e Maria Patrícia, pela incansável compreensão e disponibilidade para ouvir minhas “reflexões e inquietações”, obrigada pelo apoio incondicional.

Às colegas da UNISUL, pelo incentivo.

À colega e amiga Luizita, pela compreensão e apoio.

Às colegas do Curso de Mestrado, pela convivência que me possibilitou reflexões e discussões importantes.

À colega e amiga, Dulcinéia (Dulci), grande incentivadora do uso e ensino do diagnóstico de enfermagem, agradeço pelo estímulo e respeito.

Às professoras Maria Itayra, Miriam e Dalva, pela contribuição e incentivo.

À professora Flávia Ramos, que, com tranqüilidade e sabedoria, orientou-me no início deste estudo.

À minha orientadora e amiga, Bettina por acreditar em meu potencial, pela compreensão e respeito às minhas dúvidas e conclusões precipitadas.

A todos os meus amigos e amigas, pelos momentos de descontração, os quais me possibilitaram o necessário *ócio criativo*.

A Deus, força criadora do universo, por tudo!

Nós nunca conseguimos compreender totalmente o outro, porque a compreensão é sempre um processo em movimento.

Hans – Georg Gadamer

RESUMO

Trata-se de um estudo convergente - assistencial realizado com clientes no primeiro pós-operatório, internados na Clínica Cirúrgica I do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, utilizando o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas e a Classificação Diagnóstica da *NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association), segundo Benedet e Bub (2001). Teve como objetivo final ampliar a compreensão da situação de saúde do cliente cirúrgico e, como objetivos instrumentais, descrever e analisar a situação de saúde do cliente cirúrgico, e analisar a abordagem de cuidado realizada à luz da experiência hermenêutica de Gadamer. A experiência de cuidado foi realizada com quatro clientes, e consistiu na aplicação do processo de enfermagem. A análise das informações está dividida em duas fases: fase de apreensão e fase de interpretação da experiência assistencial. A experiência hermenêutica de Gadamer está baseada na relação dialógica, e distingue três modos de abordagem no relacionamento enfermeira e cliente: a objetificação do outro, a compreensão precipitada do outro e a abertura para o outro (abertura para si mesmo, abertura para o outro, abertura para a questão - problema e abertura à tradição). Quanto à sua situação de saúde, o cliente cirúrgico é um ser multidimensional, total e indivisível, possuindo necessidades que se inter-relacionam; estas necessidades referem-se à dimensão biológica, psicológica, social e espiritual. Observou-se que existe uma deficiência no fornecimento de informações, dificultando o cliente cirúrgico de agir e atingir seus desejos e objetivos de vida. O afastamento de pessoas significativas e as normas e rotinas hospitalares, influenciam negativamente na sua situação de saúde. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: dor, risco para infecção, déficit para o auto - cuidado, déficit de conhecimento, medo, ansiedade e distúrbio no padrão de sono. Dentre os princípios da bioética, aquele que mais se destacou foi o princípio da autonomia. Que exige capacitar o cliente para agir autonomamente, fornecendo todas as informações sobre a sua situação de saúde. Com relação à interpretação da abordagem identificaram-se os três modos descritos por Gadamer. A utilização do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas e a classificação diagnóstica da *NANDA* possibilitaram a assistência de enfermagem centrada na compreensão da situação de saúde do cliente cirúrgico, entendendo-o como um ser individual, sentimentos, metas e desejos particulares, além de possuir um corpo biológico.

SURGICAL CLIENT: AMPLIFYING YOUR COMPREHENSION

ABSTRACT

This is a converging assisting study realized with clients in the first post operative, interned at the Clínica Cirúrgica I of the Universidade Federal de Santa Catarina's Hospital Universitário, utilizing the theoretical referential of the Basic Human Needs and the NANDA's (North American Nursing Diagnosis Association) Diagnostic Classification, according to Benedet and Bub (2001). The final objective was to amplify the comprehension of the health situation of the surgical client, and as instrumental objectives to describe and analyze the health situation of the surgical client, and to analyze the carefulness approach based on Gadamer's hermeneutics experience. The carefulness experience was realized with four clients, and constituted in the application of the nursing process. The analysis of the information is divided in two phases: apprehension phase and interpretation phase of the assistance experience. Gadamer's hermeneutic experience is based on the dialogic relation, and distinguishes three ways of approaching in the relationship between nurse and client: the objectification of the other, the precocious comprehension of the other, and the opening to the other (opening to himself, opening to the other, opening to the question-problem, and opening to the tradition). About his health situation the surgical client is a multidimensional being, total, and non divisible, having interrelating necessities; these necessities refer to the biological, psychological, social, and spiritual dimensions. We observed a lack in the supplying of information, making it difficult for the surgical client to act and reach her wishes and life goals. The distance from significant people and the hospital rules and routines, influenced negatively in their health situation. The nursing diagnosis identified were: pain, infection risk, self care deficit, knowledge deficit, fear, anxiety, and disturbances in the sleeping pattern. Among the principles of bioethics, the principle of autonomy was the most relevant. Which requires to enable the client to act autonomously, providing all the information about her health situation. Regarding the interpretations of the approach, three ways described by Gadamer were identified. The utilization of the theoretical referential of the basic Human Needs and the NANDA's Diagnostic Classification, made possible the nursing assistance focused on the comprehension of the health situation of the surgical client, understanding him as an individual being, feelings, goals and particular wishes, apart from having a biological body.

CLIENTE QUIRÚRGICO : AMPLIANDO SU COMPRENSIÓN

RESUMEN

Se trata de un estudio convergente- asistencial, realizado con clientes en su primer posoperatorio, internados en la Clínica Quirúrgica I del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, utilizando como referente teórico las Necesidades Humanas Básicas y la Clasificación Diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), según Benedet y Bub (2001). El trabajo tuvo como objetivo final ampliar la comprensión de la situación de salud del cliente quirúrgico y como objetivos instrumentales describir y analizar la situación de salud del cliente quirúrgico y analizar el abordaje del cuidado, realizada a la luz de la experiencia hermenéutica de Gadamer. La experiencia de cuidado fue realizada con cuatro clientes, y consistió en la aplicación del proceso de enfermería. El análisis de las informaciones está dividido en dos fases : fase de aprensión y fase de interpretación de la experiencia asistencial. La experiencia hermenéutica de Gadamer está basada en la relación dialógica, y distingue tres modos de abordaje de la relación enfermera y cliente : la objetivación del outro, la comprensión precipitada del outro y la abertura para el outro (abertura para si mismo, abertura para el outro, abertura para el asunto-problema y abertura para la tradición). En cuanto a su situación de salud, el cliente quirúrgico es un ser multidimensional, total e indivisible, que posee necesidades que se interrelacionan; estas necesidades se refieren a la dimensión biológica, psicológica, social y espiritual. Se observó que existe una deficiencia en el ofrecimiento de informaciones, limitando las posibilidades del cliente quirúrgico para actuar y alcanzar sus deseos y objetivos de vida. El aislamiento de personas significativas y las normas y rutinas hospitalarias, influyen negativamente en su situación de salud. Los diagnósticos de enfermería identificados fueron : dolor, riesgo de infección, déficit para el autocuidado, déficit de conocimiento, miedo, ansiedad y alteración del patrón de sueño. Entre los principios de la bioética, el que mas se destacó fue el principio de la autonomía, que exige capacitar al cliente para actuar autonomamente, ofreciendole todas las informaciones sobre su situación de salud. Com relación a la interpretación del abordaje se identificaron los tres modos descritos por Gadamer. La utilización del referencial teórico de las Necesidades Humanas Básicas y la clasificación diagnóstica de la NANDA, posibilitó la asistencia de enfermería centrada en la comprensión de la situación de salud del cliente quirúrgico, entendiéndolo como un ser individual, con sentimientos, metas y deseos particulares, además de poseer un cuerpo biológico.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Meu primeiro contato com o tema diagnóstico de enfermagem aconteceu em 1991, na sexta fase do curso de graduação, no estágio de Terapia Intensiva. Nesta época tive contato, através da professora Maria Bettina Camargo Bub, com o livro “Diagnóstico de enfermagem uma abordagem conceitual e prática”, produzido pela equipe de enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba, organizado por Farias, na época o único trabalho sobre a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (*NANDA*), traduzido para o português.

Começamos a utilizar os diagnósticos de enfermagem no cuidado intensivo. Sentia-me estimulada em discutir sobre a aplicação dos diagnósticos na realidade do cliente de terapia intensiva, o que tornava o assunto mais interessante, aumentando minha curiosidade acerca do diagnóstico.

Depois de formada, em 1992, fui trabalhar numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em um hospital geral no interior do Estado. Estava cheia de idéias, querendo introduzir a sistematização da assistência nesta UTI. Mas como fazê-lo, qual teoria e método a utilizar?

Então, resolvi fazer o curso de Especialização de Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a fim de adquirir subsídio teórico para melhorar minha prática.

Neste curso, novamente entrei em contato com o diagnóstico de enfermagem. Era 1994, e os estudos no Brasil utilizando diagnóstico de

enfermagem, mais especificamente a taxonomia da *NANDA*, haviam aumentado. Decidi aprofundar meus conhecimentos acerca do assunto, desenvolvendo meu projeto de monografia de especialização utilizando o diagnóstico de enfermagem da *NANDA* na sistematização da assistência aos clientes internados em UTI, sob a orientação da professora Maria Bettina Camargo Bub.

Mas como utilizar o diagnóstico de enfermagem? Como adequá-lo à realidade do cliente de terapia intensiva? Qual referencial teórico a utilizar?

No ano de 1995, eu e a professora Bettina participamos do I Simpósio Internacional sobre Diagnóstico de Enfermagem em São Paulo, onde encontramos Marjory Gordon, uma das maiores estudiosas do diagnóstico de enfermagem nos Estados Unidos. Conversando com ela, nos perguntou quem era “Horta”. Então, explicamos que era a teórica de enfermagem mais conhecida no Brasil. Foi assim, conversando com Gordon, que tivemos a idéia de associar a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta com os diagnósticos da *NANDA*.

Mais tarde aperfeiçoamos este modelo, introduzindo outros diagnósticos e redefinindo muitos deles. Também, reformulamos as definições das necessidades e ampliamos o conceito de necessidades humanas básicas, conforme o conceito proposto por Liss (1996). Assim, em 1998, publicamos o “Manual de Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da *NANDA*”, o qual alcançou projeção nacional e tem sido utilizado nas mais diversas áreas do conhecimento da assistência de enfermagem.

A partir da publicação do Manual, venho utilizando este referencial como suporte teórico e metodológico na minha prática com clientes cirúrgicos, pois desde 1995 trabalho como enfermeira assistencial no Hospital Universitário da UFSC. Na minha opinião, sua utilização proporciona melhor caracterização da situação de saúde destes clientes, tanto na abrangência dos diferentes aspectos como um todo, como no aprofundamento de aspectos específicos.

Em 1999, iniciei minha carreira acadêmica como docente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Desde então, utilizo o referencial das Necessidades Humanas Básicas e o Diagnóstico de Enfermagem da *NANDA*, como guia para minhas aulas na disciplina de Enfermagem Cirúrgica e, também, na prática assistencial com os alunos, fato este que me motiva ainda mais para continuar testando e ampliando este modelo.

A partir da publicação da primeira edição do Manual, temos recebido críticas e sugestões surgindo a necessidade de ampliá-lo. Então, em 2001 publicamos a segunda edição revisada e ampliada do manual. Nesta versão, incluímos diagnósticos adaptados da nova taxonomia da *NANDA* e introduzimos novos diagnósticos, baseados em nossa prática assistencial e na experiência com nossos alunos.

A utilização deste referencial teórico, na minha vivência profissional, tem me proporcionado satisfação e, também, ampliado minha percepção acerca da assistência dispensada aos clientes cirúrgicos. Tenho percebido que a assistência de enfermagem tem se baseado, principalmente, no alívio de sinais e sintomas, desconsiderando quase completamente a natureza multidimensional do ser humano. Este aspecto torna a assistência ineficiente em muitas situações, gerando uma insatisfação profissional.

Acredito que dentre os fatores determinantes esteja a incoerência existente entre nosso conceito de saúde e de ser humano. Pois, conceitualmente, a enfermagem concebe o ser humano como um ser biopsicossocioespiritual, porém, na prática, o enfoque é centrado na doença do cliente.

Outro fato a considerar, é a falta de clareza sobre a forma e os limites da prática assistencial. Este fato torna a atuação profissional vulnerável à incorporação do modelo biomédico, predominante principalmente nos ambientes hospitalares. Este modelo tem como conceito principal o processo de doença (etiologia, patologia e manifestações). Quando assistimos ao cliente cirúrgico, orientados unicamente por este tipo de referencial, a principal consequência é que ele passa a ser reduzido a um conjunto de sinais e sintomas, perdendo toda a sua humanidade (BUB, 2001).

Segundo Paim (1991), o conhecimento de saúde e os paradigmas que nortearam o avanço científico e tecnológico nesta área durante vários séculos chegaram ao seu apogeu e entraram na fase de declínio, pois já não são suficientes para atender às necessidades de saúde, precisando ser reestruturados. Portanto, já não podem continuar sendo o único respaldo para a prática da enfermagem, sobretudo nesta etapa da sua evolução. Esta mesma autora relata ainda que, para a enfermagem alcançar a condição de ciência, precisa romper com o paradigma vigente e buscar novos caminhos, inserindo a realidade do pensamento científico e das idéias sociais contemporâneas.

Silva (1999) diz que, com o passar dos anos, a enfermagem vem buscando subsídios para realizar um trabalho baseado no saber, e que nós, enquanto praticantes de uma profissão, necessitamos de conhecimento para atuarmos com segurança, pois só assim estaremos adquirindo o nosso espaço e fortalecendo as nossas características pessoais e profissionais, para o desenvolvimento do saber/fazer, enquanto enfermeiras e enfermeiros.

Torna-se, portanto necessário, que a enfermagem utilize instrumentos e busque conhecimentos que possam contribuir para uma assistência mais abrangente, o que necessariamente passa pelo esclarecimento e incorporação de uma concepção de saúde focalizada no ser humano, como um ser único, individual, original e total (NAZÁRIO, 1999).

Desta forma, o diagnóstico de enfermagem constitui-se em um dos caminhos para melhor identificarmos as necessidades individuais do cliente cirúrgico, além de auxiliar no estabelecimento de nossa área de atuação, pois fornece as diretrizes para a organização do conhecimento, possibilitando uma linguagem organizada (CRUZ, 1997a).

A expressão diagnóstico de enfermagem, foi introduzida na literatura por Fry, na década de 50, do século XX. Porém a atividade diagnóstica teve seus primeiros passos com a enfermagem moderna, quando Florence Nightingale identificou e cuidou dos problemas de saúde dos feridos na Guerra da Criméia.

A *NANDA*, criada em torno de 1970 por um grupo de enfermeiras norte-americanas, propõe quatro componentes para o diagnóstico de enfermagem:

rótulo ou denominação do diagnóstico, definição, características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco.

Podemos afirmar que os elementos próprios da enfermagem são desconhecidos e pouco compreendidos. Ainda buscamos identificar e definir quais são esses elementos. Elementos, segundo a definição de Ferreira (1995), é tudo o que entra na definição de alguma coisa, é cada parte de um todo. Na definição do International Council of Nurses – ICN, elementos da enfermagem são as ações de enfermagem, tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos, ou seja, diagnósticos de enfermagem, para alcançar resultados de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 1998). O diagnóstico de enfermagem, ao possibilitar a descrição das respostas humanas aos problemas de saúde, admite formalmente sua existência, criando a possibilidade para que se construa e se promova, de modo sistemático, o conhecimento sobre essas respostas.

Partindo da minha experiência profissional, desenvolvi este estudo com base na prática assistencial realizada em setembro e outubro de 2001, numa clínica cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, onde atuo como enfermeira. Para guiar minha prática, utilizei como referencial teórico o modelo das Necessidades Humanas Básicas e o Diagnóstico de Enfermagem da *NANDA*, proposto por Benedet e Bub (2001).

Na análise da relação enfermeira e cliente, optei por utilizar a experiência hermenêutica de Gadamer. Este autor frisa que o diálogo é essencial na relação enfermeira e cliente. É através do diálogo que eles vão respeitar um ao outro como pessoas, como semelhantes (BUB, 2001).

A escolha pela filosofia hermenêutica de Gadamer, para analisar a abordagem do cuidado realizada na prática assistencial, deu-se pela ênfase que este autor atribui ao diálogo, considerando fundamental que profissional (enfermeira, médicos) e cliente alcancem a compreensão mútua. Este aspecto está em consonância com o meu modo de entender a relação enfermeira e cliente, como sendo fundamentalmente uma relação dialógica. Ademais,

possibilitará ampliar a compreensão com o cliente cirúrgico, da sua situação de saúde, oferecendo subsídio para melhorar a assistência de enfermagem.

A escolha pelo modelo das Necessidades Humanas Básicas e o Diagnóstico de Enfermagem da *NANDA* devem-se à experiência adquirida ao longo destes anos, desde a sua idealização, em 1998. Acredito que contêm elementos importantes para se resgatar uma assistência de enfermagem mais total e integrada ao ser humano. A classificação da *NANDA* proporciona uma linguagem comum na determinação das necessidades de cuidado, além de ser mundialmente aceita. Ademais, os diagnósticos de enfermagem possibilitam a descrição, para cada indivíduo, da forma pela qual sua saúde está comprometida, e quais os fatores que contribuíram para este comprometimento. Este fato contribui para uma assistência mais individual, voltada para as necessidades de cada indivíduo em particular.

Com este estudo, pretendo responder às seguintes questões:

- Quais são os principais problemas de saúde que a enfermagem tem a responsabilidade de atuar junto aos clientes cirúrgicos?
- Até que ponto o referencial teórico utilizado resgata a assistência de enfermagem centrada na compreensão da situação de saúde do cliente cirúrgico?

2 OBJETIVOS

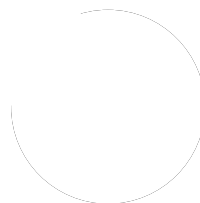
2.1 Final

Ampliar a compreensão acerca do cliente cirúrgico a partir da perspectiva da experiência de cuidar em enfermagem.

2.2 Instrumentais

2.2.1 Descrever a situação de saúde dos clientes cirúrgicos a partir do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas e a Classificação Diagnóstica da *NANDA*, segundo Benedet e Bub (2001).

2.2.2 Analisar a abordagem de cuidado realizada à luz da experiência hermenêutica de Gadamer.



3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO CLIENTE CIRÚRGICO

3.1.1 Evolução histórica da assistência ao cliente cirúrgico

Para compreendermos a abordagem atual da assistência de enfermagem e a situação de saúde do cliente cirúrgico, é importante resgatar a origem e o contexto sociocultural em que os procedimentos cirúrgicos vêm se desenvolvendo ao longo do tempo.

A origem da cirurgia é antiqüíssima. Desde a pré-história, já eram realizados ajustamentos de fraturas, amputações e trepanagens cranianas, passando pela idade média com a predominância das doenças infecciosas, em que as cirurgias eram realizadas sem anestésico, e os clientes morriam por hemorragias e infecções (ALVES, 1974).

Até o século XVIII, não se tinha a menor noção de higiene. As barbearias eram, também, as salas cirúrgicas. Ao mesmo tempo em que se extraía um

dente, cortava-se cabelo, amputava-se uma perna e catavam-se piolhos (ALVES, 1974, p. 45). Os cirurgiões eram homens práticos e seus instrumentos pareciam instrumentos de açougueiro.

A partir do século XIX, com a melhoria das condições de vida e higiene, o alto índice de mortalidade cirúrgica foi diminuindo. Uma das grandes responsáveis pela diminuição deste índice, foi Florence Nightingale. Sua preocupação com as condições de higiene dos hospitais na época, resultou em ações que revolucionaram as noções de assepsia existentes. Suas medidas de limpeza, de alimentação e vigilância adequadas aos soldados feridos na Guerra da Criméia, reduziram a mortalidade de 42% para 2% (DONAHUE, 1996).

Neste período, as cirurgias tornaram-se procedimentos mais seguros e benéficos. Descobriu-se a pinça hemostática para laquear os vasos, diminuindo os riscos para hemorragias. As descobertas de Pasteur na microbiologia e de Lister na utilização de substâncias químicas para a destruição de germes, possibilitaram a realização de assepsia cirúrgica.

O uso de anestésicos, durante uma cirurgia, aconteceu somente a partir de 1842 nos Estados Unidos. Crawford Long, um médico da região rural da Geórgia, usou o éter para remover pequenos tumores cutâneos de um cliente. Em 1847, um outro médico americano introduziu o uso do clorofórmio, nascendo uma nova era para a cirurgia. Antes disso, geralmente os médicos utilizavam álcool, raiz de mandrágora, ópio e, até mesmo, sangria ou a redução do fluxo sanguíneo cerebral para reduzir a sensibilidade (SABISTON, 1999, p. 4).

No início do século XX, começou a preocupação com a preparação pré-operatória do cliente. Introduziram-se medidas como banho de sol, hiperalimentação, banhos e repouso, para preparar o corpo para o ato cirúrgico.

A assistência de enfermagem também foi se tornando mais científica. Principalmente entre 1940 e 1959, a assistência de enfermagem aos clientes cirúrgicos tornou-se mais complexa. A orientação ao cliente foi incorporada aos cuidados pré-operatórios, com ênfase nas necessidades individuais e preparo psicológico.

Nos últimos anos, a pesquisa na área da enfermagem cirúrgica foi incrementada, visando à melhora da qualidade da assistência tanto no preparo pré-operatório, quanto na recuperação do cliente.

Nettina (1998, p. 125) diz que a cirurgia é uma fonte de ansiedade tanto para o cliente quanto para sua família. No entanto, percebo no meu cotidiano de trabalho, que a maioria das enfermeiras e enfermeiros nega os familiares na hospitalização. Mesmo com os avanços das pesquisas na área da família, que vêm acontecendo desde os anos 90, as intervenções de enfermagem no período perioperatório ainda são pouco definidas, no que se refere ao atendimento à família.

Este assunto é incoerente com o discurso de um cuidado mais humanizado, pois ao humanizar a assistência, torna-se necessário considerar os aspectos envolvidos no cotidiano do cliente, tais como sua família e sua cultura.

Vale a pena ressaltar que a evolução tecnológica tem diminuído a mortalidade e aumentado a qualidade de vida das pessoas. Porém torna-se necessário aliar este avanço tecnológico a uma assistência mais humanizada, pois somos seres humanos cuidando de outros seres humanos.

Uma das conseqüências deste avanço, é que o cliente cirúrgico fica exposto a ambientes estranhos e desconcertantes, equipamentos complexos, pessoas diferentes de seu círculo familiar, além de diversos procedimentos estressantes e por vezes embaraçosos. Estes fatores são os responsáveis por grande parte dos problemas de saúde enfrentados por estas pessoas, durante o período perioperatório.

3.1.2 A problemática do cliente cirúrgico

Beyers e Dudas (1989) salientam que frente à hospitalização e ao estresse da cirurgia, o indivíduo tem que se ajustar, e que isto faz com que se sinta vulnerável, inseguro e assustado, podendo até causar uma perda temporária de identidade.

O ter que se submeter a uma cirurgia, constitui-se num momento bastante conflituoso na vida de uma pessoa. Numerosos e antagônicos são os sentimentos vivenciados. O medo, a insegurança e a ansiedade são experimentados por todos, variando na intensidade, duração e momento, e características individuais.

Hense (1987) estudou a experiência do cliente cirúrgico, identificando os problemas a que são submetidos, organizando-os em nove categorias: 1.tendo perturbações físicas; 2.buscando solução; 3.esperando; 4.perdendo controle; 5.sofrendo emocionalmente; 6.buscando explicação; 7.confiança; 8.tendo ajuda; 9.ter que... .

Durante a internação, a categoria “tendo perturbações físicas” é manifestada por insônia, dor de cabeça e palpitações, que aumentam com a proximidade da cirurgia. No período pós-operatório aparece a dor na incisão, incômodo pela presença de drenos, sondas. Estas manifestações são percebidas pelos clientes como mais ou menos importantes, de acordo com a ameaça à integridade corporal, alteração na rotina de vida e o desconforto causado. Pela enfermagem estas manifestações são interpretadas como sintomatologia clínica, e são considerados aspectos muito importantes para a assistência, porém não se trabalha a forma como o indivíduo as entende e classifica.

Sousa (1997, p. 158), em uma pesquisa com clientes cirúrgicos, identificou 11 diagnósticos de enfermagem relacionados ao período pré-operatório, são eles: ansiedade (100%); risco para infecção (90%); medo (60%); excesso de volume líquido (55%); constipação (30%); distúrbio no padrão de sono (15%);

manutenção do estado de saúde alterado (15%); risco para mobilidade física prejudicada (10%); recusa (5%); estratégia defensiva de resolução (5%); risco para padrão respiratório ineficaz (5%).

Um outro ponto importante, levantado no estudo de Hense (1987), é relacionado à categoria “perdendo controle”. Esta categoria tem a ver com aspectos do não conseguir cuidar de si, relacionado com a limitação da capacidade física que o indivíduo experimenta, e a falta de conhecimento, que prejudica a tomada de decisão relacionada aos procedimentos cirúrgicos. Estes aspectos são expressos como sensações de limite e de perda. A sensação de limite está relacionada com a dependência da ajuda dos outros. E a sensação de perda, relaciona-se ao afastamento do convívio com os amigos, familiares, de seus pertences, de sua vida e sua individualidade.

Esta mesma autora diz ainda, que o medo é o sentimento mais forte vivenciado pelo cliente cirúrgico. Este sentimento está associado ao ambiente hospitalar impessoal, à possibilidade de acidentes durante o tratamento, à incerteza quanto à competência dos profissionais, ao receio da alta antes do tempo, à solidão, medo da dor, da falta de dinheiro para pagar o tratamento, de dar trabalho às pessoas, à dependência física. Outros sentimentos incluem a preocupação, a ansiedade e a agonia. Andrade (1989, p. 140) afirma que grande parte da ansiedade enfrentada pelos clientes cirúrgicos está associada ao risco para o desenvolvimento de infecções cirúrgicas.

De acordo com minha experiência profissional, percebo que a ansiedade é causada principalmente pelas dúvidas e incertezas que acompanham o indivíduo ao ser submetido a uma cirurgia, somado ao enfrentamento de uma situação nova, fora de seu controle. Um estudo realizado por Peniche (1998, p.81) mostrou que os clientes, ao enfrentarem o ato anestésico cirúrgico, têm seu estado de ansiedade alterado, enquanto que no período pós-operatório imediato não apresentam alterações decorrentes deste estado.

Por outro lado, considero que o medo e a ansiedade que acompanham os clientes podem ser amenizados através do fornecimento de informações, mediante ações educativas da enfermeira e do enfermeiro. Em seu estudo sobre

as representações sociais do medo dos clientes cirúrgicos, Penna (1999) identificou que a informação, a confiança no sistema de saúde e a religiosidade aparecem como âncoras principais para a ausência do medo. Concluiu ainda, que a presença do medo da cirurgia não está relacionada com a diversidade étnica, mas sim com a presença ou ausência de informações.

Santos (1998, p.104) descreve o ato cirúrgico como um momento difícil para os indivíduos, e o ambiente hospitalar, embora seja um local de cura, apoio e cuidado, é interpretado como um lugar em que ocorre o distanciamento dos entes queridos, lugar de morte e desconfortável.

Esta autora ressalta a necessidade de serem dadas algumas orientações aos clientes no pré-operatório, a fim de minimizar esta situação. Contudo, recomenda que estas orientações possam ser fornecidas em um momento não padronizado, em que as individualidades sejam respeitadas, havendo uma postura de receptividade pela enfermeira. Enfatiza, ainda, a importância de se deixar um espaço para o cliente expressar os seus medos e ansiedades. Esta recomendação é dada também por Nakatani (1990, p. 101), que salienta que não existe o melhor momento para a ação educativa, deve sim ser respeitado o momento determinado pelas necessidades individuais do cliente.

Este momento educativo, entre enfermeira ou enfermeiro e o cliente cirúrgico, deve basear-se nos pressupostos da prática dialógica, pois se revela como uma possibilidade concreta de transformação da realidade, posto que mais autêntica (TEIXEIRA, 1999, p. 113).

Muitos estudos na área da enfermagem cirúrgica, têm enfatizado a orientação ao cliente cirúrgico. Dentre estes, destaco o trabalho de Ruella (1996, p.112), que sugere que as orientações sejam dadas antes da hospitalização, ou seja, no ambulatório, tendo em vista atender às necessidades e expectativas dos clientes cirúrgicos e melhorar a qualidade da assistência no perioperatório.

O fornecimento de informações ao cliente no período pré-operatório, favorece não somente o alívio do medo e da ansiedade, como também contribui para uma recuperação mais eficiente. Álvares (1975) em seu estudo, concluiu que os clientes operados de cirurgias abdominais e orientados no pré-operatório

apresentaram uma incidência significativamente menor de complicações pulmonares pós-operatórias (10,3%), contra a incidência de 27,6% apresentada pelo grupo que não recebeu orientação.

Considero que a orientação como uma função da enfermeira deve ocupar uma posição prioritária, pois ao mesmo tempo em que permite um relacionamento mais profundo com o cliente, esclarece-o sobre seus problemas de saúde e capacita-o para alcançá-la, utilizando seus próprios meios.

Um dos estudos pioneiros que aponta para a necessidade de orientação pré-operatória, é o de Panza (1977). Esta autora sustenta que a visita da enfermeira ou enfermeiro do centro cirúrgico aos clientes, no pré-operatório, diminui significativamente o estresse neste período, no dia da cirurgia e no pós-operatório, fornecendo-lhe elementos para o planejamento e execução da assistência de enfermagem no pré e trans-operatório.

Outro aspecto pertinente ao universo do cliente cirúrgico é a idéia da obrigatoriedade da cirurgia. O indivíduo tem que aceitar, conformar-se e agüentar as experiências envolvidas no processo cirúrgico. Tem que aceitar a necessidade de operar-se, tem que se conformar em vir para o hospital e fazer todo o preparo pré-operatório, tem que agüentar a dor e os demais desconfortos (HENSE, 1987).

Um outro estudo que trata da experiência cirúrgica é o de McConnel (1987), que além dos problemas já relatados como dor e desconforto relacionados à incisão e presença de drenos e sondas, enfatiza a alteração da imagem corporal, relacionadas às mudanças estruturais e funcionais do corpo biológico experimentadas pela pessoa, conseqüentes ao procedimento cirúrgico. As formas de enfrentamento desta alteração dependem de fatores individuais como idade, expectativas, valores e condição socioeconômica. Este problema se manifesta através da ansiedade e tensão emocional, percebido durante a internação, devendo ser valorizados e incluídos na nossa assistência. Pois segundo Lenardt (1996), a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico tende a enfatizar os cuidados de reparação, deixando para segundo plano os cuidados de manutenção, ou seja, os cuidados que dão continuidade à vida e são a razão de

ser da existência humana, como por exemplo, o alívio da ansiedade e da tensão emocional, imprescindível para a manutenção do equilíbrio vital.

Esta predominância de cuidados prestados à dimensão biológica do cliente cirúrgico, em detrimento do atendimento das necessidades da dimensão psicológica, é mencionada por Rocha (1990, p.94), que aponta para uma certa omissão na atuação do enfermeiro relativa à preparação do cliente e à participação de ambos no processo terapêutico.

A percepção das necessidades de apoio emocional, e as formas de oferecimento deste apoio estão relacionadas com o significado que as enfermeiras e os enfermeiros atribuem a essa medida terapêutica (SILVA, 1989, p. 125). Esta situação torna o cuidado multidimensional uma questão pessoal, que depende do ponto de vista de cada enfermeira ou enfermeiro em particular, resultando na fragilidade deste tipo de abordagem na enfermagem, e que acaba por não ser considerada constituinte do rol de atribuições deste profissional.

Um outro estudo que analisa este aspecto da assistência ao cliente cirúrgico, é o de Teixeira (1991, p.99), o qual observou e analisou a relação terapêutica entre cliente cirúrgico e equipe de enfermagem, concluindo que as enfermeiras e os enfermeiros, técnicos, auxiliares e estudantes valorizam mais o aspecto instrumental em detrimento ao psicossocioespiritual do cliente.

Por outro lado, Salvarani (1991, p.94) mostra que as enfermeiras interagem com afetividade com os clientes quando estes estão com medo ou tensos, quando sentem dor, ou necessitam de orientação ou ajuda, sentem-se deprimidos, sozinhos ou carentes de afeto.

Diante do que foi exposto, percebo que a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico necessita de mais reflexão acerca dos seus propósitos, conceitos de saúde e de ser humano, a fim de que se torne mais eficiente, atendendo às necessidades reais e individuais deste cliente.

É importante abordar aqui um aspecto pouco explorado da assistência de enfermagem, e até visto com preconceito pela maior parte dos profissionais de enfermagem, que é a assistência à dimensão espiritual dos clientes cirúrgicos.

Araújo (1976) relata que o temor da cirurgia apresentado pelos clientes é diminuído com o exercício de práticas religiosas. Detecta que grande número de indivíduos não consegue realizar suas práticas religiosas no hospital, apresentando como razão principal, a falta de orientação, que advém da desconsideração deste tipo de assistência na realização do processo de enfermagem.

Diante desta variedade de problemas enfrentados pelo cliente cirúrgico, afirma-se a necessidade e importância de estudos que esclareçam as formas de manifestação e os fatores a elas relacionados, para que possamos planejar e realizar uma assistência de enfermagem mais individualizada, e que realmente atenda às necessidades destes clientes.

Estudos desta natureza possibilitam a compreensão da experiência vivenciada pelo cliente cirúrgico, pois segundo Souza (1999, p.96), oferecem contribuição para a assistência, o ensino e a pesquisa e, sobretudo, permitem à enfermagem refletir sobre sua prática na assistência a esses clientes.

3.2 O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

3.2.1 Aspectos históricos

Podemos afirmar que a idéia da atividade diagnóstica na enfermagem teve seus primeiros passos praticamente junto com a enfermagem moderna, quando Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia, auxiliada por um grupo de 34 mulheres, reconheceu e tratou dos problemas de saúde dos feridos de forma tão eficaz que reduziu a mortalidade de 42% para somente 2% (DONAHUE, 1996).

Entretanto, o conceito de diagnóstico de enfermagem e a utilização de classificações diagnósticas tendem a ser vistos como novos, pois seu desenvolvimento vem se dando de uma forma mais ampla nos últimos 40 anos.

O termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez em 1953, quando Vera Fry publicou um estudo em que foram identificadas cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da enfermagem. Em 1960, Faye Abdellah introduziu um sistema de classificação para identificação de 21 problemas clínicos do cliente (FARIAS et. al., 1990).

Na década de 70, um grupo de enfermeiras norte-americanas reconheceu a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados por enfermeiras e enfermeiros. Deu-se assim o surgimento, em 1973, da I Conferência Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, na St. Louis University School of Nursing, com a publicação da primeira lista de diagnósticos. Desde então, a North American Nursing Diagnosis Association (*NANDA*), promove encontros com o objetivo de estudar, desenvolver e elaborar novos diagnósticos, bem como aprimorar os já existentes (IYER et. al., 1993).

No Brasil, o interesse pela Classificação Diagnóstica da *NANDA* vem crescendo desde o trabalho pioneiro do grupo da Paraíba em 1990, que publicou pela primeira vez a classificação em português no livro “Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática”. A partir de 1991, o Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem (GIDE), através da realização dos simpósios sobre este tema, tem também contribuído para despertar o interesse pela classificação diagnóstica.

3.2.2 Definição

Baseada nas definições de diagnóstico de enfermagem de Shoemaker, Roy e Gordon, a *NANDA* aprovou em 1990, em sua IX Conferência, a seguinte definição:

diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (FARIAS et. al., 1990, p.25).

Porém, já na V Conferência, com o objetivo de desenvolver os diagnósticos de enfermagem, um grupo de teóricas presididas por Sister Callista Roy, formulou os Nove Padrões de Unidade do Homem (RODRIGO, 1993), que na VII Conferência realizada em 1986, quando foi aprovada a Taxonomia I da *NANDA*, foi substituído pelo termo Padrões de Respostas Humanas.

Estes padrões, em número de nove, passaram a constituir a estrutura conceitual para a organização dos diagnósticos de enfermagem, sendo eles: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir (FARIAS et. al., 1990, p. 40). Cada um destes padrões foi definido a fim de torná-los mais compreensíveis, favorecendo sua aplicação na prática profissional.

A seguir, apresento as definições de cada padrão:

Padrão 1 Trocar: dar, liberar ou perder alguma coisa recebendo uma outra em retorno; a substituição de um elemento por outro; ato recíproco de dar e receber.

Padrão 2 Comunicar: conversar, passar, dar ou transmitir, interna ou externamente e de forma verbal ou não verbal, pensamentos, sentimentos ou informações.

Padrão 3 Relacionar: conectar, estabelecer uma relação, colocar-se em associação com outra coisa, pessoa ou lugar, encontrar-se ou ser lançado entre situações.

Padrão 4 Valorizar: tomar em consideração, cuidar, o valor ou valorização, a condição ou estado em relação a uma coisa, ou a estimativa em que ela é considerada de acordo com o seu real ou suposto valor, utilidade ou importância; opinião do indivíduo sobre uma ligação a uma pessoa ou coisa; igualar em importância.

Padrão 5 Escolher: selecionar alternativas; ação de selecionar ou exercitar preferência a um assunto em que a pessoa é livre agente; determinar a escolha, em favor de uma direção; decidir em concordância com inclinações.

Padrão 6 Mover: mudar o lugar ou posição de um corpo ou qualquer membro do corpo; colocar e/ou conservar em movimento; que provoca a saída ou emissão; a urgência de agir ou fazer alguma coisa; partir para a ação.

Padrão 7 Perceber: apreender com a mente, tornar-se consciente de, através dos sentidos; captar o que não está visível ou presente para ser observado; perceber completa e adequadamente.

Padrão 8 Conhecer: reconhecer ou confessar uma coisa ou uma pessoa, estar familiarizado com, através de experiência, informação ou relatório; ser reconhecedor de alguma coisa através de informação, investigação ou observação; estar familiarizado com um corpo de fatos, princípios ou métodos de ação; entender.

Padrão 9 Sentir: experienciar uma consciência, sensação, percepção ou significado; estar consciente ou emocionalmente afetado por um fato, evento ou estado.

Quando falamos em taxonomia, logo pensamos em classificação. Assim o objetivo da taxonomia é propor um vocabulário para a classificação de fenômenos de uma disciplina (RODRIGO, 1993). Além disso, uma classificação, genericamente falando facilita o estabelecimento de políticas, coleta e troca de informações.

Deste modo, a taxonomia diagnóstica da *NANDA* propõe uma classificação dos fenômenos humanos pelos quais a enfermagem tem a responsabilidade de atuar. Por isso contribui também para o aumento da autonomia da enfermeira e do enfermeiro, pois serve de referência para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, provê o foco da ciência clínica e favorece a exposição de parte de nosso fazer.

Os diagnósticos de enfermagem, propostos pela taxonomia da *NANDA*, têm quatro componentes: rótulo ou denominação, definição, características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco. Deste modo, descrevem de que forma a saúde do cliente está comprometida, e quais os fatores que contribuíram para este comprometimento, o que facilita o planejamento das ações de enfermagem e realização de cuidado individualizado.

3.2.3 O diagnóstico e a prática de enfermagem

O sistema de classificação da *NANDA* se constitui em um dos diversos sistemas de classificação da prática de enfermagem existentes, sendo que todos estão relacionados com algumas fases do processo de enfermagem.

Nóbrega e Gutiérrez (2000, p. 20) citam a Classificação da *NANDA*, e a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, relacionadas à fase de diagnóstico; e a Nursing Intervention Classification (NIC), relacionada à fase de intervenção de enfermagem, entre outros.

O desenvolvimento e utilização de sistemas de classificação das práticas de enfermagem têm mobilizado enfermeiras e enfermeiros de todo o mundo, devido à necessidade de uniformizar a linguagem e legitimar os elementos desta prática. Em 1989, durante o Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de

Enfermagem (CIE), em Seul, foi oficializado o Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).

No Brasil, o desenvolvimento dos sistemas de classificação vem sendo realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) desde 1996, sendo lançado oficialmente na X Conferência Nacional de Saúde com a denominação de projeto CIPESC. Este tem como objetivo a identificação das práticas de enfermagem na saúde coletiva, visando à compreensão de como o processo de produção de enfermagem acontece, com seus determinantes e possibilidades de transformação, voltados para os princípios da Saúde Coletiva, da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANTUNES, 2000, p. 16).

Wilkinson (1991) refere que existem muitas críticas em relação ao uso da taxonomia da *NANDA* em seu todo, e mais especificamente a alguns diagnósticos por considerar que têm enunciados muito longos, muito abstratos e semelhantes ao diagnóstico médico. No entanto, sua utilização na prática é que vai ajudar no seu aperfeiçoamento e desenvolvimento, pois os diagnósticos de enfermagem são passíveis de modificação e/ou adaptação.

Este mesmo autor comenta que o uso do diagnóstico ainda é recente, necessitando ser testado na prática. Afirma que as enfermeiras e enfermeiros que o utilizam em sua prática e estudam a taxonomia da *NANDA*, são unânimes ao afirmar que seu uso define suas funções e responsabilidades.

No Brasil, a classificação diagnóstica da *NANDA* é utilizada desde 1987, mas sua eclosão deu-se a partir de 1990, sendo aplicado nas mais diversas áreas de atuação. No entanto, em estudo que investigou os trabalhos publicados em periódicos da área da enfermagem, sobre a construção, validação ou aprimoramento das categorias diagnósticas da *NANDA*, bem como o seu emprego na prática assistencial, educacional e pesquisa, Garcia (1997, p. 70) observou que a participação da enfermagem brasileira ainda é pequena. Ressalta que dentre os trabalhos realizados, poucos são elaborados por enfermeiras e enfermeiros assistenciais, denotando a falta de estímulo para a realização de pesquisas nos serviços de saúde.

Entretanto esta mesma autora observa tendências favoráveis para mudar este quadro, tais como o aumento da participação de enfermeiras e enfermeiros assistenciais em programas de pós-graduação e produção de estudos em eventos científicos.

Considero importante apontar alguns estudos realizados por enfermeiras brasileiras que abordam como tema a taxonomia diagnóstica da *NANDA*.

O trabalho de Nóbrega, Coler e Perez (1995, p.104) aborda a utilização do diagnóstico de enfermagem na assistência e apresenta, entre outros aspectos, as vantagens e desvantagens apontadas pelas enfermeiras e enfermeiros na utilização do diagnóstico de enfermagem.

Como vantagens consideram a individualização da assistência, o estímulo para a busca de aperfeiçoamento profissional, uniformização da linguagem, aproximação das enfermeiras/enfermeiros e cliente, além do reconhecimento profissional pelos demais profissionais da equipe de saúde.

Apontam ainda como desvantagens, o número reduzido de enfermeiras e enfermeiros, demanda de tempo e preparo técnico-científico insuficiente para utilizar os diagnósticos de enfermagem. As autoras consideram estas desvantagens como dificuldades da prática, cujo motivo reside principalmente na falta de estrutura técnico-administrativa enfrentada por grande parte dos serviços de saúde na realidade brasileira.

Maria (1997, p. 77), em relato sobre o uso do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado, reconhece que sua implementação requer apoio administrativo e investimento em educação, porém a falta destes estímulos dificulta, mas não impede totalmente a sua utilização. Enfatiza a importância do processo educativo a fim de possibilitar a melhora no nível de conhecimento técnico-científico das enfermeiras e enfermeiros, para que o diagnóstico de enfermagem possa ser utilizado adequadamente, principalmente nas dificuldades encontradas em sua experiência, como o exame físico e o raciocínio diagnóstico.

As enfermeiras e enfermeiros que utilizam a taxonomia diagnóstica da *NANDA* na sua prática assistencial, são unânimes em afirmar que este aspecto

facilita o planejamento da assistência mais individualizada e voltada às reais necessidades dos indivíduos assistidos. Como os trabalhos de Cruz (1990, p.345), Andrade (1993, p.100), Cunha (1994, p.144), Faro (1995, p. 200), Silva (1996, p.122), Pereira (1997, p.115), Vasconcelos (1998, p.148) e França (1999 p.148).

Diversos estudos sobre diagnóstico de enfermagem são realizados na área assistencial com o objetivo de validar um determinado diagnóstico.

A validação dos diagnósticos torna-se importante, tendo em vista que os diagnósticos surgiram dos processos dedutivo e indutivo, sem muito apoio da literatura, precisando ser testados na prática (COLER, 1997, p. 94). Dentre estes estudos, destaco os trabalhos de Silva (1994, p.78), Pontes (1996, p.70) e Bersusa (1999, p.191).

Carvalho (1995, p. 91) relata a experiência do uso de diagnóstico de enfermagem no ensino, salientando que esta prática favorece o desenvolvimento do raciocínio crítico do aluno, através de experiências de formulação de hipóteses, da busca de proposições de soluções e dos riscos recorrentes.

Outra experiência com diagnóstico de enfermagem no ensino, é relatada por Pimenta et. al. (1993, p. 69) que propõem o diagnóstico de enfermagem como estrutura referencial para a coleta de dados do cliente. Estas autoras concluem que o diagnóstico de enfermagem preenche a lacuna entre a coleta de dados e o planejamento de cuidados no processo de enfermagem, pois clareia os fenômenos da enfermagem ajudando a organizar e delimitar a coleta de informações.

Outro aspecto importante a ressaltar, na utilização do diagnóstico de enfermagem no ensino, é a discussão que está sendo realizada em escolas de enfermagem brasileiras, quanto à sua abordagem nos currículos mínimos. Os estudos de Cruz (1997b, p. 100), Araújo (1997, p. 106) e Araújo e Guedes (1997, p. 110) afirmam ser imprescindível a discussão da introdução do ensino do diagnóstico de enfermagem nos currículos das escolas de graduação, pois um currículo deve ser acrescido de novos conhecimentos, sendo dinâmico e atualizado de acordo com o contexto em que a escola está inserida.

A realização de estudos que abordem a taxonomia diagnóstica da *NANDA* torna-se imprescindível para o desenvolvimento de conhecimentos acerca do tema. Diante desta necessidade e dos aspectos abordados acima, a utilização e desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem, neste estudo, são de fundamental importância para a constituição do conhecimento, e, conseqüentemente, para instrumentalizar e qualificar a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA *NANDA*

O referencial teórico proposto por Benedet e Bub (2001), está baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e na classificação diagnóstica da *NANDA*.

As autoras se basearam na teoria das Necessidades Humanas Básicas, por ser o modelo teórico mais conhecido e utilizado na enfermagem brasileira. Wanda Horta a desenvolveu durante as décadas de 1960 e 1970, a partir da teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow.

Até os dias de hoje, Wanda Horta é reconhecida por sua incontestável contribuição para a construção da ciência da enfermagem. Sua capacidade teórica e espírito visionário impulsionaram os avanços científicos da enfermagem brasileira.

4.1.1 Quem foi Wanda Horta

Wanda de Aguiar Horta foi a primeira enfermeira brasileira a falar sobre teoria de enfermagem. Suas publicações mostram uma natureza indagadora e preocupação com uma enfermagem mais científica (SOUZA, 1984, p.238).

Durante vinte anos, foi professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), introduzindo, em 1963, o plano de cuidados de enfermagem, na disciplina Fundamentos de Enfermagem. Nesta mesma época, criou a revista “Enfermagem em Novas Dimensões”, constituindo-se em um importante veículo para a divulgação das publicações científicas da enfermagem brasileira.

Iniciou seu trabalho pelo estudo do processo de enfermagem, desenvolvendo, em 1968, um método de observação sistematizada dos aspectos físicos do cuidado.

Em 1970, publicou, na Revista Brasileira de Enfermagem, o artigo “Contribuição para uma teoria sobre enfermagem”. Neste artigo, Wanda Horta expôs suas observações de fatos, relacionando-os a conceituações de enfermagem, do qual derivavam conceitos, proposições e princípios do assistir em enfermagem, marcando assim, o início de sua teoria.

Continuou aperfeiçoando o processo de enfermagem, e, em 1979, publicou o livro “Processo de Enfermagem”, contendo a teoria das Necessidades Humanas Básicas e sua sistematização, sendo esta sua última publicação.

Devido ao seu estado de saúde, Wanda Horta teve de diminuir seu ritmo de trabalho, o que a impediu de continuar aperfeiçoando sua obra. Sua morte, ocorrida em 1982, deixou uma grande lacuna. No entanto, havia lançado sementes, que até hoje continuam dando frutos, sendo sua obra considerada um marco na enfermagem brasileira.

Os conceitos, pressupostos, princípios e principalmente a sistematização da sua teoria, contêm elementos importantes para se resgatar uma assistência de enfermagem mais individualizada e integral ao ser humano.

No entanto, devido ao pouco tempo em que esta teórica teve para desenvolver sua teoria, seus conceitos não ficaram muito claros, precisando ser melhor trabalhados, articulados com o novo paradigma de saúde e ser humano, tornando este referencial melhor compreendido e assim incorporado pelas enfermeiras e enfermeiros.

Com a intenção de aperfeiçoar esta teoria e adequá-la aos avanços da ciência da enfermagem, é que Benedet e Bub propõem o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas e a classificação diagnóstica da *NANDA*.

4.1.2 As Necessidades humanas básicas e a classificação diagnóstica da *NANDA*

As primeiras sementes deste referencial teórico foram lançadas durante o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Terapia Intensiva, realizado em 1993 na Universidade Federal de Santa Catarina.

Diante da ausência de uma metodologia assistencial para viabilizar o estágio do curso, foi elaborada uma proposta para sistematização da assistência. Foi chamada de “Sistematização da Assistência em Enfermagem em Terapia Intensiva e a Classificação Diagnóstica da *NANDA*”, apresentada no 1º Simpósio Internacional sobre Diagnóstico de Enfermagem em São Paulo, em 1995.

Era constituída basicamente de um instrumento elaborado a partir de uma sobreposição baseada na adaptação da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e dos diagnósticos propostos pela classificação diagnóstica da *NANDA*.

Com a apresentação no simpósio, percebeu-se que o instrumento poderia ser ampliado, a fim de se constituir em um referencial teórico para a prática da enfermagem nas diversas áreas de atuação. Isto porque se identificava a falta de uma operacionalização tanto da teoria das Necessidades Humanas Básicas como dos diagnósticos de enfermagem. Embora esta teoria viesse sendo utilizada há alguns anos, as enfermeiras e enfermeiros relatavam muitas dificuldades para compreender a totalidade da situação de saúde dos clientes e estabelecer um diagnóstico de enfermagem que conduzisse a um processo de cuidar com intervenções e avaliações que atingissem os objetivos terapêuticos. Além do mais, já se vinha tentando utilizar categorias diagnósticas, sem sucesso.

Diante desta situação, a realização do diagnóstico de enfermagem, utilizando categorias diagnósticas bem estabelecidas (como aquelas propostas pela *NANDA*), associada a um modelo teórico familiar à nossa realidade (como é o caso da teoria de Horta) poderia diminuir as dificuldades das enfermeiras e enfermeiros.

Assim, para cada necessidade humana básica foram alocados os diagnósticos de enfermagem correspondentes, acrescidos de suas definições, características definidoras e fatores relacionados. Na grande maioria dos diagnósticos apresentados modificaram-se as definições, características e fatores relacionados ou de risco.

Estas modificações tiveram como fundamento a experiência das autoras utilizando diagnósticos e o conhecimento produzido pela enfermagem com outras disciplinas, como a fisiologia, medicina, psicologia e outras. É importante também salientar que muitas das mudanças realizadas tiveram como objetivo melhorar a clareza, principalmente das definições dos diagnósticos (BENEDET; BUB, 2001).

Em relação às necessidades humanas básicas, buscaram-se definições para as necessidades apresentadas, pois uma das dificuldades das enfermeiras e enfermeiros, ao trabalhar com esta teoria, é que Horta não definiu cada uma das necessidades. Esta falta dificultava a operacionalização do processo de enfermagem de acordo com este modelo teórico. Para que um processo de enfermagem seja utilizado na prática de forma eficiente, ele precisa estar orientado por uma teoria, e para que isto ocorra, esta teoria precisa estar bem compreendida, para então ser “experienciada”, “vivenciada”, ou seja, realmente assimilada por quem a utiliza.

Assim, nas definições de algumas necessidades, as autoras se basearam no conhecimento das ciências biológicas, uma vez que estes já estavam basicamente assimilados e aceitos por toda a comunidade científica.

Porém, para definir as necessidades psicobiológicas e psicoespirituais, buscou-se suporte no trabalho realizado por Paula (1993), em conjunto com docentes de enfermagem em psiquiatria das Escolas de Enfermagem de Santa Catarina. Eles construíram as definições das necessidades psicossociais e psicoespirituais. Estas definições ajudaram a entender melhor a teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Os títulos diagnósticos, na sua grande maioria, foram propostos pela *NANDA*. No entanto, não foi utilizada a classificação da *NANDA*. Foram classificados conforme os grupos de necessidades humanas básicas adaptadas da teoria de Horta. A maioria das definições, características definidoras, fatores relacionados e de risco, foram alterados.

Foram incluídos alguns diagnósticos como, por exemplo: Risco para débito cardíaco diminuído (BENEDET; BUB, 2001) e Síndrome do déficit do autocuidado (CARPENITO, 1997).

Todas as definições das necessidades foram revisadas de acordo com o preconizado por Liss (1996), sendo incluídos os objetivos de cada uma das necessidades propostas.

A seguir, apresentarei a lista das Necessidades Humanas Básicas e os diagnósticos de enfermagem da *NANDA*, segundo Benedet e Bub (2001):

1 NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

1.1 Regulação neurológica

Diagnósticos de enfermagem

- 1.1.1 Alteração no processo de pensamento
- 1.1.2 Memória prejudicada
- 1.1.3 Confusão aguda
- 1.1.4 Confusão crônica
- 1.1.5 Negligência unilateral
- 1.1.6 Capacidade adaptativa intracraniana reduzida
- 1.1.7 Disreflexia
- 1.1.8 Risco para disreflexia
- 1.1.9 Síndrome da interpretação ambiental prejudicada

1.2 Percepção dos órgãos dos sentidos

Diagnósticos de enfermagem

- 1.2.1 Alterações sensoriais perceptivas: visual, auditiva, cinestésica, olfativa, gustativa, tátil
- 1.2.2 Dor
- 1.2.3 Dor crônica
- 1.2.4 Náusea

1.3 Oxigenação

Diagnósticos de enfermagem

- 1.3.1 Padrão respiratório ineficaz
- 1.3.2 Troca de gases prejudicada
- 1.3.3 Incapacidade para manter respiração espontânea
- 1.3.4 Desobstrução ineficaz das vias aéreas
- 1.3.5 Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

1.4 Regulação vascular

Diagnósticos de enfermagem

- 1.4.1 Débito cardíaco diminuído

- 1.4.2 Risco para diminuição do débito cardíaco

- 1.4.3 Alteração na perfusão tissular: cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, periférica

- 1.4.4 Risco para disfunção neurovascular periférica

1.5 Regulação térmica

Diagnósticos de enfermagem

- 1.5.1 Risco para alteração da temperatura corporal
- 1.5.2 Hipotermia
- 1.5.3 Hipertermia
- 1.5.4 Termorregulação ineficaz

1.6 Hidratação

Diagnósticos de enfermagem

- 1.6.1 Excesso no volume de líquidos
- 1.6.2 Déficit no volume de líquidos
- 1.6.3 Risco para déficit no volume de líquidos
- 1.6.4 Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais

1.7 Alimentação

Diagnósticos de enfermagem

- 1.7.1 Deglutição prejudicada
- 1.7.2 Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita
- 1.7.3 Alteração na nutrição: risco para menos do que o corpo necessita
- 1.7.4 Alteração na nutrição: mais do que o corpo necessita
- 1.7.5 Alteração na nutrição: risco para mais do que o corpo necessita
- 1.7.6 Déficit no autocuidado: alimentação
- 1.7.7 Amamentação ineficaz

1.7.8 Descontinuidade do processo de amamentação

1.7.9 Padrão ineficaz de alimentação infantil

1.7.10 Amamentação eficaz

1.8 Eliminação

Diagnósticos de enfermagem

1.8.1 Alteração na eliminação urinária

1.8.2 Incontinência urinária por pressão

1.8.3 Incontinência urinária reflexa

1.8.4 Incontinência urinária impulsiva

1.8.5 Incontinência urinária funcional

1.8.6 Incontinência urinária total

1.8.7 Risco para incontinência urinária

1.8.8 Retenção urinária

1.8.9 Constipação

1.8.10 Constipação percebida

1.8.11 Incontinência intestinal

1.8.12 Diarréia

1.9 Integridade física

Diagnósticos de enfermagem

1.9.1 Integridade da pele prejudicada

1.9.2 Risco para prejuízo da integridade da pele

1.9.3 Integridade tissular prejudicada

1.9.4 Alteração na mucosa oral

1.10 Sono e repouso

Diagnósticos de enfermagem

1.10.1 Distúrbio no padrão de sono

1.10.2 Privação de sono

1.10.3 Fadiga

1.11 Atividade física

Diagnósticos de enfermagem

1.11.1 Mobilidade física prejudicada

1.11.2 Intolerância à atividade

1.11.3 Risco para intolerância à atividade

1.11.4 Andar prejudicado

1.11.5 Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

1.11.6 Capacidade de transferência prejudicada

1.11.7 Mobilidade no leito prejudicada

1.11.8 Recuperação cirúrgica retardada

1.12 Cuidado corporal

Diagnósticos de enfermagem

1.12.1 Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene

1.12.2 Déficit no autocuidado: toailete

1.12.3 Déficit no autocuidado: vestir-se, arrumar-se

1.12.4 Déficit no autocuidado: alimentação

1.12.5 Síndrome do déficit do autocuidado

1.13 Segurança física/meio ambiente

Diagnósticos de enfermagem

1.13.1 Proteção alterada

1.13.2 Risco para infecção

1.13.3 Risco para lesão

1.13.4 Resposta alérgica ao látex

1.13.5 Risco para resposta alérgica ao látex

1.13.6 Risco para trauma

1.13.7 Manutenção do lar prejudicada

- 1.13.8 Risco para aspiração
- 1.13.9 Risco para sufocação
- 1.13.10 Risco para lesão perioperatória de posicionamento
- 1.13.11 Risco para envenenamento
- 1.13.12 Risco para automutilação
- 1.13.13 Risco para violência: direcionada a si mesmo
- 1.13.14 Risco para violência direcionada aos outros
- 1.13.15 Comportamento infantil desorganizado
- 1.13.16 Risco para comportamento infantil desorganizado
- 1.13.17 Comportamento infantil: potencial para melhoria da organização
- 1.13.18 Síndrome do estresse por mudança

1.14 Sexualidade

Diagnósticos de enfermagem

- 1.14.1 Alteração nos padrões de sexualidade
- 1.14.2 Disfunção sexual

1.15 Regulação: crescimento celular

Diagnósticos de enfermagem

- 1.15.1 Alteração do crescimento e do desenvolvimento
- 1.15.2 Risco para desenvolvimento alterado
- 1.15.3 Risco para crescimento alterado
- 1.15.4 Dentição alterada

1.16 Terapêutica

Diagnósticos de enfermagem

- 1.16.1 Controle eficaz do regime terapêutico: individual

- 1.16.2 Controle ineficaz do regime terapêutico: individual
- 1.16.3 Controle ineficaz do regime terapêutico: familiar
- 1.16.4 Controle ineficaz do regime terapêutico: comunitário

2NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

2.1 Comunicação

Diagnóstico de enfermagem

- 2.1.1 Comunicação prejudicada

2.2 Gregária

Diagnósticos de enfermagem

- 2.2.1 Interação social prejudicada
- 2.2.2 Isolamento social
- 2.2.3 Risco para solidão

2.3 Recreação e lazer

Diagnóstico de enfermagem

- 2.3.1 Déficit de atividades de recreação

2.4 Segurança emocional

Diagnósticos de enfermagem

- 2.4.1 Ansiedade
- 2.4.2 Medo
- 2.4.3 Medo relacionado à morte
- 2.4.4 Desesperança
- 2.4.5 Impotência
- 2.4.6 Negação ineficaz
- 2.4.7 Risco para síndrome pós-trauma
- 2.4.8 Síndrome pós-trauma
- 2.4.9 Síndrome do trauma do estupro

2.5 Amor, aceitação

Diagnósticos de enfermagem

- 2.5.1 Risco para maternidade ou paternidade alterada
- 2.5.2 Maternidade ou paternidade alterada

2.5.3 Risco para vínculo pais/filhos alterado

2.5.4 Conflito no desempenho de papel de pai ou mãe

2.5.5 Processos familiares alterados

2.5.6 Processos familiares alterados: droadicção

2.5.7 Sentimento de pesar antecipado

2.5.8 Sentimento de pesar disfuncional

2.5.9 Tristeza crônica

2.6 Auto-estima, autoconfiança, auto-respeito

Diagnósticos de enfermagem

2.6.1 Distúrbios na auto-estima

2.6.2 Baixa auto-estima situacional

2.6.3 Baixa auto-estima crônica

2.6.4 Distúrbio da imagem corporal

2.6.5 Distúrbio da identidade pessoal

2.7 Liberdade e participação

Diagnósticos de enfermagem

2.7.1 Conflito de decisão

2.7.2 Enfrentamento individual ineficaz

2.7.3 Enfrentamento familiar ineficaz: incapacitante

2.7.4 Enfrentamento familiar ineficaz: comprometido

2.7.5 Enfrentamento familiar: potencial para crescimento

2.7.6 Enfrentamento comunitário ineficaz

2.7.7 Potencial para enfrentamento comunitário aumentado

2.7.8 Enfrentamento defensivo

2.7.9 Tensão devida ao papel de cuidador

2.7.10 Risco para tensão devida ao papel de cuidador

2.8 Educação para a saúde/aprendizagem

Diagnósticos de enfermagem

2.8.1 Comportamento para melhorar o nível de saúde

2.8.2 Manutenção da saúde alterada

2.8.3 Ajustamento à saúde prejudicado

2.8.4 Déficit de conhecimento

2.9 Auto-realização

Diagnósticos de enfermagem

2.9.1 Alteração no desempenho de papel

2.9.2 Conflito de desempenho de papel dos pais

2.10 Espaço

2.11 Criatividade

3NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

3.1 Religiosidade/espiritualidade

Diagnósticos de enfermagem

3.1.1 Sofrimento espiritual

3.1.2 Risco para sofrimento espiritual

3.1.3 Potencial para melhora do bem-estar espiritual

3.1.4 Distúrbio no campo energético

4.2 A EXPERIÊNCIA HERMENÊUTICA

O termo hermenêutica é originário da palavra grega *hermeneutikós*, que significa interpretar, designando a metodologia própria à interpretação da Bíblia. Depois passou a designar todo o esforço de interpretação científica de um texto difícil que exige uma explicação (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996).

O filósofo alemão Wilhelm Dilthey, no século XIX, vinculou o termo hermenêutica à sua filosofia da compreensão vital, passando a se constituir numa reflexão filosófica interpretativa ou compreensiva sobre os símbolos e os mitos em geral.

A hermenêutica parte do pressuposto de que a compreensão é inerente ao ser e é essencial para o entendimento da existência humana. Está entre as chamadas Ciências do Espírito, ou seja, aquelas que estudam o ser humano em suas expressões de vida, experiências, gestos, atos históricos, leis, arte e literatura (MOREIRA; BARRETO, 2001, p. 150).

A idéia de utilizar a filosofia hermenêutica para ampliar a compreensão da situação de saúde do cliente cirúrgico, surgiu durante a avaliação final da disciplina de Fundamentos Filosóficos da Pesquisa. Tínhamos que escolher uma corrente filosófica que melhor se adequasse aos propósitos do tema da dissertação, argumentando, discutindo e tirando dúvidas com o professor.

Assim, tive um contato inicial e breve com a hermenêutica, e o que me chamou a atenção foi o aspecto da compreensão do ser humano nas suas experiências e expressões de vida, que vinham ao encontro do objetivo final de meu estudo.

Mais tarde, ao me preparar para a qualificação da dissertação, em contato com minha orientadora, falei da minha idéia de utilizar a hermenêutica na análise de meu estudo, mas tinha dúvidas de qual autor utilizar e quais aspectos trabalhar.

Foi aí que ela me falou de Gadamer e de sua experiência hermenêutica na compreensão da relação profissional de saúde e cliente. Imediatamente identifiquei-me com as idéias deste autor, decidindo por utilizá-lo na análise da relação enfermeira e cliente, durante o processo de cuidar do cliente cirúrgico.

4.2.1 Quem é Gadamer

Hans-Georg Gadamer é um filósofo alemão (nascido em fevereiro de 1900, em Marburg) e principal representante da hermenêutica em seu país. É professor emérito na Academia de Wissenschaften da Universidade de Heidelberg, onde comemorou um século de vida. Nesta universidade, ocupa o lugar de Karl Jaspers na cadeira de filosofia desde 1949.

Filho de um professor de química decidiu estudar filosofia em 1918, na Universidade de Breslau, contrariando os planos de seu pai, que pretendia que seguisse seus passos nas ciências naturais. Em 1919 retornou a Marburg, completando seu primeiro doutorado aos 22 anos, defendendo tese sobre Platão.

Foi aluno e assistente de Heidegger enquanto estudava filosofia e filologia, na segunda metade da década de 20 (1927-1929), iniciando aí sua análise da linguagem.

Ocupou a cátedra de Filosofia na Universidade de Leipzig, em 1938, sendo reitor da mesma universidade em 1945. Mas, sua vocação estava mesmo na vida acadêmica, e em 1947 transferiu-se para a Universidade de Frankfurt, deixando para trás sua rápida carreira administrativa.

Continuou sua atividade docente nesta universidade até a sua aposentadoria em 1968, quando começou a divulgar suas idéias sobre a hermenêutica pelo mundo, principalmente no Estados Unidos. Neste país, foi

professor na Universidade Católica de Vanderbilt, Universidade de Dallas, Colégio de Boston, bem como na Universidade de Hamilton em Ontário, Canadá.

Até pouco tempo atrás, Gadamer fazia conferências nos Estados Unidos, Canadá e em outros países.

Na estruturação de seu pensamento filosófico, recebeu influências de Nietzsche, de Wilhelm Dilthey e Ernst Troeltsch. No campo da arte, foi influenciado pela nova sensibilidade de Friedrich Gundolf e Stefan Georg, “que conduzia a um constante pensar e repensar sobre o jogo conceitual do estudo filosófico” (MOREIRA; BARRETO, 2001, p. 150).

Japiassú e Marcondes (1996) afirmam que o seu pensamento desenvolveu-se numa tentativa de interpretação do ser histórico, através de sua manifestação na linguagem, que considera a forma básica da experiência humana.

Um aspecto do pensamento de Gadamer é a função atribuída à arte na elaboração filosófica, onde se partilha o sentimento e a percepção. Para este filósofo, a obra de arte essencialmente traduz a percepção de mundo do artista, suas influências políticas, sociais e econômicas. A função da arte é determinada por quem se aproxima dela.

Gadamer descreve a experiência estética como a captação do significado individual, intraduzível e inesgotável. Individual porque é pessoal, cada um lê um quadro de forma diferente. Intraduzível, pois perde a essência ao ser explicado o seu significado. E é inesgotável, pois a cada leitura descobrem-se outros elementos.

Outro ponto a destacar no pensamento de Gadamer, é a função atribuída ao preconceito e tradição. Parte do pressuposto de que uma pessoa ao interpretar um texto, o faz baseada em sua memória cultural, idéias e expectativas, fazendo, portanto, uma interpretação prévia.

Para ele preconceito não possui um significado pejorativo, trata-se apenas de juízos prévios, idéias, conjeturas. Os preconceitos são a base para a compreensão, pois não pode haver interpretação sem pressupostos. Uma

interpretação à luz da hermenêutica de Gadamer, deverá respeitar a alteridade do texto, deve deixar que o texto fale, demonstrando a consciência dos próprios pressupostos.

Sua obra principal é “Verdade e método”, escrita em 1960. Escreveu também diversas obras sobre a filosofia grega e dialética, dentre as quais “A dialética de Hegel” em 1971, “A idéia de bem entre Platão e Aristóteles”, em 1978, e “A arte de compreender, hermenêutica e tradição filosófica”, em 1982.

4.2.2 A experiência em si

O relacionamento enfermeira ou enfermeiro e cliente, geralmente, está ancorado na dependência do cliente. Seja no modelo dito paternalista, onde o cliente é colocado nas mãos do profissional, tendo este a autoridade máxima para decidir sobre a sua vida. Ou no modelo que privilegia a autonomia do cliente, porém não fornece as condições para que este possa decidir sobre a sua vida.

Árnason (apud BUB, 2001) diz que estes modelos não conduzem ao diálogo entre enfermeira ou enfermeiro e cliente, ao contrário, os afasta, pois o cliente está sempre em desvantagem.

Considero que a relação entre enfermeira ou enfermeiro e cliente, deve estar baseada no diálogo e na compreensão, onde o foco é o relacionamento entre duas pessoas, seres semelhantes, que buscam uma decisão conjunta baseada na confiança mútua.

A filosofia hermenêutica de Gadamer privilegia o diálogo na relação interpessoal. Neste aspecto, caminha no sentido de ajudar a compreender a relação enfermeira ou enfermeiro e cliente no processo de cuidar do cliente cirúrgico.

Este autor distingue três modos de experiência na relação enfermeira ou enfermeiro e cliente: objetificação do outro, a compreensão precipitada do outro e abertura para o outro (GADAMER, 1997 apud BUB, 2001).

4.2.2.1 Objetificação do outro

Neste tipo de abordagem, a compreensão do outro acontece da mesma maneira que a compreensão de eventos ou objetos da nossa experiência. Toda a sua subjetividade é negada.

Gadamer (apud BUB, 2001) rejeita esta forma de abordagem, porque ela considera o método científico um recurso neutro, que pode ser usado para descobrir verdades objetivas. Argumenta que toda a compreensão humana depende das pressuposições culturais e pessoais que trazemos conosco.

Estas pressuposições determinam prejulgamentos e preconceitos sobre os diferentes aspectos de uma realidade. Quando agimos sem ter a consciência dos preconceitos e prejulgamentos, acabamos tendo atitudes tendenciosas e limitantes. No caso das pressuposições teóricas e metodológicas, no conhecimento científico, os preconceitos e prejulgamentos ficam escamoteados na crença de que são imunes a qualquer tipo de influência subjetiva, frustrando a compreensão dialógica.

Outra consideração de Gadamer (apud BUB, 2001) é que a objetificação leva à manipulação do ser humano, ou seja, o comportamento do cliente é facilmente considerado como um meio, para atingir determinado fim.

O conhecimento objetivo é mais uma forma de observação do que de interação e comunicação (ÁRNASON, 2000 apud BUB, 2001).

4.2.2.2 A compreensão precipitada do outro

Neste modo de experiência, o outro é compreendido como uma pessoa, como um semelhante com desejos e necessidades, que podem ser levados em consideração e respeitados no processo de cuidar.

Porém, o outro é reconhecido de uma forma tão empática, que a enfermeira ou enfermeiro imaginam poder expressar por ele, ou melhor, do que ele, seus desejos e necessidades. Passa a defender os interesses do cliente, estabelecendo uma forma velada de autoridade, fazendo com que o cliente se torne dependente deste relacionamento. É uma forma de dominação, que não conduz à decisão mútua.

Neste modo de experiência a enfermeira ou enfermeiro é dominado por preconceitos e julgamentos inconscientes, impedindo de se abrir para a outra pessoa, ou seja, o cliente.

Pois não existe a compreensão de que todos pertencemos a tradições culturais, que influenciam nossas percepções e a compreensão do outro, negando sua subjetividade. Para Gadamer (apud BUB, 2001) devemos estar conscientes de nossos julgamentos, preconceitos e percepções para estabelecer uma relação dialógica com o outro.

4.2.2.3 Abertura para o outro

Gadamer (apud BUB, 2001) considera a abertura para o outro a chave para o bom relacionamento entre enfermeira ou enfermeiro e cliente. Distingue quatro aspectos desta abertura: abertura para si mesmo, abertura para o outro, abertura para a questão - problema e abertura para a tradição.

A abertura para si mesmo é uma condição para os outros tipos de abertura. Significa que a enfermeira ou enfermeiro reconhece que é influenciado por preconceitos. Um encontro baseado no diálogo confronta a enfermeira ou enfermeiro com seus preconceitos e ajuda-o a escapar de decisões dogmáticas, podendo só assim escutar outras pessoas.

A abertura para o outro implica em escutar o outro, em reconhecê-lo na sua diferença, mesmo quando vai contra as próprias crenças e convicções. Mas para isto é preciso reconhecê-las. Tenho que tomar cuidado para não projetar meu horizonte no horizonte do outro. A única experiência possível é a fusão de horizontes (BUB, 2001).

Isto é conseguido através do diálogo, onde posso rever minhas crenças e ampliar meu horizonte. A compreensão do outro é contínua, de modo que nunca se esgota. Compreender o outro significa reconhecer sua individualidade.

Arnason (apud BUB, 2001) salienta que deve ser compreendido com o outro (o cliente) é a questão - problema. Por exemplo, decidir com o cliente se deve ou não cobrir seu curativo. Assim, o importante é o que enfermeira ou enfermeiro e cliente decidam juntos.

Na abertura para a questão-problema o diálogo conduz à conversação, permitindo a si mesmo ser conduzido pela questão-problema, na qual a enfermeira ou enfermeiro e cliente, tomam decisões compartilhadas.

A abertura à tradição implica na vinculação da questão-problema aos significados culturais. Segundo Gadamer (1996), nós só conseguimos fazer bons julgamentos considerando a tradição cultural, pois ela preserva a sabedoria das gerações. Somos dependentes da nossa cultura, pois ela nos permite decifrar nossas raízes.

4.3 CONCEITOS E PRESSUPOSTOS

Ao elaborar estes conceitos e pressupostos, apresentei algumas dificuldades. A principal delas era como colocar em palavras minhas crenças e valores pessoais, enriquecidos com reflexões de outros autores que julgava coerentes com minha proposta. E, além disso, teria que adequá-las com a assistência ao cliente cirúrgico.

Mas, a partir das incansáveis reflexões pessoais e discussões com minha orientadora, consegui elaborar estes conceitos e pressupostos que fazem parte do referencial teórico deste estudo.

Um referencial teórico é um importante guia para a prática da enfermagem. Pode ser definido como um conjunto de conceitos e pressuposições, advindos de teorias de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, e também de crenças e valores pessoais de quem o utiliza, para nortear a assistência a indivíduos, família ou comunidade (SILVA; ARRUDA, 1993, p.84).

4.3.1 Conceitos

4.3.1.1 Ser humano/cliente cirúrgico

O ser humano/cliente cirúrgico é um ser multidimensional, total e indivisível. Basicamente possui quatro dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual. A totalidade e a indivisibilidade do ser humano é caracterizada pela impossibilidade de redução destas dimensões a nenhuma dimensão exclusiva.

Cada uma destas dimensões pode gerar necessidades humanas básicas. Estas dimensões e suas respectivas necessidades se inter-relacionam. Elas coexistem estabelecendo um equilíbrio dinâmico, o qual muda com o tempo e as circunstâncias. Esta noção de equilíbrio dinâmico implica em estados de desequilíbrio provocados pelo surgimento de necessidades. Assim, em alguns momentos, uma das dimensões pode sofrer desequilíbrio, gerado pelas necessidades correspondentes, requerendo um cuidado mais urgente e prioritário. No entanto, as demais dimensões e, conseqüentemente, as suas respectivas necessidades continuam atuando e influenciando no equilíbrio do ser humano.

As necessidades mais elementares e essenciais para a sobrevivência, tais como a oxigenação, a nutrição, a locomoção, a hidratação, estão mais freqüentemente relacionadas com a dimensão biológica da natureza humana.

A dimensão psicológica está relacionada aos fenômenos da mente, incluindo os sentimentos e emoções. Como, por exemplo, podemos citar a necessidade de segurança emocional e auto-estima.

A dimensão social da natureza humana está vinculada ao mundo das relações humanas e da identidade cultural. Como, por exemplo, a necessidade de viver em grupo (gregária), de aprendizado (educação), de comunicação.

A dimensão espiritual é aqui compreendida a partir do significado da palavra grega *animus*, que significa alma, consciência. Para Gadamer (1996, p. 159), consciência está relacionada à capacidade de agir e de pensar sobre si mesmo. Esta capacidade de pensar sobre si mesmo, relaciona-se à reflexão. É esta capacidade reflexiva que caracteriza a singularidade do ser humano, diferenciando-o dos demais seres da natureza. Assim compreendida, a capacidade de reflexão é dependente de fenômenos mentais como, por exemplo, memória, percepção da realidade, racionalidade, autoconhecimento. A capacidade de reflexão é o mais elevado ato de liberdade do ser humano. Portanto, a dimensão espiritual, caracteriza-se basicamente pelo aspecto da liberdade.

O equilíbrio dinâmico entre estas dimensões confere ao ser humano habilidades para realizar as atividades básicas da vida diária ou satisfação de

necessidades mais elementares (psicobiológicas – mais relacionadas à sobrevivência): alimentação, hidratação, eliminação, sono, repouso, autocuidado segurança física; e as atividades instrumentais da vida diária: fazer compras, cuidar do próprio dinheiro, atender ao telefone (ou necessidades mais relacionadas à dimensão social). Ou seja, o ser humano possui a habilidade para agir com a finalidade de satisfazer suas necessidades, atingir objetivos e realizar desejos.

4.3.1.2 Necessidade

A idéia de aprofundar o conceito de necessidade surgiu da percepção da existência de uma lacuna neste conceito, dificultando sua utilização como um referencial teórico na enfermagem.

Assim, a partir do estudo de Benedet e Bub (1998), da leitura dos trabalhos de Liss (1996) sobre necessidade, além de contatos pessoais com este autor, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, e criar novas percepções sobre o tema.

Para Horta (1979 p. 39): “necessidades humanas básicas são estados de tensões conscientes e inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos e dos fenômenos vitais”.

Quando pensamos em necessidade, logo nos vem a noção de contingência, de exclusividade, ou seja, se algo é necessário o é de forma incondicional. Segundo Paula (1993), necessário é a manifestação correspondente da necessidade, o que significa que uma necessidade é anulada ao ser satisfeita.

Uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos. Primeiro pode indicar um estado de deficiência ou de diferença. Segundo pode referir-se a um

estado de tensão no organismo o qual é considerado como uma motivação ou uma força que impele para um determinado comportamento. Terceiro, pode referir-se a alguma coisa que é necessitada e, neste caso, uma necessidade é expressa pelo objeto que é necessitado (BENEDET; BUB, 1998).

As necessidades podem ser expressas sob vários tipos de proposições. Entretanto, neste estudo, utilizo a proposição sugerida por Liss (1996), do tipo “A necessita de X com o objetivo de alcançar Y”. De acordo com este autor, neste tipo de proposição “A” representa a pessoa ou a coisa que necessita ou que tem a necessidade de, ou seja, o sujeito da necessidade. O “X” representa aquilo que é necessitado ou o objeto da necessidade. E, aquilo que “A” necessita (X) com a finalidade de, representa o “objetivo da necessidade.”

Fazendo uma analogia com a teoria das Necessidades Humanas Básicas, podemos dizer que “A” (sujeito da necessidade), significa o ser humano com suas necessidades não satisfeitas, que através de “X” (objeto da necessidade), neste caso a assistência de enfermagem, representada pelo processo de enfermagem, alcança “Y” (objetivo da necessidade), ou seja, a satisfação de suas necessidades.

Quando conhecemos o objetivo de uma necessidade, podemos inferir o tipo de objeto que será necessário para satisfazê-la. Por exemplo, se sabemos que uma pessoa, que está com uma perna quebrada necessita movimentar-se dentro de sua casa, podemos providenciar um andador, muletas ou mesmo ampará-la. Os objetos necessitados poderiam mudar totalmente no caso da mesma pessoa desejar fazer um passeio em um parque. Neste caso, uma cadeira de rodas seria necessária ao invés de muletas, devido à maior distância que terá que percorrer.

Liss (1996) afirma ainda, que é a desejabilidade ou o valor atribuído ao objetivo de uma necessidade que oferece maior ou menor força à mesma. Assim, o objetivo de uma necessidade funciona como um justificador que, na maioria das vezes, ajuda à própria pessoa a decidir-se por satisfazer esta ou aquela necessidade. Isto se constitui no “estado de tensão”, contemplado por Wanda Horta no conceito de necessidades. Este “estado de tensão” é o que impulsiona o

ser humano na busca de alternativas para a satisfação desta ou daquela necessidade.

As discordâncias sobre necessidades não são incomuns e, freqüentemente, elas são originadas de diferentes pontos de vista a respeito do real estado em que a pessoa se encontra, do objetivo da necessidade e do objeto da necessidade. É por este motivo que estamos freqüentemente divergindo sobre quais as condutas que podem ser mais adequadas à situação de um determinado cliente. É também por este motivo que, muitas vezes, discordamos de outros profissionais quanto à melhor conduta, pois como permanecemos mais tempo com o cliente, podemos compreender e descrever com maior acurácia a real situação dele, que objetivos temos a alcançar (cliente / enfermeira [o]) e de que forma, ou qual objeto deverá utilizar para satisfazer aquela necessidade. Além do mais, como permanecemos longos períodos junto ao cliente, temos a oportunidade e o dever de estar sempre validando com ele, se nossa impressão corresponde àquilo que ele próprio experiencia e deseja. Como podemos ver, as distinções e as inter-relações entre os componentes das necessidades nos ajudam não só a identificá-las como também a compreendê-las em todas as suas dimensões. Portanto, do levantamento de dados à avaliação dos resultados, deve haver a preocupação em compreender a situação real, os riscos e as necessidades dos clientes que estamos cuidando.

Quando utilizamos o conceito de necessidades na assistência de enfermagem, precisamos estabelecer alguns critérios, a fim de identificar aquelas necessidades consideradas mais importantes, de maneira que se possa atendê-las, pois não é possível satisfazer toda e qualquer necessidade ou desejo que as pessoas tenham. É por esta razão que é comum se classificar necessidades de acordo com a importância de seus objetivos. Na literatura, podemos encontrar várias classificações de necessidades como, por exemplo, Benn e Peters (1964) classificam as necessidades em biológicas, básicas e funcionais. Neste estudo, preferimos utilizar a classificação de Horta, que adotou a denominação de necessidades de Mohana, classificando-as em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Wanda Horta (1979) partiu do pressuposto de que as necessidades são universais, mas que a forma de manifestação e de satisfação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, gênero, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde - enfermidade e o ambiente, entre outros. Em sua teoria, Horta (1979, p. 40) introduziu em cada nível proposto por Mohana, subgrupos de necessidades de forma a ajustar este modelo para a prática assistencial de enfermagem.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e Repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneo - mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, vascular, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, neurológica Crescimento celular, Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo/espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida

4.3.1.3 Saúde

A partir da compreensão da natureza humana, a saúde é definida como a habilidade do ser humano/cliente cirúrgico para satisfazer necessidades com o propósito de alcançar seus objetivos vitais, em circunstâncias aceitas (NORDENFELT, 1996, p.35).

A partir deste conceito, podemos dizer que saúde depende da habilidade do ser humano/cliente cirúrgico em satisfazer suas necessidades básicas e na liberdade para escolher qual, quando e como uma determinada necessidade será satisfeita. Isto implica no desejo ou no valor atribuído à necessidade em questão, e na busca por alternativas para satisfazer esta necessidade.

Neste sentido, a saúde é entendida dentro da perspectiva da própria pessoa. Ou seja, deve expressar o que se entende por estar saudável ou ter saúde, cabendo ao profissional deixar que o próprio cliente cirúrgico expresse suas percepções através do diálogo. Sob esta perspectiva, a saúde é entendida como o equilíbrio entre os objetivos do cliente cirúrgico e a sua habilidade para atingi-los. Isto implica em ter consciência de si mesmo, ser responsável por sua vida.

Ter saúde significa estar num ambiente natural e artificial, tendo a capacidade de manter o equilíbrio dinâmico da totalidade do ser humano em suas dimensões.

4.3.1.4 Ambiente

O ser humano convive com as demais espécies que habitam o universo em um meio ambiente, influenciando e sendo influenciado por ele. Estas “influências recíprocas dos organismos com os fatores físicos e bióticos do meio ambiente em que vivem, determinam sua ecologia e o curso de sua evolução” (ÁVILA - PIRES, 2000, p.28).

Ecologia e ambiente são termos cada vez mais usados quando o tema se refere ao bem-estar e à sobrevivência da humanidade. A ecologia compreende o estudo dos fatores físicos e biológicos, e de sua interação no meio em que vivem os organismos. O ambiente inclui tudo, desde a energia solar até o substrato representado pelo solo e os organismos que sobre ele vivem. Embora a ecologia seja classificada como um ramo da biologia, ela precisa do conhecimento não só da biologia, mas também das ciências exatas e sociais, tamanha é sua complexidade (FORATTINI, 1992, p.5).

Podemos classificar o ambiente em natural e artificial. O ambiente natural se constitui naquele construído naturalmente, sofrendo pouca ou nenhuma influência do ser humano na sua constituição e características. Pode ser dividido em ambiente físico (água, solo, ar, luz solar) e em ambiente biológico, constituído por animais e plantas.

O ambiente artificial se constitui nos espaços físicos construídos pelo ser humano, tais como as casas, ruas, construções, incluindo os hospitais. Constitui ainda o ambiente artificial os aspectos culturais, a sociedade com suas leis e regulamentações e as relações sociais com família, amigos e pessoas em geral.

O ambiente natural e o artificial influenciam a habilidade do ser humano em atingir seus desejos e objetivos de vida, determinando a sua situação de saúde. Por exemplo, uma pessoa que necessita de cadeira de rodas para se locomover, pode querer passear na rua sozinha, para isso ela precisará de um

local com rampas e sinalização adequadas, condições determinadas por um ambiente artificial adequado.

Para este estudo nos interessa o ambiente artificial, mais precisamente o ambiente hospitalar. Incluindo não somente os aspectos físicos do hospital, como também os aspectos culturais, as relações com a família, profissionais de saúde, amigos, com outras pessoas e as normas e atitudes.

O ambiente hospitalar exerce influências positivas e negativas na situação de saúde do cliente cirúrgico. Geralmente é considerado hostil, diferente do ambiente familiar e até perigoso.

Freqüentemente, os clientes cirúrgicos manifestam sentimentos de insegurança no ambiente hospitalar aos quais estão relacionados, principalmente, ao afastamento de seu ambiente familiar, de pessoas conhecidas e familiares.

Uma outra influência negativa do ambiente hospitalar na situação de saúde do cliente cirúrgico é a restrição à liberdade, pois tem que se adaptar às normas e rotinas estabelecidas.

Por outro lado, o ambiente hospitalar influencia de maneira positiva na situação de saúde do cliente cirúrgico, pois ele representa também um espaço de cuidado e de cura, onde a tecnologia, o conhecimento e a perícia dos profissionais são elementos essenciais para o atendimento das necessidades psicobiológicas deste cliente.

No entanto, apesar de compreender que o objetivo principal do ambiente hospitalar é o atendimento das necessidades que comprometem a vida do cliente cirúrgico, não posso deixar de admitir o quanto suas características contribuem para o desequilíbrio não só das necessidades psicológicas, sociais, culturais e espirituais, como também das necessidades biológicas, tendo em vista o risco de contrair uma infecção devido aos procedimentos invasivos realizados neste ambiente.

Estas influências devem ser consideradas pelas enfermeiras e enfermeiros, na realização da assistência ao cliente cirúrgico. Considerando a maneira pela qual este ambiente determina a situação destes clientes, pode-se instituir medidas

que amenizem as influências negativas, como a permanência de acompanhantes, a presença de objetos e roupas pessoais, adaptação de horários, atitudes que já são tomadas em alguns locais, numa tentativa de tornar a assistência mais humanizada.

4.3.1.5 Enfermagem

A enfermagem é

a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais (HORTA, 1979, p. 30).

Enfermagem significa também promover a relação dialógica, isto é, uma relação entre semelhantes baseada no diálogo, a fim de compreender as necessidades de saúde do cliente e tomar decisões compartilhadas. Através desta relação, a enfermeira ou enfermeiro atua como facilitador, auxiliando os clientes a satisfazerem suas necessidades.

Gadamer (1996) define relação dialógica como aquela que permite que o cliente esqueça que está diante de uma enfermeira ou enfermeiro, onde a conversa flui, sem ninguém dirigi-la. Salienta ainda, que o diálogo vai além de ser um método, um instrumento da assistência, fazendo parte da própria assistência.

A enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, com ênfase nas relações interpessoais. A enfermagem tem como objetivo ajudar o ser humano a

restabelecer ou melhorar a habilidade para satisfazer as suas necessidades, e assim alcançar seus objetivos vitais.

No caso do cliente cirúrgico, principalmente no período pós-operatório imediato, a enfermagem tem como papel ajudar o cliente a realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, pois as alterações funcionais, conseqüentes ao ato cirúrgico, determinam um nível de dependência variável para a realização destas atividades.

4.3.2 Pressupostos

- O ser humano tem habilidade para alcançar seus desejos e objetivos vitais, satisfazendo suas necessidades básicas.
- A relação dialógica ajuda a diminuir a distância entre o cliente e a enfermeira ou enfermeiro, tornando-os semelhantes, empenhados em obter uma decisão compartilhada.
- A assistência de enfermagem tem como objetivo ajudar o cliente cirúrgico a recuperar sua condição de bem-estar e alcançar seus desejos e objetivos vitais.
- O diagnóstico de enfermagem da *NANDA* constitui-se em um dos caminhos para se resgatar a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico, centrada na compreensão da sua situação de saúde.

- O diagnóstico de enfermagem facilita o planejamento e a realização da assistência mais individualizada, auxiliando no melhoramento da situação de saúde do cliente cirúrgico.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

Cada passo deste caminho está fundamentado no método de pesquisa convergente - assistencial. Optei por este método porque minha intenção era modificar a assistência de enfermagem aos clientes cirúrgicos que atendo durante minha atividade profissional. Isto implica em sensibilizar os profissionais de enfermagem que atuam junto ao cliente cirúrgico, para uma assistência centrada na relação dialógica, observando as características individuais do cliente. Acredito que esta mudança acontece através da articulação entre o pensar e o fazer, que se constitui na tônica deste método de pesquisa. Pois, de acordo com Trentini e Paim (1999) na pesquisa convergente-assistencial, o tema emerge da prática a partir das necessidades sentidas pelos envolvidos (profissionais e clientes), uma vez que seu desenvolvimento ocorre no mesmo tempo e espaço das atividades profissionais.

Em toda pesquisa convergente - assistencial, os processos de assistência, coleta e análise das informações, acontecem simultaneamente, o que facilita a imersão e reflexão gradativas ao longo do processo (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 84). A situação em estudo não se mantém estável, sendo que o pesquisador e a pesquisa em si intervêm, envolvendo ações de cuidado.

5.1 O CENÁRIO ASSISTENCIAL

O estudo foi realizado na clínica cirúrgica I, do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. O hospital possui 236 leitos distribuídos em setores como Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica, Ginecologia e Maternidade, atendendo também em nível ambulatorial. Possui também Unidade de Tratamento Intensivo Adulto e Neonatal, Emergência Adulto e Pediátrica, além de Laboratório de Análises Clínicas e Patológico, Serviço de Radiologia, entre outros. Oferece atendimento público gratuito.

A Clínica Cirúrgica I está constituída de 30 leitos, sendo que destes 16 são destinados ao sexo masculino, 12 ao sexo feminino e 02 leitos variam conforme a demanda. A faixa etária dos clientes assistidos compreende de 14 anos em diante.

A equipe de enfermagem atuante constitui-se de 7 enfermeiras assistenciais, uma enfermeira chefe, e 21 auxiliares e técnicos de enfermagem. Existe sempre uma ou duas enfermeiras assistenciais em cada turno de trabalho, possibilitando a realização da metodologia de enfermagem com todos os clientes internados. O processo de enfermagem adotado é o proposto pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, utilizando as seguintes etapas: histórico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem.

Os sujeitos participantes desta prática foram quatro clientes: três homens com idades de 30, 74, 59 e uma mulher com 61 anos, todos se encontrando no primeiro período pós-operatório, ou seja, após 12 horas do procedimento cirúrgico. Este critério foi escolhido tendo em vista as modificações na situação de saúde do cliente neste período acontecerem de forma mais acentuada, possibilitando seu acompanhamento.

Para preservar-lhes o anonimato, os clientes serão denominados pelas quatro primeiras letras do alfabeto: Cliente A, Cliente B, Cliente C e Cliente D.

5.2 Os CLIENTES

O primeiro cliente, denominado de Cliente A, foi um senhor de 59 anos, branco, casado, trabalhava como lavrador (apesar de estar aposentado), católico, natural e residente em Vidal Ramos. Estava no primeiro dia de pós-operatório de gastroenteroanastomose, realizada no dia 21/05/01. A cirurgia foi paliativa, pois tinha um câncer gástrico avançado, não sendo possível a “cura” cirúrgica. Acompanhei-o desde o primeiro dia de pós-operatório até a sua alta, ou seja, do dia 22/05 ao dia 27/05/01, totalizando cinco dias de encontros consecutivos. Mostrou-se muito receptivo a participar do estudo, pedindo que sua filha lesse o termo de consentimento esclarecido junto com ele, para então assinar. Durante toda a internação, sua esposa e filhos estiveram presentes. No primeiro dia de encontro falava pouco, mas aos poucos foi se soltando e falando mais sobre sua vida.

A segunda cliente da qual cuidei, foi uma senhora de 61 anos de idade, separada, morava sozinha, aposentada, natural e residente no Campeche. Denominei-a de Cliente B. Ela logo aceitou participar do estudo. Era sua segunda internação, e há cinco anos sentia o desconforto de “perder a urina na calcinha”, e há três anos percebeu uma hérnia na cicatriz de uma cirurgia de “retirada de pedra da vesícula” há seis anos. Estava no primeiro dia de pós-operatório de uma hernioplastia incisional e correção de cistocele, realizada em 29/05/01. Fiquei com ela do primeiro dia de pós-operatório até sua alta hospitalar, ou seja, do dia 30/05 até o dia 01/06/01. Permaneceu durante toda a internação sem a presença de acompanhantes, pois suas filhas trabalhavam fora e sua neta mais velha, de 15 anos, estudava. Dizia sentir falta da companhia de alguém da família, mas havia feito “amizade” com as clientes que ocupavam o mesmo quarto. Ademais recebia visitas todos os dias à tarde.

O terceiro cliente, Cliente C, foi um senhor de 74 anos, casado, natural de Campos Novos, residente no Campeche, aposentado. Estava no primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia, realizada no dia 22/05/01. Mostrou-se à

vontade para participar do estudo. Era um senhor bem disposto, estava sempre de bom humor, contando histórias de sua vida. Sua esposa permaneceu com ele durante toda a internação. Costumavam dizer que nunca haviam se separado, estavam juntos em todos os momentos de suas vidas e que durante a internação seria imprescindível que permanecessem juntos. Fiquei com ele desde o primeiro dia de pós-operatório até sua alta hospitalar, ocorrida um dia depois, ou seja, do dia 23 até o dia 24/05/01.

O quarto cliente era um rapaz de 30 anos, casado, trabalhava como supervisor numa empresa de transporte, natural e residente em Ponta das Canas. Denominei-o de Cliente D. Era sua primeira internação, estava no primeiro dia de pós-operatório de apendicectomia, realizada no dia 05/06/01, por apendicite fase I. Estava bastante ansioso, e quando solicitei a sua participação no estudo, pareceu bastante contente e aliviado, pois teria “alguém sempre perto para ajudá-lo”. Inicialmente estava muito resistente à possibilidade de ter que ser ajudado na realização das atividades básicas e instrumentais do dia-a-dia. Solicitou a presença de sua esposa como acompanhante para ajudá-lo, ficando mais tranqüilo com a sua presença. O processo de cuidar com este cliente aconteceu de 06 a 07/06/01.

5.3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE ABORDAGEM DOS CLIENTES

Minha entrada no campo foi facilitada, pois já exerço atividades assistenciais no mesmo, dispensando a fase de adaptação às rotinas, equipe de saúde, entre outras.

As informações foram obtidas mediante técnica de entrevista semi-estruturada e observação participante, associadas ao processo de cuidar em enfermagem.

A entrevista semi-estruturada aconteceu de maneira informal, conduzida em contatos repetidos, ao longo do tempo em que os clientes permaneceram internados. E a observação participante foi utilizada para captar os fenômenos que não puderam ser obtidos unicamente pela entrevista, tais como expressões do rosto, olhar, posição do corpo, entre outros.

A utilização destas técnicas possibilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes, de forma detalhada, na sua máxima horizontalidade, verticalidade e profundidade, permitindo a participação dos clientes no processo (TRENTINI; PAIM, 1999, p.90).

Para a realização da entrevista e observação participante, foram utilizadas diversas estratégias, determinadas pelas necessidades e características culturais e faixa etária dos clientes. Para exemplificar, cito o caso do Cliente A de 59 anos. A necessidade de ter de permanecer sob jejum prolongado e com sonda nasogástrica, devido ao tipo de cirurgia a que tinha sido submetido (gastroenteroanastomose), foi explicada através da analogia da colagem de um cano. Foi dito a ele que somente após a cola estar devidamente seca é que se pode voltar a passar água dentro dele, ou seja, só poderia alimentar-se e retirar a sonda nasogástrica após a cicatrização das anastomoses estarem completas.

Desta forma, neste tipo de abordagem foram levadas em consideração as características culturais do cliente, facilitando a compreensão sobre a sua situação de saúde, diminuindo a ansiedade e colaborando na sua recuperação.

É importante destacar que durante todo o processo, foram imprescindíveis o bom senso, sensibilidade e flexibilidade para o estabelecimento de uma relação dialógica entre enfermeira e cliente. Como no caso do Cliente A, que preferiu no primeiro contato a presença de sua filha, provavelmente por sentir-se mais seguro. Diante desta situação, eu esperei a sua chegada para iniciar a entrevista, demonstrando flexibilidade em atender às solicitações e compreensão das suas necessidades, reforçando a relação dialógica entre enfermeira e cliente e familiares.

O roteiro para a entrevista e observação, foi elaborado tendo como ponto de partida o Instrumento utilizado por Benedet e Bub (2001, p.205), denominado

de Histórico de Enfermagem. Este roteiro é constituído por uma parte de identificação do cliente, incluindo tipo de cirurgia, anestesia e tempo de internação, uma parte com as percepções e expectativas do cliente e, outra parte, que inclui as necessidades humanas básicas e diagnósticos de enfermagem da *NANDA* (Anexo A).

As informações foram registradas em formulários próprios (Anexos A, B e C), com anotações das palavras chaves, que foram detalhadas em momento posterior. Além destas anotações, utilizou-se um diário de campo para registro das minhas percepções, sentimentos e reflexões acerca dos erros e acertos, dificuldades e facilidades surgidos durante o processo de cuidar.

5. 4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem aqui apresentado guiou as ações de enfermagem realizadas, possibilitando a identificação das respostas e o atendimento das necessidades individuais do cliente cirúrgico.

Este processo de enfermagem é o proposto por Benedet e Bub (2001), baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e no Diagnóstico de Enfermagem da *NANDA*.

Escolhi este modelo de processo por entender que ele possibilita o atendimento das necessidades individuais do cliente cirúrgico, e por ser utilizado em minha prática profissional.

Um dos processos de enfermagem realizados neste estudo está apresentado no Apêndice B.

A seguir serão apresentadas as suas fases: histórico, diagnóstico, intervenção e avaliação ou evolução de enfermagem.

5.4.1 Histórico de enfermagem

É um roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre a situação de saúde da pessoa, que torna possível a identificação de seus problemas (HORTA, 1979).

O histórico de enfermagem aqui proposto é orientado, por um lado pelas necessidades preconizadas por Wanda Horta (1979) e, por outro, pelas características definidoras e fatores relacionados dos diagnósticos classificados.

Cabe ainda ressaltar que a enfermeira ou enfermeiro deve estar familiarizado com os fatores que comprometem a saúde como a doença, as diferentes fases do ciclo vital, os defeitos e os traumas, a fim de que possa realizar o levantamento de informações.

Para que a enfermeira e o enfermeiro realizem a coleta de informações de maneira eficiente e eficaz, são necessários alguns pré-requisitos como, por exemplo: referencial teórico - filosófico, conhecimento científico, e habilidades que irão formar o corpo de conhecimentos da enfermagem.

O referencial teórico - filosófico consiste nas bases filosóficas acerca da enfermagem, saúde e do ser humano, refletindo a estrutura teórica em que se baseia sua prática. É fundamental, também, que a enfermeira e o enfermeiro tenham uma base teórica adquirida de várias disciplinas. Espera-se que dominem conceitos básicos de anatomia, fisiologia, química, nutrição, psicologia, sociologia, antropologia. Estas disciplinas servem de subsídio teórico que permite que a enfermeira e o enfermeiro colem informações acerca da situação de saúde do cliente enfocando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, e reconheça as mudanças ocorridas durante o período em que estiver sob sua assistência. Finalmente, é imprescindível que tenham habilidades técnicas e interpessoais que incluem o uso de equipamentos e procedimentos específicos, bem como, habilidades de comunicação a fim de desenvolver um processo interativo com o cliente.

Ainda, conforme Iyer et. al. (1993), é importante que a enfermeira e o enfermeiro façam uso de criatividade, bom senso e flexibilidade. A criatividade torna-se importante quando são necessárias técnicas variadas para a coleta de informações como, por exemplo, aquelas relativas às características culturais e faixa etária do cliente. Bom senso e flexibilidade são importantes para a identificação do momento e da maneira mais apropriada para realizar a atividade do histórico, pois muitas vezes a enfermeira e o enfermeiro terão que interromper a coleta de informações para implementar ações. Como no caso de um cliente que relata dor ou que apresenta uma mudança brusca no seu estado de saúde, como uma hipotensão ou uma dificuldade respiratória.

Através do histórico, a enfermeira e o enfermeiro obtêm informações subjetivas e objetivas sobre a situação de saúde do cliente. Para isto, utiliza instrumentos, tais como, a entrevista, a observação e o exame físico.

As informações subjetivas descrevem a visão do cliente em relação a uma situação ou uma série de acontecimentos, incluindo as sensações (dor, calor, frio), sentimentos (raiva, amor, medo), humor (nervoso, calmo, agitado) e idéias sobre si e seu estado de saúde e, ainda, suas expectativas quanto à hospitalização. Estas informações são obtidas principalmente através da entrevista realizada junto ao cliente, sendo que a família poderá ser incluída. Para realizá-la de maneira eficiente, habilidades aprimoradas de comunicação e interação são importantes. A utilização de técnicas, como, por exemplo, uso de perguntas abertas deixando que o cliente descreva acontecimentos, preocupações e/ou sentimentos, são usadas para elucidar suas percepções e expectativas, aspectos considerados relevantes para o levantamento de suas necessidades na sua totalidade.

As perguntas fechadas devem também ser utilizadas, pois exigem respostas curtas e são usadas para a obtenção de informações específicas como, por exemplo: por quanto tempo você sentiu dor? Que remédios você toma para a pressão alta?

Outra técnica utilizada é a comunicação não verbal, que facilita e intensifica a interação durante a entrevista, favorece e, muitas vezes, transmite a mensagem

de forma mais eficiente e mais rápida do que a comunicação verbal. Os componentes não verbais mais comuns incluem a expressão facial, a posição do corpo, o toque, a voz, o silêncio e o ouvir atuante. A utilização correta destes componentes transmite ao cliente segurança e confiança no cuidado recebido, diminuindo o medo e a ansiedade que acompanham os clientes quando são submetidos à hospitalização.

A observação como método de coleta de informações do histórico, envolve a percepção através do uso dos sentidos (visão, audição, olfato e tato), a fim de obter informações sobre o cliente, ambiente, pessoas próximas e a interação entre estas informações.

O exame físico é utilizado para a obtenção de informações objetivas do histórico, que podem ser comparadas com as informações subjetivas obtidas durante a entrevista. Durante o exame físico utilizam-se quatro técnicas específicas: inspeção, palpação, percussão e auscultação. Estas técnicas possibilitam avaliar, principalmente, as necessidades psicobiológicas em termos do sujeito da necessidade (condição de saúde do cliente), objetivos da necessidade (condição de saúde desejada) e objeto da necessidade (cuidados necessários para atingir o estado desejado), fornecendo a base de informações que possibilita o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem.

A fim de favorecer o relacionamento e a interação entre o cliente e/ou sua família e a enfermeira e o enfermeiro - melhorando a qualidade das informações coletadas e evitando situações constrangedoras para ambas as partes - Benedet e Bub (1998) recomendam que este seja iniciado com a coleta de informações genéricas, partindo após para o exame físico, ao mesmo tempo em que se prossegue com a entrevista e a observação.

O modelo de histórico utilizado nesta prática está baseado no modelo proposto por Benedet e Bub (2001, p.205) (Anexo A).

5.4.2 Diagnóstico de enfermagem

É a segunda fase do processo de enfermagem, definido por Horta (1979) como a identificação das necessidades básicas afetadas.

Os diagnósticos de enfermagem revelam as necessidades de cuidados de enfermagem, e para onde se dirigem os nossos "quefazeres" (CRUZ, 1997a).

Ainda, segundo Cruz (1997a), o diagnóstico de enfermagem pode cooperar positivamente para o aumento da autonomia da enfermeira e do enfermeiro, porque provê o foco da ciência clínica da enfermagem servindo de referência para o desenvolvimento de suas ações, fornecendo as possibilidades para as conclusões do raciocínio, exigindo o exercício do julgamento clínico e possibilitando a exposição de parte do seu trabalho.

O estabelecimento de diagnósticos conduz a uma prestação de contas sobre o cuidado realizado pela enfermagem, criando a oportunidade de expor aos demais profissionais da área da saúde e à população, este cuidar que, no dizer de Cruz (1997a, p.3) "é tão desconhecido, tão carente de expressão e tão vulnerável às pressões externas a nós, em parte talvez, por falta de palavras para designar o que vem a ser".

Alguns erros podem ser cometidos durante a coleta e a interpretação das informações, acarretando erros na denominação ou rotulação dos diagnósticos. As principais fontes de erro são: coleta imprecisa ou incorreta de informações, interpretação inexata e falta de conhecimentos da prática. Os erros na coleta das informações podem ser decorrentes de problemas na comunicação, tais como, barreira lingüística, uso de gírias ou jargão, retenção de informações por parte do cliente e distração por parte da enfermeira e do enfermeiro, conseqüentemente a problemas relacionados ao ambiente, como ruídos e agitação. A interpretação inexata das informações pode ocorrer como conseqüência à interpretação prematura, ou seja, a elaboração de um juízo antes que toda a informação tenha sido cotejada ou quando o julgamento é realizado com base em preconceitos ou

falta de percepção das características culturais do cliente. Finalmente, a falta de conhecimento da prática pode influenciar a coleta e a interpretação das informações, resultando em não coleta, subestimação de informações importantes ou agrupamento e interpretação inexata, levando ao estabelecimento de diagnósticos incorretos (BENEDET; BUB, 1998).

Os diagnósticos de enfermagem podem ser reais, risco, síndrome e saúde (CARPENITO, 1997). Um diagnóstico real descreve um estado de saúde que foi validado pela enfermeira e enfermeiro devido à presença de características definidoras. Os diagnósticos de risco descrevem que um determinado indivíduo ou grupo está mais vulnerável do que outros a desenvolver problemas de saúde. Os diagnósticos de síndrome compreendem um conjunto de diagnósticos reais ou de risco que estão presentes diante de algum evento ou situação. Os diagnósticos de saúde indicam situações de transição de um determinado nível de saúde para outro de melhor qualidade.

Neste estudo, a fase de diagnóstico de enfermagem foi registrada em um formulário baseado na proposta de Benedet e Bub (2001), adaptado ao cliente cirúrgico (Anexo B).

5.4.3 Intervenção de Enfermagem

Esta etapa compreende o planejamento, prescrição e implementação das ações de enfermagem.

O planejamento envolve o desenvolvimento de estratégias, a fim de prevenir, minimizar ou corrigir as respostas do cliente, identificadas no diagnóstico de enfermagem. São definidos com o cliente, quais os resultados esperados diante da assistência de enfermagem, ou seja, se a necessidade identificada no

enunciado do diagnóstico foi prevenida, modificada ou corrigida. Isto servirá de guia para avaliar a assistência de enfermagem.

É imprescindível, também, o estabelecimento de prioridades, através do qual será possível definir qual necessidade será atendida primeiro.

Após ser planejada, a assistência de enfermagem foi documentada através da prescrição de enfermagem, que consiste num método de comunicação documentada entre os componentes da equipe de saúde (Anexo C). Sua elaboração requer que a enfermeira e o enfermeiro tenham habilidades para o levantamento de dados, diagnóstico, comunicação e análise. Promove o cuidado individualizado, bem como sua continuidade, e a comunicação com os demais membros da equipe de saúde. Serve como guia da assistência de enfermagem a fim de atender às necessidades do cliente (BENEDET; BUB, 1998).

A prescrição de enfermagem tem as seguintes características: data, hora de sua elaboração e assinatura da enfermeira e do enfermeiro; escrita com uso de verbos que indiquem ação, e no infinitivo; deve definir *quem, o que, onde, quando e com que frequência* devem ocorrer as atividades propostas; deve ser individualizada e direcionada aos diagnósticos de enfermagem específicos do cliente, respeitando sua totalidade e indivisibilidade.

A prescrição é seguida pela fase de implementação das ações de enfermagem, que consiste na realização de atividades necessárias à promoção, manutenção ou restauração da saúde do cliente.

5.4.4 Avaliação ou Evolução de Enfermagem

A avaliação ou evolução é definida como a verificação das mudanças na situação de saúde do cliente, frente à assistência de enfermagem.

Embora seja considerada como etapa final do processo, ela não o conclui, e é parte integrante em todas as suas etapas. Como consequência da evolução, a enfermeira ou enfermeiro determina, com a participação do cliente, a adequação do plano de cuidados.

A fim de facilitar o processo da avaliação, realizei algumas indagações: as metas do plano foram atingidas? Houve modificação no comportamento do cliente? Suas necessidades foram atendidas? Surgiram novas necessidades?

Ainda com o objetivo de facilitar a realização desta etapa, Iyer et. al. (1993), salientam que é necessária a reunião de informações sobre a situação de saúde do cliente, sua comparação com os resultados esperados, análise da evolução do cliente e avaliação do plano de cuidados.

Para obter as informações constantes da evolução de enfermagem, fiz uso dos mesmos métodos de coleta utilizados durante o histórico, ou seja, entrevista, exame físico e revisão do prontuário, exames complementares e/ou outros documentos.

O registro da etapa de evolução do processo que propomos, está baseado no Prontuário Orientado para o Problema (POP), segundo Weed (BENEDET; BUB, 2001).

A evolução proposta pelo POP está organizada em quatro etapas designadas sob a sigla SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano). Os dados subjetivos referem-se às informações fornecidas pelo cliente, familiares e/ou amigos (o que sente, suas reações e observações). Os dados objetivos apresentam observações clínicas, resultados dos exames complementares e tratamentos significativos (terapia medicamentosa, cirurgias). A análise explica o significado dos dados subjetivos e objetivos. Aqui o profissional registra sua opinião sobre como definir o problema com maior grau de precisão, avaliando ao mesmo tempo as respostas à conduta adotada, e identificando novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta. O plano é abordado do mesmo modo como são feitos os planos iniciais. Um plano representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

Para ajudar na compreensão da elaboração desta etapa do processo de enfermagem, proponho uma descrição de cada uma das etapas deste método, adaptado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas e classificação diagnóstica da *NANDA*. Onde:

S - contempla os dados subjetivos do cliente, ou seja, as informações fornecidas pelo cliente sobre o atendimento de suas necessidades, sua percepção sobre si mesmo, suas observações. Deve ser registrada com as palavras do cliente, colocadas entre "aspas" quando caracterizarem seu jeito próprio de falar. As informações fornecidas por familiares, também devem ser registradas nesta etapa. Quando o cliente estiver impossibilitado de estabelecer comunicação com o ambiente, esta etapa será suprimida.

O - contempla os dados objetivos, observáveis ou mensuráveis obtidos pela enfermeira e pelo enfermeiro e/ou elementos da equipe de saúde. Inclui os resultados de exames complementares, que requeiram ações de enfermagem. Registram-se também ações de enfermagem específicas, como orientações e atendimento de problemas surgidos durante a elaboração da evolução.

A - nesta etapa a enfermeira ou enfermeiro, procuram explicar e interpretar o significado dos dados subjetivos e objetivos, fazendo a avaliação das condutas de enfermagem, ou seja, verificando se estas estão atendendo às necessidades, bem como, a avaliação da evolução dos problemas de enfermagem apresentados pelo cliente.

P - são registradas as condutas a serem adotadas, baseadas em novos diagnósticos e/ou análise. As ações de enfermagem são apresentadas no plano de forma mais abrangente, sendo que na prescrição de enfermagem estão apresentadas de forma mais operacionalizada.

5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Trentini e Paim (1999) dividem o processo de análise das informações na pesquisa convergente - assistencial em fase de análise e fase de interpretação. Sugerem que a fase de análise inicie com o processo de apreensão. Descrevem este processo como uma forma de organização, codificação e categorização das informações que possibilitam seu relato completo, detalhado e coerente.

Neste estudo, a fase de apreensão foi realizada a partir da narrativa das histórias de cada processo de cuidar em enfermagem (Apêndice A). Depois se procedeu à leitura, releitura e reflexão de cada história, identificando nos relatos das informações palavras, frases, parágrafos ou temas-chave que persistiam, constituindo-se nos códigos.

Após a identificação destes códigos, foi realizada a sua leitura e reflexão. Desta etapa surgiram as categorias, ou seja, no conjunto de expressões com características semelhantes e com estreita relação com o referencial teórico e objetivos do estudo. As categorias estão assim distribuídas: informações relacionadas aos conceitos (ser humano, necessidade, saúde, ambiente e enfermagem); informações relacionadas à situação de saúde do cliente cirúrgico, incluindo os diagnósticos de enfermagem identificados; informações relacionadas aos aspectos éticos, mediante os princípios da bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça); e as informações relacionadas à experiência hermenêutica no relacionamento enfermeira e cliente (objetificação do outro, compreensão precipitada do outro e abertura para o outro [abertura para si mesmo, abertura para o outro, abertura para a questão problema e abertura à tradição]);

Com o estabelecimento destas categorias concluiu-se a fase de análise deste estudo, que serviu de base para a próxima etapa da análise das informações, denominada de “interpretação da experiência de cuidado”, que está apresentada no próximo capítulo.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar o processo de cuidar, foi feita uma apresentação do projeto à comissão de ética da enfermagem do HU e à equipe de enfermagem da clínica, deixando abertura para discussão.

Após a aprovação pelas referidas equipes, foi iniciado o processo de cuidar junto aos clientes cirúrgicos.

Antes da aplicação do Instrumento para a coleta de dados, foi explicado o estudo aos clientes, sua justificativa, objetivos e metodologia, garantido o anonimato e assegurada a sua escolha de participar ou não do mesmo, podendo interromper sua participação em qualquer tempo, sem que isso interfira no seu atendimento.

Os aspectos éticos deste estudo serão refletidos com base nos princípios da ética biomédica de Beauchamp e Childress (1994): beneficência, não - maleficência, autonomia e justiça.

Cada cliente assinou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), redigido em linguagem simples, sendo explicado detalhadamente, segundo a Resolução - CNS nº 196 de 10 de outubro de 1999.

6 INTERPRETAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO

A análise das informações emergidas do processo de cuidar junto ao cliente cirúrgico continua na fase de interpretação, conforme sugerem Trentini e Paim (1999). De acordo com as categorias formadas durante o processo de apreensão, a interpretação da experiência de cuidado ocorreu em duas etapas: a interpretação da situação de saúde do cliente cirúrgico e a interpretação da abordagem de cuidar em enfermagem à luz da experiência hermenêutica de Gadamer.

Através da interpretação destes aspectos, foi possível a ampliação da compreensão do cliente cirúrgico nesta experiência assistencial. Embora o produto deste trabalho possa ser contextualizado em situações similares, este processo não pode ser entendido como generalização.

6.1 A INTERPRETAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO CLIENTE CIRÚRGICO

A interpretação na pesquisa convergente - assistencial é feita à luz da fundamentação teórico - filosófica utilizada no estudo, associada às informações analisadas (TRENTINI; PAIM, 1999).

Neste estudo, foi realizada a interpretação da situação de saúde do cliente cirúrgico a partir da problemática do cliente cirúrgico apontada pela literatura, dos diagnósticos de enfermagem identificados no processo de cuidar, da associação entre os conceitos do referencial teórico e os princípios da bioética.

6.1.1 Interpretação à luz da literatura e diagnósticos de enfermagem

Meu objetivo neste tópico é compreender, através dos diagnósticos de enfermagem identificados e de outros estudos, as reações do cliente cirúrgico face às inúmeras agressões impostas pelos procedimentos e mudanças na sua rotina de vida. A intenção é compreender as formas de manifestação das suas alterações de saúde, identificando quais os aspectos que devemos estudar, e quando devemos atuar, a fim de prestar uma assistência mais adequada às reais necessidades individuais deste cliente.

Um dos aspectos que se destacou durante a experiência de cuidado foi a falta de informações e esclarecimentos aos clientes. Este fato pode ser exemplificado com o desconhecimento do Cliente A quanto à sua própria situação de saúde; a falta de orientações e informações quanto aos cuidados pós-operatórios, principalmente dos cuidados com a sonda vesical no caso da Cliente B; e o desconhecimento do Cliente D sobre os benefícios da movimentação precoce no pós - operatório. Essas falas ilustram o que estou afirmando:

O que a senhora acha, uma úlcera demoraria tanto tempo para ser descoberta? A “triza” os médicos e a cirurgia não curaram, então vou tomar uma garrafada que os índios tomam lá na minha terra... (Cliente A)

Estou apavorada, nunca cuidei de uma sonda, acho que não vou me adaptar. Não me falaram que eu ficaria com a sonda em casa. (Cliente B, chorando)

Tenho medo de me movimentar. Será que não vai arrebentar tudo por dentro? Estou com dor nas costas, pois estou na mesma posição desde ontem à noite, não sabia que podia me mexer! (Cliente D)

A falta de informações gerou necessidades psicológicas, sociais e biológicas nestes clientes, manifestadas principalmente por medo, ansiedade e insegurança.

Peniche (1998) e Penna (1999) dizem que a falta de informações e orientações ocorre comumente na assistência ao cliente cirúrgico. Afirmam ainda, que esta situação é a grande responsável pelo medo e ansiedade existentes neste cliente.

Álvares (1975) destaca que o fornecimento de informações favorece não somente o alívio do medo e da ansiedade, mas também contribui para uma recuperação mais rápida e com menos desgaste.

Dentre as manifestações apresentadas pelos clientes, a mais freqüente foi a dor. Hense (1987) identificou a dor como a “perturbação” mais freqüente apresentada pelos clientes cirúrgicos, a qual é relatada como um incômodo, que varia de importância de acordo com o grau de desconforto e o tipo de alteração na rotina de vida causada.

A limitação da capacidade física é outro fator apontado pelos clientes cirúrgicos. Como exemplo, cito o caso da Cliente B, que afirmou não suportar ficar em repouso e ter que depender de outras pessoas para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Hense (1987) chama esta limitação de sensações de limite imposta pela dependência da ajuda de outros.

Esta mesma autora relata que o *ter* que se submeter e adaptar-se às normas e rotinas do hospital, é fonte de estresse, o que pode causar insegurança, medo e até perda temporária de identidade. Estas manifestações são identificadas em todos os clientes participantes desta experiência de cuidado.

Meu pai sempre cuidou de tudo e de todos na família. Para ele deve está sendo muito difícil obedecer a todo mundo, inclusive a nós (filhos e esposa). (Filha do Cliente A)

Posso me levantar sozinho. Fico muito chateado de ter que incomodar as pessoas para ir ao banheiro, levantar da cama, vestir a roupa... (Cliente A)

Sou muito ativa, em casa cuido de tudo: da casa, de minha neta, cozinho, passo roupa.... Aqui fico meio sem saber o que fazer. (Cliente B)

Apesar de velho sou muito ativo. Caminho todos os dias, jogo dominó na vizinhança. Estar no hospital sem poder fazer o que eu estou acostumado é difícil. (Cliente C)

Quanto aos diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes desta experiência, são semelhantes aos identificados por Sousa (1997, p.158): ansiedade (100%), risco para infecção (90%), medo (60%), excesso de volume de líquido (55%), constipação (30%), distúrbio no padrão do sono e manutenção do estado de saúde alterado (15%), e mobilidade física prejudicada (10%).

A tabela 1 mostra os diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes deste estudo, com suas características definidoras e fatores relacionados.

Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e que ocorreram em todos os clientes foram: dor, integridade tissular prejudicada, risco para infecção, déficit no autocuidado, déficit de conhecimento, medo, ansiedade e distúrbio no padrão de sono. Este elenco de diagnósticos me permitiu confirmar que o grupo de necessidades biológicas é o que *a priori*, está mais afetado nos clientes no período pós-operatório. Digo, *a priori*, porque me ocorre que talvez não estejamos preparadas para identificar e cuidar das necessidades das demais dimensões. Uma outra possibilidade é que, dada a propriedade de inter-relação das necessidades, o que se nos apresenta como *a priori*, nada mais é do que a conseqüência da insatisfação de uma necessidade de outra dimensão. Como exemplo, temos o diagnóstico de dor, pertencente às necessidades biológicas, que pode estar sendo causado pelo medo e pela ansiedade, diagnósticos pertencentes às necessidades psicológicas. Ao mesmo tempo em que a dor pode levar o cliente cirúrgico a apresentar medo e ansiedade.

Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados no período pós-operatório dos clientes internados na Clínica Cirúrgica I. Florianópolis – SC. 2001.

Diagnósticos de Enfermagem	Frequência
Dor relacionada à incisão cirúrgica caracterizada pela comunicação verbal, expressão facial e corporal de dor; aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da frequência respiratória; rigidez muscular; palidez cutânea; isolamento social.	04
Integridade tissular prejudicada relacionada ao trauma cirúrgico, caracterizado pela ferida operatória.	04
Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene relacionado ao desconforto pós-operatório caracterizado pela incapacidade para pegar objetos de uso pessoal; incapacidade de chegar até o banheiro; incapacidade para ensaboar todas as partes do corpo; incapacidade para enxaguar todas as partes do corpo; incapacidade para secar todas as partes do corpo.	04
Déficit no autocuidado: vestir-se e arrumar-se relacionado à presença de cateteres caracterizado pela incapacidade de colocar ou retirar camisas, camisolas; incapacidade para pegar itens do vestuário; incapacidade para pentear-se.	04
Risco para infecção relacionada à presença de dispositivos invasivos (cateter venoso, sonda vesical, sonda nasogástrica) e ferida operatória.	04
Distúrbio no padrão de sono relacionado ao ambiente hospitalar (ruídos, odores, luminosidade, familiaridade com o colchão) caracterizado por irritabilidade, inquietação; interrupção do sono por várias vezes durante a noite; queixa de cansaço e mal-estar durante o dia; aumento da pressão arterial.	04
Déficit de conhecimento relacionado à falta de orientação sobre os cuidados e procedimentos pré-operatório caracterizado por falta de conhecimento sobre os benefícios do tratamento, temor quanto às medidas terapêuticas adotadas.	04
Ansiedade relacionada ao desconhecimento sobre os cuidados pós - operatórios caracterizada por apreensão, preocupação; insônia; expressão facial tensa; aumento da pressão arterial; aumento da frequência cardíaca.	04
Medo relacionado com experiências anteriores negativas, caracterizado por choro, relato de pânico, aumento da pressão arterial; aumento da frequência cardíaca; apreensão; insônia.	04
Andar prejudicado relacionado à cirurgia caracterizado pela capacidade diminuída para caminhar, subir escadas, aclives e declives.	03
Constipação relacionada à manipulação cirúrgica e jejum prolongado caracterizada pela não eliminação de fezes por três dias ou mais; mudança no hábito de evacuação; ruídos intestinais diminuídos; macicez abdominal; relato de desconforto abdominal.	01
Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita relacionado ao jejum prolongado caracterizada pela diminuição do peso corporal; apatia.	01

Diante da situação de saúde do cliente cirúrgico configurada pelos diagnósticos de enfermagem identificados, comparados e corroborados por diversos estudos já realizados sobre o assunto, percebemos que este cliente possui necessidades da dimensão biológica, social, psicológica e espiritual, que se inter - relacionam determinando a sua situação de saúde.

Assim, a assistência de enfermagem a este cliente, deve estar baseada na relação dialógica, onde a enfermeira ou enfermeiro busca compreender suas necessidades e, através de decisões compartilhadas com o cliente, determinam a forma e circunstâncias para o seu atendimento.

6.1.2 Interpretação à luz dos conceitos

Conceitos são representações mentais mais amplas sobre uma determinada realidade (TRENTINI; PAIM, 1999). Os conceitos deste estudo foram formulados com o propósito de guiar a análise e a interpretação da experiência assistencial. Relembro aqui os conceitos utilizados nesta etapa do trabalho: ser humano/cliente cirúrgico, necessidade, saúde, ambiente e enfermagem.

6.1. 2.1 Ser humano/cliente cirúrgico

Em diversos momentos identificou-se a multidimensionalidade, totalidade e indivisibilidade do cliente cirúrgico. A dimensão biológica foi facilmente identificada em todo o processo de cuidar. Isto aconteceu devido às alterações funcionais e estruturais que uma cirurgia causa a uma determinada pessoa. As

necessidades consideradas elementares e essenciais para a sobrevivência como, por exemplo: oxigenação, nutrição, locomoção ficaram bem evidentes como tal. O atendimento dessas necessidades pode ser realizado durante um banho ou durante a realização de um curativo; cuidados estes muito freqüentes não só nos clientes atendidos, como na grande maioria dos clientes cirúrgicos.

A dimensão psicológica refere-se aos sentimentos e emoções e demais processos mentais (pensamento, memória). Na situação de saúde do cliente cirúrgico as incertezas geradas pela própria cirurgia provocam, com muita freqüência, a insatisfação da necessidade de segurança emocional. Como no caso da Cliente B, a qual diante da dúvida sobre a eficácia da cirurgia na resolução de seu problema de hérnia abdominal, apresentava medo de se movimentar e muita insegurança em relação à atuação dos profissionais. Ela dizia:

Estou muito preocupada, tenho medo de andar, tomar banho... mas ao mesmo tempo este repouso me incomoda, não estou acostumada com isso. Não vou me mexer, pois a bexiga pode voltar a cair e a hérnia voltar. Entro em pânico só em pensar da hérnia voltar e a bexiga cair, é muito sofrimento...

Outro aspecto gerador de medo e insegurança no cliente cirúrgico é a falta de confiança nos profissionais de saúde e as idéias preconcebidas em relação ao hospital. Como no exemplo do Cliente D, que nunca havia estado em um hospital antes, e cujo referencial desta instituição tinha sido construído através de casos contados por pessoas conhecidas, que tinham passado por experiências desagradáveis e através de notícias veiculadas nos meios de comunicação, tais como falta de estrutura física adequada, falta de materiais, falta de pessoal qualificado.... Após ter recebido meu convite para participar da prática assistencial, ele confessou:

Ainda bem que a senhora vai estar sempre comigo, pois morro de medo que alguém faça alguma coisa de errado: fazer a medicação errada, deixar eu cair da cama.... Sempre tive muito medo de hospital e agora sinto-me inseguro e indefeso, pois a gente ouve falar tanta coisa...É

“enfermeiro” que mata com medicação, é médico que deixa as pessoas mutiladas depois de uma cirurgia, enfim estou apavorado!

Todos os clientes manifestaram o desejo de ter alguém da família durante a internação. Este fato evidencia a manifestação da necessidade de viver em grupo (gregária). A presença da família diminuiu o estresse causado pela internação e pela cirurgia. Na história do Cliente D, ele só aceitou os cuidados após ter assegurado que sua esposa permanecesse com ele.

Além de manifestarem o desejo de ter alguém da família junto de si, alguns clientes consideraram imprescindível a sua presença durante a internação, sendo o motivo principal para a recuperação. Até mesmo no período trans – operatório, enquanto permanecem na sala de cirurgia, ficam mais tranquilos quando sabem que alguém querido os aguarda no hospital. Certa vez, uma cliente que iria ser submetida à herniorrafia umbilical, teve uma crise de hipertensão arterial no centro cirúrgico porque sua filha não chegou a tempo de despedir-se antes dela sair do quarto. A enfermeira tentou consolá-la dizendo não ser necessária a presença de sua filha naquele momento, pois ela não poderia fazer nada enquanto estivesse em cirurgia. Resultado, sua cirurgia foi suspensa devido à crise hipertensiva.

Na história do Cliente A, também fica claro o papel da família como mantenedora da segurança emocional e afetiva do cliente cirúrgico. Em um dos poucos momentos de descontração e sorriso, ele falou:

Hoje estou muito feliz, vou receber a visita de meus parentes: meus irmãos, sobrinhos, netos.... Vai ter tanta gente que eu vou ter que descer na recepção de visitas pois eles não vão caber no quarto.

A dimensão espiritual é compreendida a partir do significado de alma como consciência, que está relacionada à capacidade de agir e de pensar sobre si mesmo. É esta capacidade reflexiva do ser humano que denota sua singularidade e que representa a sua liberdade.

Assim, ao atender à solicitação do Cliente A para aguardar a presença da sua filha a fim de começarmos a entrevista, considereei a sua

multidimensionalidade, isto é, levei em consideração suas dimensões social e espiritual. Social no sentido de suas relações familiares (esperar a filha para a entrevista). Espiritual quando considerado como um ser que tem consciência, capacidade para agir e fazer escolhas.

A totalidade e a indivisibilidade do ser humano podem ser constatadas no momento em que a Cliente B recebe a notícia de que iria para a sua casa com a sonda vesical. Neste momento, teve uma crise de hipertensão, aumento da dor incisional e insônia, devido à preocupação por não saber cuidar da sonda. Neste caso, o motivo das necessidades biológicas (regulação vascular: hipertensão; percepção dos órgãos dos sentidos: dor; sono e repouso: insônia) surgidas pode ser atribuído às necessidades de segurança emocional (preocupação) e aprendizagem (não saber cuidar da sonda), mostrando a inter - relação existente entre as necessidades.

Situação semelhante foi identificada na história do Cliente D, o qual, no primeiro dia de apendicectomia, estava ansioso e com medo por sua esposa não poder ficar com ele durante a internação. Considerando-o como um ser multidimensional, total e indivisível, o surgimento de uma necessidade social (gregária, possibilidade da esposa não poder permanecer no hospital com ele) estava influenciando e gerando uma necessidade psicológica (segurança emocional manifestada por ansiedade e medo).

A capacidade para agir com a finalidade de satisfazer as suas necessidades e atingir seus objetivos vitais pode ser identificada na história da Cliente B. Assim que recebeu as orientações de como cuidar da sonda vesical, imediatamente pôs-se a cuidar da sonda, tornando-se independente para este cuidado. Desta forma ela atingiu seu objetivo daquele momento, que era cuidar da sonda vesical sozinha (autonomia, independência), preparando-se para a alta.

Da mesma forma com o Cliente C, que no primeiro dia de pós-operatório estava deitado, sem se movimentar, achando que a movimentação iria prejudicar a sua recuperação cirúrgica. Quando lhe esclareci que a movimentação é um dos fatores importantes para a recuperação após uma cirurgia, respondendo aos seus

questionamentos sobre o assunto, imediatamente ele quis levantar-se para tomar banho no chuveiro e permanecer sentado depois. Ele dizia:

Quero muito tomar um banho de chuveiro, sair desta cama. Sabe, apesar de velho eu sou muito ativo (disse rindo para a esposa). Mas não sei se devo me levantar, pode arrebentar os pontos, estragar a cirurgia... Agora que a senhora me esclareceu vou me levantar....

Por outro lado, algumas vezes também podemos identificar a desconsideração de aspectos do conceito de ser humano/cliente cirúrgico durante o processo de cuidar. Por exemplo: o Cliente C que fazia uso de uma medicação, com efeito diurético há muitos anos, para tratamento de hipertensão arterial. Tomava esta medicação sempre pela manhã. Porém, no hospital, em função das rotinas e da desconsideração da autonomia e da capacidade para agir do Cliente C, esta medicação foi administrada durante a noite. Como consequência, ele teve de levantar-se por várias vezes para urinar, o que interferiu na necessidade de sono e repouso. Resultado, no período da manhã estava normotenso e com sono.

Nesta situação, os profissionais de enfermagem preocuparam-se somente com a dimensão biológica do Cliente C, atendendo à necessidade de regulação vascular (manifestada por hipertensão) de eliminação e regulação hidroeletrólítica, desconsiderando as suas dimensões psicológica, social e espiritual, que inclui a sua capacidade reflexiva que o habilita para realizar as suas atividades instrumentais e básicas da vida diária, como tomar medicação em horário que lhe parecer mais conveniente.

6.1.2.2 Necessidade

As necessidades podem ser expressas sob várias proposições, neste estudo utilizei a proposição sugerida por Liss (1996), do tipo “A necessita de X com o objetivo de alcançar Y. Onde A representa a pessoa que tem a necessidade ou o sujeito da necessidade; X representa aquilo que é necessitado ou o objeto da necessidade; e Y representa o objetivo da necessidade”.

Então, A significa o ser humano com suas necessidades não satisfeitas, que através de X, o processo de cuidar, alcança Y, ou seja, a satisfação de suas necessidades.

Podemos identificar este aspecto do conceito de necessidade, por exemplo, na história da Cliente B (sujeito da necessidade), que necessitava aprender sobre os cuidados com a sonda vesical (objeto da necessidade), para poder cuidar da sonda em casa, quando tivesse alta hospitalar (objetivo da necessidade). Através das orientações sobre os cuidados com a sonda vesical, ela tornou-se independente para cuidar da sonda vesical.

Quando conhecemos o objetivo de uma necessidade, podemos inferir o tipo de objeto que será necessário para satisfazê-la. Neste caso, o objetivo da necessidade era cuidar da sonda vesical em casa, a qual foi satisfeita mediante o processo de cuidar em enfermagem (fornecimento das informações para cuidar da sonda).

Portanto, o processo de cuidar realizado com a Cliente B possibilitou a compreensão da sua real situação de saúde, ou seja, quais os objetivos que queria alcançar, quando e como, e quais os objetos necessários para satisfazer aquela necessidade.

Outro aspecto do conceito de necessidade, é que o seu objetivo funciona como um justificador, ajudando a própria pessoa e o profissional a decidirem por satisfazer esta ou aquela necessidade, quando e como. No caso da Cliente B, ela decidiu sobre o momento em que a orientação sobre os cuidados com a sonda deveria acontecer, motivada pelo objetivo da sua necessidade de aprendizagem, ou seja, cuidar da sonda em casa.

A utilização do conceito de necessidade no processo de cuidar em enfermagem exige o estabelecimento de critérios para decidir sobre a sua satisfação, pois não é possível satisfazer toda e qualquer necessidade ou desejo do cliente. Isto norteou a satisfação das necessidades do cliente cirúrgico neste processo de cuidar, pois de acordo com as prioridades estabelecidas pelos próprios clientes, a ordem de levantamento de necessidades no instrumento de histórico de enfermagem foi modificada de cliente para cliente.

6.1.2.3 Saúde

O conceito de saúde deste estudo tem como um dos aspectos a habilidade do cliente cirúrgico para atingir seus objetivos vitais, o qual tem a liberdade para escolher qual, quando e como uma determinada necessidade será satisfeita. Neste sentido, a saúde é entendida dentro da perspectiva de cada pessoa em particular.

Em toda a experiência assistencial, foi respeitado este aspecto do conceito de saúde. Como, por exemplo, o Cliente A estava com ansiedade e insônia, então propus a realização do relaxamento para diminuir a ansiedade e acabar

com a insônia; ele optou pelo relaxamento, escolhendo como e quando atender a suas necessidades.

No caso da Cliente B, podemos dizer que num primeiro momento ela estava com sua situação de saúde comprometida, tendo em vista as limitações impostas pela cirurgia para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária (necessidades de auto-cuidado e mobilidade física), como: levantar da cama, tomar banho, movimentar-se sozinha. Após receber as informações acerca dos cuidados pós-operatórios, principalmente com a sonda vesical, ela readquiriu a habilidade para atingir seus objetivos de vida, melhorando a sua situação de saúde.

Outro fator que estava comprometendo a sua situação de saúde era a falta de informação sobre os cuidados pós-operatórios e, principalmente, a informação de que iria para casa com a sonda vesical por mais sete dias após a alta hospitalar. Ou seja, o ambiente artificial, mais precisamente o hospital, estava influenciando negativamente na sua situação de saúde. Estes fatores estavam diminuindo a habilidade da Cliente B em atingir seus objetivos vitais.

A saúde percebida através da perspectiva da própria pessoa, é visualizada na história do Cliente D. Percebi que a falta da esposa estava diminuindo sua capacidade para atingir objetivos vitais (higienizar-se mantendo a sua privacidade, segurança), ou seja, diminuindo sua saúde. Então, sugeri que a esposa permanecesse com ele durante todo o dia. Como resultado ele pôde tomar banho sem sentir-se invadido na sua privacidade e pode movimentar-se com segurança.

6.1.2.4 Ambiente

De acordo com a classificação de ambiente em natural e artificial, o hospital faz parte do ambiente artificial. Este ambiente influencia tanto positiva como negativamente a situação de saúde do cliente cirúrgico. Se por um lado o hospital fornece uma certa segurança quanto aos cuidados de saúde necessários, por outro, gera insegurança conseqüente ao afastamento dos clientes de seu ambiente familiar e de pessoas significativas. Este aspecto pode ser percebido pela insegurança implícita em uma situação na qual o Cliente A, só aceitou iniciar a entrevista após a presença da filha.

A fim de amenizar as conseqüências negativas causadas pelo afastamento dos familiares, o Hospital Universitário tem modificado sua rotina quanto à permanência de acompanhante junto aos clientes. Na Clínica Cirúrgica I, por exemplo, a rotina estabelece a permanência de uma pessoa como acompanhante na primeira noite de pós - operatório. No caso de pessoas acima de 60 anos e residentes em cidades muito distantes do hospital, o acompanhante pode ficar durante todo o tempo em que o cliente estiver internado. No entanto, a questão que se coloca é: por que somente alguns clientes (idosos e moradores de cidades distantes do hospital) podem permanecer com acompanhante durante a internação, por que não todos?

Uma das respostas a esta questão é o fato da clínica não possuir condições físicas de abrigar a todos os acompanhantes. Faltam cadeiras adequadas para repouso, armários, locais para a higienização dos acompanhantes, fornecimento de refeições. Assim, não basta aceitar a permanência de acompanhantes, mas é preciso também que se forneça a condição para a sua permanência junto ao cliente. De qualquer maneira, o fato do “hospital” estar mais do que sensível à necessidade dos clientes e familiares

permanecerem juntos, já ameniza umas das conseqüências negativas da hospitalização.

Na história da Cliente B, a influência negativa pôde ser identificada através do medo e da insegurança manifestadas em relação à recuperação da cirurgia (medo de se movimentar, insegurança quanto à eficácia da cirurgia).

Na situação do Cliente C, quando ocorreu a troca do horário habitual da sua medicação diurética, para adequar-se ao horário de rotina do hospital, percebi a influência negativa deste ambiente sobre a saúde do cliente.

No caso do Cliente D, confirma-se o ambiente como uma influência negativa na sua situação de saúde. Devido ao ambiente estranho, com ruídos, cheiros diferentes de seu ambiente familiar, foi dificultado seu sono durante a noite.

O fato deste mesmo ambiente afastá-lo da esposa, estava deixando-o ansioso e com medo. Isto foi amenizado com a reconsideração da norma estabelecida e permissão da permanência da esposa.

Por outro lado, a influência positiva deste ambiente também pôde ser constatada. Além de propiciar o tratamento e cuidado para um problema de saúde que acompanhava o Cliente C há tempos, foi permitida a permanência de sua esposa como acompanhante. Esta medida, que já faz parte das normas e rotinas de permanência de acompanhantes do hospital, diminuiu o estresse de um ambiente estranho, que mantém familiares e amigos longe da pessoa.

Esta sua fala pode dar uma idéia do significado desta medida para ele:

Eu estou muito satisfeito com o tratamento neste hospital, pois me sinto muito seguro com a presença de minha mulher, pois nós nunca nos separamos. Ela está sempre comigo, me ajudando a me recuperar. Ela é um dos motivos da minha recuperação tão rápida!

6.1.2.5 Enfermagem

O conceito de enfermagem inclui o atendimento das necessidades básicas do ser humano, com o objetivo de torná-lo independente desta assistência, através do ensino do autocuidado. Este aspecto reforça a importância da dimensão educativa na atividade da enfermeira ou do enfermeiro, a qual é observada em vários momentos desta experiência de cuidado. Como exemplo, novamente retomo o caso da Cliente B, onde boa parte do processo de cuidar foi dedicada às orientações com a sonda vesical, a fim de prepará-la para o autocuidado (cuidar da sonda vesical em casa). Com os Clientes C e D, as orientações quanto à importância da mobilização precoce, tiveram um papel essencial tanto na sua recuperação cirúrgica, quanto na promoção do bem-estar e manutenção de seus hábitos. Estas suas falas, comprovam este aspecto:

Agora me sinto gente de novo. Nossa, quase dois dias sem tomar banho, costumo tomar todos os dias, até duas vezes ao dia ...Com este calor eu mesmo não me suportava mais. (Cliente D)

Eu sou muito ativo, poder sair da cama sem precisar me preocupar se a cirurgia vai ser prejudicada é muito bom. Ah! e estou respirando melhor, pois meu enfisema pulmonar já estava querendo “atacar”. (Cliente C)

A enfermagem, como uma profissão de ajuda, com ênfase nas relações interpessoais, pode ser visualizada em todo o processo de cuidado.

Na história da Cliente B, toda a assistência prestada teve como objetivo ajudá-la a restabelecer ou melhorar a habilidade para satisfazer as suas necessidades, alcançando seus objetivos vitais. Isto pode ser identificado na ajuda para movimentar-se, tomar banho e nas orientações quanto aos cuidados com a sonda vesical.

Um outro aspecto do conceito de enfermagem é a relação dialógica entre semelhantes que, embora tenha como propósito compreender as necessidades do cliente e obter decisões compartilhadas, de acordo com Gadamer (1996) não se trata de um método ou instrumento da assistência e, sim, parte do próprio processo de cuidar.

Na história do Cliente A, a atitude da enfermeira de compreender e respeitar a sua necessidade de esperar a filha para começar a entrevista, demonstra justamente o pensamento de Gadamer acerca do papel do diálogo no processo de cuidar. Foi também pela relação dialógica que este cliente foi ajudado a decidir como e quando satisfazer suas necessidades. Dialogando, cliente e enfermeira, conversaram sobre as possíveis conseqüências dele tomar a “garrafada”, tendo feito recentemente uma cirurgia de estômago e também, decidiram se cobriam ou não a incisão com gazes. Ainda, através da conversação ou diálogo, falando sobre si o cliente ficou mais tranquilo, confirmando o caráter terapêutico do diálogo.

Concluindo esta etapa do estudo, acredito que consegui visualizar como os conceitos do marco se inter-relacionaram na experiência assistencial auxiliando-me a compreender alguns aspectos da situação do cliente cirúrgico no período pós-operatório. Dentre estes aspectos ressalto, no conceito de ser humano, a questão da multidimensionalidade, caracterizada pela natureza e inter-relação das diversas necessidades. No conceito de necessidade o que mais chamou a minha atenção, foi a importância do diálogo na identificação dos objetivos das necessidades dos clientes, que, por sua vez, auxiliaram na decisão sobre quais os objetos necessários à sua satisfação.

Já no conceito de saúde, um dos aspectos mais evidentes foi a incapacidade temporária dos clientes para atingir suas necessidades e objetivos vitais; fato este que resulta em dependência de outros (profissionais de saúde e familiares) para realizar as atividades básicas da vida diária. Este fato nos remete de volta a questão do papel dos familiares na recuperação e bem - estar dos clientes cirúrgicos.

Considerando o hospital como o ambiente artificial, ou seja, construído pelo ser humano, me chama a atenção o fato de ter tantas limitações físicas que influenciam de maneira negativa a situação de saúde do próprio ser humano, causando insegurança, isolamento social e restrição à liberdade. Fica então a pergunta: por que o ser humano constrói um ambiente que tem como objetivo cuidar da sua saúde, com tantas características que o prejudicam?

No conceito de enfermagem, fica evidente a importância do diálogo na identificação e atendimento das necessidades reais do cliente cirúrgico.

6.1.3 Interpretação à luz dos princípios da ética biomédica

Outro ponto importante para reflexão, é o da dimensão ética. Principalmente naqueles aspectos relacionados à pergunta: como devemos agir em relação aos outros? Para tanto, tomo como base filosófica, para a reflexão, os princípios da ética biomédica de Beauchamp e Childress (1994): beneficência, não - maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da beneficência deve ser entendido como a obrigação de ajudar os outros, sempre a favor de seus interesses. É o primeiro princípio da bioética (embora para a medicina, o primeiro seja o de não-maleficência), é a base de todas as obrigações dos profissionais de saúde (CAPONI; BUB, 1999).

Em toda a experiência de cuidado, procurei agir conforme este princípio, pois meu relacionamento com os clientes tinha como propósito ajudá-los a recuperar a habilidade para satisfazer suas necessidades. Isto pode ser exemplificado no caso da Cliente B, em que foram realizadas as orientações

quanto aos cuidados pós-operatórios com a sonda vesical, capacitando-a para atingir seu objetivo de cuidar por si mesma da sonda vesical após a alta hospitalar. Em outra situação, a enfermeira combinou com o Cliente A a melhor forma de fazer seu curativo, cobrindo com gazes conforme a sua vontade, agindo de acordo com o princípio da beneficência.

Temos que tomar cuidado para não confundir este princípio com o princípio da caridade, pois de acordo com este último, o outro não tem o direito de escolher quando e como quer ser ajudado; é o profissional que se considera mais habilitado para fazer escolhas pelo cliente. Como na história do Cliente A, que retirou seu braço ao toque da enfermeira, e esta insistiu tocando-o durante o banho e no exame físico, baseada em suas crenças e conhecimentos pessoais. Esta decisão - unilateral - de tocar o Cliente A, supõe que a enfermeira acredita que o cliente não tem a habilidade suficiente para fazer escolhas e tomar decisões sobre si, cabendo à enfermeira decidir por ele. Portanto, trata-se de uma visão distorcida do princípio de beneficência.

O princípio da não-maleficência rege o princípio da ética hipocrática, e implica no dever de abster-se de fazer qualquer mal para os clientes. Isto se refere não só ao dever de não fazer o mal intencionalmente, mas, também, de não colocar o cliente em situações de risco desnecessário. Um exemplo disto foi o momento em que a enfermagem administrou o diurético ao Cliente C, sem considerar o horário habitual em que ele estava acostumado a tomá-lo em sua casa, fato este que prejudicou seu sono. Embora a intenção fosse fazer um bem (administrar o diurético), foi causado um mal (prejuízo do sono).

O terceiro princípio é o da autonomia, o qual implica no respeito à autodeterminação da pessoa. Ao considerarmos os clientes como seres livres, com habilidade para agir, com sentimentos e desejos, devemos agir respeitando e não interferindo nas suas escolhas (CAPONI; BUB, 1999).

Nesta experiência de cuidado, procurei agir de acordo com este princípio. Por exemplo, quando atendi à solicitação do Cliente A para esperar a filha para começarmos a entrevista. Não interferei na sua escolha. Respeitei a sua vontade

de aguardar a filha, isto é, a sua habilidade para agir, baseado em seus desejos e sentimentos.

Em outras situações verifiquei que este princípio não foi respeitado no processo de cuidar. Para que este princípio seja exercido pelo cliente como um direito, para que o cliente possa optar de forma consciente, ele ou ela precisa de informações. E para que isto ocorra, torna-se necessário capacitá-lo para agir de acordo com sua autodeterminação, fornecendo-lhe as informações necessárias sobre a sua situação de saúde. No entanto, antes de tudo deve-se respeitar suas crenças, valores e modo de se expressar no mundo, transmitindo as informações de maneira clara e acessível.

A identificação do diagnóstico de Déficit de conhecimento em todos os clientes me fez refletir sobre a prática do fornecimento das informações ao cliente antes de ser submetido à cirurgia. Tomei consciência do quanto privamos os clientes de informações básicas, tais como: quais os cuidados que deverá ter em casa no pós-operatório; como deverá ser a sua recuperação, quais os dispositivos que terá de usar (sondas, cateteres, drenos); e até mesmo informações relativas à data e hora da cirurgia. É comum os clientes reclamarem que foram pegos de surpresa quanto à data da cirurgia, e por este motivo tiveram pouco tempo para avisar seus familiares e organizar suas vidas. Portanto, a partir do momento em que não se está dando condições para que o cliente faça suas escolhas de maneira livre e consciente, não se está agindo de acordo com o princípio da autonomia.

É importante ressaltar o quanto é difícil respeitar as escolhas do cliente, principalmente quando estas vão contra nossas crenças, valores e expectativas. Um exemplo disto é o caso do Cliente A, quando retirou o braço ao ser tocado e a enfermeira insistiu no toque de maneira sutil, sem que ele percebesse. Mesmo considerando a sua intenção de estreitar os laços e favorecer a relação dialógica, sua atitude estava embasada em crenças e conhecimentos pessoais, os quais não foram explicados ao cliente e, por este motivo, ele não pôde escolher conscientemente. Portanto a decisão de não ser tocado não foi respeitada.

Por último temos o princípio de justiça, o qual, segundo Caponi e Bub (1999), significa conceder a todos o direito de receber cuidados de saúde quando for necessário, tendo todos as mesmas oportunidades para gozar desses benefícios.

De acordo com este princípio, vamos refletir sobre a decisão que os profissionais de saúde tomaram em não contar a verdade sobre o câncer e a cirurgia paliativa do Cliente A, baseados no medo de seus familiares de que ele tivesse depressão.

Muitas vezes, os profissionais de saúde acreditam saber o que é um bem para o cliente, mesmo que isto vá contra seus desejos e objetivos. Nas conversas que tivemos, a todo o momento o Cliente A se referia à sua desconfiança quanto à gravidade de sua situação de saúde e deixava *implícito* a vontade de saber a verdade, para poder tomar as decisões acerca de seu trabalho, e até sobre cuidados alternativos de saúde.

Fico imaginando se tivéssemos falado a verdade; penso que, provavelmente, depois de alguma revolta e tristeza, baseada em algumas características de sua personalidade, acredito que ele começaria a reorganizar a sua vida e buscaria outras possibilidades para alcançar bem-estar. Portanto, em muitas situações, podemos cometer injustiças ao tomarmos decisões pelos clientes.

No caso do Cliente D, ao permitir a permanência de sua esposa como acompanhante, atendendo ao seu desejo, procurei agir conforme o princípio de justiça, assegurando-lhe o direito de ter acompanhante.

6.2 INTERPRETAÇÃO DA ABORDAGEM DE CUIDAR EM ENFERMAGEM À LUZ DA EXPERIÊNCIA HERMENÊUTICA DE GADAMER

Na maioria das vezes, o cliente está em desvantagem na relação com a enfermeira ou enfermeiro. Frequentemente está cheio de medo e dúvidas, e não tem os conhecimentos necessários para avaliar e tomar as decisões acerca da sua situação de saúde sem ajuda profissional. É por este motivo que dizemos que este tipo de relação costuma ser assimétrica. Neste tipo de relação, não existe o diálogo, e as decisões são tomadas unilateralmente, a vontade e percepção do cliente são desconsideradas.

No relacionamento dialógico, o foco é o relacionamento entre dois parceiros, que buscam uma decisão compartilhada. É através do diálogo que vão se respeitar enquanto semelhantes (ÁRNASON, 2000 apud BUB, 2001).

A experiência hermenêutica de Gadamer está baseada na relação dialógica. Este autor distingue três modos de experiência no relacionamento enfermeira e cliente: a objetificação do outro, a compreensão precipitada do outro e a abertura para o outro (abertura para si mesmo, abertura para o outro, abertura para a questão - problema e abertura à tradição).

O que passo a fazer a seguir é encontrar e descrever exemplos dos três modos de experiência descritos por Gadamer, na minha experiência de cuidado. Mais do que isto, é quase um exame de consciência acerca da minha forma de agir em relação ao cliente.

Na história da Cliente B, a objetificação do outro ocorreu na relação entre médico e cliente, quando a cliente foi informada que teria de ir para a casa ainda com a sonda vesical. Ela ficou apavorada e teve uma crise de choro, pois não tinha idéia de como se cuidar com uma sonda vesical. Neste caso, a cliente como um ser que tem dúvida, insegurança e medo, não foi respeitada. Também não

foi respeitada a cliente como um ser que tem desejos e objetivos de vida. Em resumo, neste tipo de abordagem, a subjetividade do outro é desconsiderada.

O mesmo aconteceu com o Cliente C. A objetificação do outro foi identificada no momento em que não foi considerado seu hábito de tomar a medicação pela manhã, ou seja, negou-se a sua subjetividade, a sua habilidade para agir com a finalidade de satisfazer suas necessidades.

Este tipo de abordagem acontece com muita frequência na assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico. Acredito que um dos motivos seja a predominância de cuidados prestados à dimensão biológica do cliente cirúrgico, que tem sua origem no universo científico em que os procedimentos cirúrgicos se desenvolveram. Esta objetividade científica considera o corpo como objeto de conhecimento e separado da emoção, da razão, e assim foi sendo explorado, retalhado para ser transformado, tratado e dominado. E é esta dominação do corpo que reduz o cliente cirúrgico a um objeto na relação com a enfermeira e enfermeiro.

Em outros momentos, verificou-se a relação enfermeira e cliente baseada na compreensão precipitada do outro. Neste modo de experiência, o outro é reconhecido como um semelhante, mas continua em desvantagem, pois a enfermeira atribui-se o direito de expressar os desejos do cliente melhor que ele mesmo.

O risco deste tipo de relação é de que o cliente seja considerado incapaz de expressar-se e decidir por si mesmo. Como na história do Cliente A, quando foi decidido tocar-lhe, achando que se poderia decidir por ele e quando não foi contada a verdade sobre a sua situação de saúde, baseada na crença de que a família poderia tomar as decisões em seu lugar.

Em diversos momentos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico, observa-se este tipo de relação, onde predomina uma autoridade velada calcada na crença de que a enfermeira ou enfermeiro tem o conhecimento suficiente para decidir pelo cliente. Este poder fundamentado no conhecimento é representado

pela expressão de termos científicos e incompreensíveis, pelas roupas brancas, jalecos e paramentos cirúrgicos, fazendo com que o cliente se sinta amedrontado e incapaz de opinar sobre a sua situação de saúde, deixando-se à mercê destes profissionais. Este tipo de relação é uma forma de dominação, que não conduz à decisão mútua. Acontece sem que tomemos consciência disto, e a enfermeira ou enfermeiro acredita estar fazendo o melhor para o cliente.

A abertura para o outro pode ser identificada em vários momentos do processo de experiência de cuidado. Neste modo de experiência, a enfermeira ou enfermeiro se conscientiza de seus preconceitos (abertura para si mesmo); reconhece que precisa aceitar as crenças e convicções do cliente, mesmo que sejam contra suas próprias crenças e convicções (abertura para o outro); conduz a conversação para uma decisão compartilhada com o cliente (abertura para a questão-problema); e considera os aspectos culturais da questão - problema (abertura à tradição).

Em uma outra situação, tomei consciência do que significa a abertura para si mesmo. Quando comecei a ensinar a Cliente B a cuidar de sua própria sonda tinha a idéia preconcebida de que ela não aprenderia com rapidez. No entanto, quando retornei ao seu quarto no outro dia, ela já estava cuidando da sonda sozinha. Neste momento, tomei consciência de meu equívoco e experimentei o que era a *abertura para si mesmo*. A partir deste momento, reconheço que a Cliente B está apta para cuidar da sonda vesical sozinha. Com esta compreensão da situação (*abertura para o outro*), considerei suas queixas sobre o incômodo e a vergonha de usar a sonda vesical e coletor urinário. Então, *aberta para a questão – problema*, procuramos a decisão compartilhada e amarramos o coletor na face interna da coxa da cliente.

Refletindo sobre esta experiência, percebi que a Cliente B recuperou sua habilidade para agir (amarrar a sonda na coxa), alcançando seus objetivos de vida (andar pela vizinhança e receber visitas mesmo com a sonda), livre da vergonha e do desconforto. Foi também considerado o significado cultural de andar com a sonda vesical em casa, implicando na *abertura à tradição*.

Em outro momento, enquanto eu fazia o curativo do Cliente A, expus a ele sobre as mais modernas concepções sobre curativos e as vantagens de deixar o curativo incisional sem cobertura, pois não havia exsudato. Ele então expressou a sua percepção sobre o fato preferindo deixá-lo coberto. Sendo assim compreendi com o cliente a questão – problema e decidimos juntos cobrir a incisão.

Assim, pude experimentar a relação dialógica genuína, tomando uma decisão compartilhada com o cliente e reconhecendo sua individualidade, vivendo a abertura para o outro, descrita por Gadamer (1996).

Durante esta experiência de cuidado percebi que ocorreram as três formas de abordagem descritas por Gadamer.

No entanto, no cotidiano do cuidado, aos clientes cirúrgicos, a que acontece com mais frequência é a *compreensão precipitada do outro*. Esta forma de abordagem ocorre nas situações em que a enfermeira ou enfermeiro acredita que pode expressar as necessidades do cliente melhor do que ele próprio. Assim, corre-se o risco de transformar a relação entre cliente e profissional numa relação de dominação e manipulação velada. Possibilidade esta que devemos evitar, pois um dos propósitos do cuidado é fazer o bem.

Neste sentido, para que ocorra uma relação dialógica genuína, deve acontecer o que Gadamer denomina de *abertura para o outro*. Neste tipo de abordagem, a enfermeira ou enfermeiro está consciente de seus preconceitos e prejulgamentos, reconhecendo e compreendendo o outro com suas crenças e valores, obtendo decisões compartilhadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação da compreensão da situação de saúde do cliente cirúrgico, aconteceu a partir da descrição e análise da sua situação de saúde e da análise da abordagem de cuidado, à luz da experiência hermenêutica de Gadamer.

Com relação à interpretação da sua situação de saúde, o cliente cirúrgico enquanto um ser multidimensional, total e indivisível, possui necessidades que se inter-relacionam. Estas necessidades referem-se à dimensão biológica, psicológica, social e espiritual.

As necessidades biológicas ficaram bem evidenciadas na situação de saúde do cliente cirúrgico. Pois devido às alterações estruturais e funcionais causadas pela cirurgia, este cliente manifesta as necessidades de percepção dolorosa, integridade física, sono e repouso, cuidado corporal, entre outras, que exigem cuidados de enfermagem específicos e imediatos.

Quanto às necessidades psicológicas, percebi que a insegurança e o medo estão presentes em todos os clientes, variando a intensidade conforme idade, sexo e características culturais.

As necessidades sociais também se manifestaram em todos os clientes, e estão representadas pela necessidade gregária, devido ao afastamento de pessoas significativas causadas pela internação.

Finalmente, a dimensão espiritual que é compreendida a partir do significado de alma como consciência, que está relacionada à capacidade de agir e de pensar sobre si mesmo. É esta capacidade reflexiva do ser humano que denota sua singularidade e que representa a sua liberdade.

A inter-relação, destas necessidades, determinou a situação de saúde dos clientes cirúrgicos, pois, em vários momentos, foi verificada a manifestação de uma necessidade influenciando o surgimento de uma ou mais necessidades. A constatação de que a situação de saúde do cliente cirúrgico é determinada pela inter-relação das suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, leva-nos à reflexão acerca dos objetivos da assistência de enfermagem. Quando conhecemos o objetivo de uma dada necessidade podemos inferir qual o tipo de objeto necessário para satisfazê-la. A partir da compreensão deste cliente, como um ser com habilidade para agir e alcançar objetivos vitais, percebemos que estes objetivos são estabelecidos pelo próprio cliente. Um objetivo é sempre estabelecido, nunca descoberto. Isto precisa ficar claro para nós enfermeiras e enfermeiros, para que passemos a atender às necessidades reais do cliente, da forma mais adequada possível.

A saúde, como a habilidade do ser humano para satisfazer necessidades com o propósito de alcançar seus objetivos vitais, implica na tomada de decisões, que necessariamente precisa estar embasada em informações acerca da sua situação de saúde.

Através desta experiência de cuidado, identifiquei que havia deficiências no fornecimento de informações sobre a cirurgia, anestesia, retorno às atividades

diárias, dificultando a ação do cliente cirúrgico para atingir seus desejos e objetivos vitais.

A atividade educativa faz parte do trabalho cotidiano da enfermagem. Torna-se necessário resgatar a sua importância, principalmente na assistência ao cliente cirúrgico, pois as dúvidas geradas pela desinformação agravam a situação de saúde do cliente, e contribuem para causar o medo e a ansiedade, retardando a recuperação pós-operatória do cliente.

É importante ressaltar que as ações educativas ultrapassam as ações “informativas”. Pois ações educativas pressupõem a troca de “saberes” que se dá entre enfermeira ou enfermeiro e cliente, numa relação dialógica genuína, a qual possibilita o redimensionamento e a construção do conhecimento conjunto.

Percebeu-se também as influências negativas do ambiente hospitalar na situação de saúde do cliente cirúrgico. O afastamento de pessoas significativas e as normas e rotinas hospitalares, configuram-se entres os principais fatores que influenciam negativamente na sua situação de saúde.

É importante que a enfermeira e o enfermeiro estejam atentos a este aspecto, a fim de implementar medidas que amenizem estas influências, como a permanência de acompanhante durante toda a internação e a flexibilização das normas e rotinas do hospital, adaptando-as aos costumes e rotina dos clientes.

O Hospital Universitário já vem realizando mudanças nas suas rotinas, com a finalidade de diminuir as conseqüências negativas da hospitalização. Dentre as diversas medidas adotadas, estão a ampliação das possibilidades de permanência de acompanhantes (primeira noite de pós - operatório, idosos, crianças, pessoas com problemas de saúde grave e cuja residência fica distante do hospital) e presença de objetos e roupas de uso pessoal do cliente.

Os diagnósticos de enfermagem identificados em todos os clientes cirúrgicos foram: Dor, Integridade tissular prejudicada, Distúrbio no padrão de sono, Déficit para o auto - cuidado, Risco para infecção, Medo, Ansiedade, Déficit

de conhecimento. Portanto, o planejamento da assistência de enfermagem deve estar voltado para o atendimento destes diagnósticos.

A identificação do diagnóstico de Déficit para o autocuidado em todos os clientes cirúrgicos no período pós-operatório, nos faz perceber que a dependência é uma das características do cliente no período pós-operatório. Esta dependência está mais relacionada à realização das atividades básicas da vida diária. Este aspecto tem que ser considerado na determinação das normas e rotinas do hospital quanto à presença de acompanhante, pois além de ficar evidente a maior necessidade da sua presença para ajudar o cliente na realização de suas atividades básicas, existem problemas de ordem prática para abrigá-los, como, por exemplo: falta de cadeiras próprias para repouso, maior espaço físico.

Dentre os princípios da bioética, aquele que mais se destacou na assistência ao cliente cirúrgico, é o princípio da autonomia. De acordo com este princípio, deve-se respeitar a autodeterminação do cliente, deve-se considerá-lo como um ser livre, o qual tem habilidade para agir, tem sentimentos e desejos.

Porém, para que o cliente possa agir, precisa estar consciente e receber informações. E para isto torna-se necessário capacitá-lo para agir com autonomia, através do fornecimento de informações sobre a sua situação de saúde. No entanto, antes de tudo, deve-se respeitar suas crenças, valores e o seu modo de se expressar no mundo, transmitindo as informações de maneira clara, acessível, a fim de garantir que o cliente obteve a compreensão necessária para tomar as melhores decisões.

Com relação à interpretação da abordagem de cuidado realizada à luz da experiência hermenêutica, identifiquei que durante a experiência de cuidado, ocorreram as três formas de abordagem descritas por Gadamer.

No entanto, percebi que no cotidiano do cuidado aos clientes cirúrgicos, a que acontece com mais frequência é a *compreensão precipitada do outro*. Esta forma de abordagem ocorre nas situações em que a enfermeira ou enfermeiro acredita que pode expressar as necessidades do cliente melhor do que ele

próprio. Isto acontece sem que a enfermeira ou enfermeiro tenha consciência do preconceito de que o cliente é incapaz de decidir sobre si, pois ele não tem o conhecimento necessário. Assim, corre-se o risco de transformar a relação entre cliente e profissional numa relação de dominação e manipulação velada. Possibilidade esta que devemos evitar, pois um dos propósitos do cuidado é fazer o bem.

Neste sentido, para que ocorra uma relação dialógica genuína, deve acontecer o que Gadamer denomina de *abertura para o outro*. Neste tipo de abordagem, a enfermeira ou enfermeiro, está consciente de seus preconceitos e julgamentos, reconhecendo e compreendendo o outro com suas crenças e valores, obtendo decisões compartilhadas.

A utilização do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas associada à classificação diagnóstica da *NANDA*, possibilitou o resgate da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico, centrada na compreensão da sua situação de saúde, entendendo-o como um ser individual, com certos sentimentos, metas e desejos particulares, além de possuir um corpo biológico. Este aspecto facilitou o planejamento e a realização da assistência mais individualizada, auxiliando no melhoramento da situação de saúde do cliente cirúrgico.

Podemos dizer que as atividades de enfermagem são classificadas em dependentes (aquelas ligadas à execução da prescrição médica), interdependentes (em colaboração com outros profissionais), e independentes (planejadas a partir do diagnóstico de enfermagem).

O uso do diagnóstico de enfermagem levou ao planejamento e realização de atividades de enfermagem classificadas como independentes, aumentando a satisfação e auto-estima profissional. Também intensificou o relacionamento dialógico com os clientes, aumentando a confiança no trabalho realizado, contribuindo para a sua recuperação. Desta forma, colaborou para o reconhecimento social da enfermagem, tão carente de expressão frente à comunidade. Este fato confirma a importância do diagnóstico de enfermagem

como ponto de partida tanto para uma intervenção mais específica e individualizada, quanto para o aumento da autonomia e satisfação profissional.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVARES, L. H. **A orientação do paciente como função da enfermeira**: uma aplicação em assistência de enfermagem cirúrgica. Rio de Janeiro. 1975. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ALVES, J. B. de R. **Cirurgia geral e especializada**. Belo Horizonte: Veja, 1974. 8v.

ANDRADE, M. G. do N. **Prostituição, ocupação de risco**: aplicação de diagnósticos de enfermagem em comunidade – uma proposta. João Pessoa. 1993. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

ANDRADE, T. G. C. S. de. **Ansiedade e infecções cirúrgicas**: estudo de coorte retrospectivo em um hospital-escola do norte do Paraná. Ribeirão Preto. 1989. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ANTUNES, M. J. M. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. da. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa:

Associação Brasileira de Enfermagem, 2000, p. 09 -18. (Série didática: Enfermagem no SUS).

ARAÚJO, C. P. de. **Estudo sobre a necessidade religiosa de pacientes em fase pré-cirúrgica.** São Paulo. 1976. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, M. S. O de. Diagnóstico de enfermagem: abordagem no novo currículo. In: ARAÚJO, M. S. O de; GUEDES, M. V. C. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem.** 2 ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p.106 – 109. (Série Enfermagem no SUS).

ARAÚJO, M. S. O de; GUEDES, M. V. C. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo? In: ARAÚJO, M. S. O de; GUEDES, M. V. C. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem.** 2 ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p.110 – 118. (Série Enfermagem no SUS).

AVILA-PIRES, F. D. de. **Ecologia médica.** 2.ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000. 350p.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics.** 4. ed. New York: Oxford Press, 1994. 546p.

BENEDET, S. A; BUB, M. B. **Manual de diagnóstico de enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da *NANDA*. 1 ed. Florianópolis: Bernúncia. 1998. 178 p.

_____ **Manual de diagnóstico de enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da *NANDA*. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 209p.

BENN, S. I.; PETERS, R. S. **Principles of political thought**. New York: Collier Books, 1964. 63p.

BERSUSA, A. S. **Validação do diagnóstico de enfermagem**: alteração da perfusão tissular periférica em pacientes com vasculopatia periférica de membros inferiores. São Paulo. 1999. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BEYERS, M.; DUDAS, S. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 4v.

BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. Florianópolis, 2001. 104 f. Tese (Doutorado em Filosofia em Saúde e Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

CAPONI, S. N. C. de; BUB, M. B. C. Bioética, exercício profissional e dilemas éticos. In: HERR, L.; SOUSA, M. REIBNITZ, K. S.(Org.) **Fundamentando o exercício profissional do técnico em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SPB, 1999, p.86-100. (Série Auxiliar de Enfermagem, nº 6).

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 812p.

CARVALHO, E. C. de. A utilização do diagnóstico de enfermagem – experiência no ensino. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, n. 1, 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1995. 113p. p. 81 - 91.

COLER, M. S. Validação dos diagnósticos de enfermagem. In: GUEDES, M. V. C; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2 ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 94-99. (Série Enfermagem no SUS).

CRUZ, D. de A. L. M. da. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira. In: GUEDES, M. V. C; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2 ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997a, p.51-58, (Série Enfermagem no SUS).

_____. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo? In: GUEDES, M. V. C; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2 ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997b, p.100 – 105. (Série Enfermagem no SUS).

CRUZ, I. C. F. da. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica: estudo piloto. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 3, n.24, p. 345-358, dez. 1990.

CUNHA, M. M. L. C. **Conhecimento dos adolescentes sobre AIDS: identificação do diagnóstico de enfermagem**. João Pessoa. 1994. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba.

DONAHUE, M. P. **Nursing the finest art: an illustrated history**. 2 ed. St. Louis: Mosby, 1996, 535p.

FARIAS, J. N. et. al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990, 160 p.

FARO, A C. M. e. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular**. São Paulo. 1995. 223 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FERREIRA, A.B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995. 506p

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, Editora da Universidade de São Paulo, 1992. 200p.

FRANÇA, U. de M. **Diagnósticos de enfermagem e uma proposta de intervenções para pacientes com AIDS**. João Pessoa, 1999. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba.

GADAMER, H.G. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1996.189p.

GARCIA, T. R. Diagnóstico de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2 ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p.70 – 76. (Série Enfermagem no SUS).

GARCIA, T. R. e NÓBREGA, M. M. da. A pesquisa sobre diagnóstico de enfermagem: análise de sua contribuição para qualificar o cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn seção Bahia, 1998. 446p. p. 222-229.

HENSE, D. S. S. **Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. Florianópolis. 1987. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

IYER, P. et. al. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 323 p.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. 296p.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Curitiba. 1996. 210f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, REPENSUL, Expansão Pólo I, Universidade Federal do Paraná.

LISS, P. – E. **Health care need**: meaning and measurement. Aldershot: Avebury. 1996. 141p.

MARIA, V. L. R. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: GUEDES, M. V. C; ARAÚJO, T. L. de. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2. ed. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 77-87. (Série Enfermagem no SUS).

McCONNELL, E. A. **Clinical considerations in perioperative nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1987. 75p.

MOREIRA, R. V. de; BARRETO, J. A (Org.) **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa José de Alencar, 2001. 240 p.

NAKATANI, A. Y. K. **Ação educativa do enfermeiro junto ao cliente no pré-operatório**: proposta para sua efetivação. Rio de Janeiro. 1990. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NAZÁRIO, N. O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.134 p.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 204 p.

NÓBREGA, M. M. L da; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L da. (Org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000, p. 19-27. (Série Enfermagem no SUS).

NÓBREGA, M. M. L. da; COLER, M. S.; PEREZ, V. L. de A. B. Utilização dos diagnósticos de enfermagem: tendências e perspectivas na prática assistencial. SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, n.1,

1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1995. 113 p. p.104 - 113.

NORDENFELT, L. On medicine and other species of health enhancement. In: NORDENFELT, L.; PER-ANDERS, T. **The goals and limits of medicine.** Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1996. p. 33-51.

PAIM, R. **Um paradigma para a enfermagem: Teoria sistêmico-ecológica.** Rio de Janeiro: CDB, 1991, 200p.

PANZA, A. M. M. **Efeito da visita pré-operatória de enfermeira do centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório.** São Carlos. 1977. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PAULA, W. K. de. **Releitura da teoria das Necessidades Humanas Básicas.** Florianópolis. 1993. 101f. Tese (Livre Docência) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

PENICHE, A. de C. G. **Influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato.** São Paulo. 1998. 81 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PENNA, R. B. **Representações sociais dos pacientes cirúrgicos: uma reflexão sobre o medo da cirurgia.** Florianópolis, 1999. 205f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

PEREIRA, M. A. **Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem.** João Pessoa, 1997. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

PIMENTA, C. A. de M., et. al. **O ensino da avaliação do paciente:** delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. Revista Latino - Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.69-76, jul. 1993.

PONTES, M. L. V. de. **Validação do diagnóstico de enfermagem déficit do volume de líquido na criança hospitalizada.** João Pessoa. 1996. 70f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

ROCHA, T. de J. **Participação do cliente cirúrgico/enfermeiro no processo terapêutico:** estratégias de assistência de enfermagem. Rio de Janeiro. 1990. 194f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RODRIGO, M. T. L. **Diagnóstico de enfermería de La NANDA:** definición e clasificación 1992-1993. Barcelona: Mosby, 1993, 96 p.

RUELLA, C. de O. **Necessidades e expectativas do cliente cirúrgico sobre o autocuidado no perioperatório:** uma participação do (a) enfermeiro (a) no ambulatório. Rio de Janeiro. 1996. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro

SABISTON, D. C. **Tratado de cirurgia:** as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 2 v.

SANTOS, S. S. C. **Relação com o paciente cirúrgico:** um encontro para a construção de um novo profissional de enfermagem. Ribeirão Preto. 1998. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SALVARANI, M. de C. C. **O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com a enfermeira.** Ribeirão Preto. 1991. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, A. **Percepção dos enfermeiros a respeito do apoio emocional oferecido aos pacientes cirúrgicos.** São Paulo. 1989. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, A S. da. **Doença hipertensiva específica da gestação:** proposta de assistência de enfermagem à gestante. João Pessoa, 1996. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

SILVA, A. L. da; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n.1, p. 82-92, jan./jun. 1993.

SILVA, M. de F. de O C. **Validação do diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz à criança hospitalizada.** João Pessoa. 1994. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba.

SILVA, S. C. da. A visão da enfermagem frente a novos paradigmas - reflexão teórica. **Nursing**, São Paulo, v.2, n.13, p.17-19, fev.1999.

SOUSA, S. de M. A. de. **Diagnósticos de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos.** Salvador. 1997. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, M. B. dos S. **Querendo se livrar do problema :** a experiência do paciente no pré-operatório. João Pessoa. 1999. 66f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba.

SOUZA, M. F. de. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, n.3, 1984, Florianópolis. **Anais....** Florianópolis: Editora da UFSC, 1984. 284p. p. 230-248.

TEIXEIRA, M. E. M. **Relação terapêutica entre equipe de enfermagem e o paciente submetido a cirurgias de pequeno, médio e grande porte.** Rio de Janeiro. 1991. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, M. L. de O. **Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos : um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire.** Rio de Janeiro. 1999. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem:** uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 162p. (Série Enfermagem).

WINKINSON, J. **Nursing process in Action a Critical Thinking Approach.** RedwoodCity: Addison-Wesley-Nursing, 1991. 394p.

VASCONCELOS, J. de M. B. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças hospitalizadas.** João Pessoa, 1998. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Relato da experiência de cuidado

O primeiro cliente, denominado de Cliente A, foi um senhor de 59 anos, branco, casado, trabalhava como lavrador (apesar de estar aposentado), católico, natural e residente em Vidal Ramos. Encontrava-se no primeiro dia de pós-operatório de gastroenteroanastomose (cirurgia paliativa) por um câncer gástrico avançado.

Consentiu em participar do estudo, solicitando que esperasse sua filha chegar para que lesse o termo de consentimento livre e esclarecido, pois “ela é estudada, faz doutorado em psicologia”, preferindo que ela lesse o termo. Falei que esperaria sua filha chegar, o que aconteceu cerca de uma hora depois. Quando chegou, começamos a auxiliá-lo no banho, iniciando a entrevista.

Para a coleta das informações neste encontro, adotei algumas estratégias. Uma delas foi não levar os instrumentos de coleta junto ao cliente, pois isso iria inibi-lo e diminuir o contato visual entre nós. Mostrei os instrumentos para ele e sua filha, expliquei cada etapa do processo, porém não levava comigo, pois já estava acostumada com eles, e quando esquecia de alguma informação, voltava depois para colhê-la.

Iniciei a entrevista pelas informações mais informais e gerais, aprofundando o grau de intimidade das perguntas, na medida em que o contato com o cliente se estreitava.

Coloquei-me ao lado de sua cama tocando o seu braço. Ele, então, o afastou sutilmente, e eu respeitei sua conduta. Mentalmente, associei sua atitude ao fato de ser de descendência alemã, além de morar no interior, onde ser tocado significa uma intimidade muito grande.

No entanto, como considero o toque um elemento essencial no cuidado, pois reforça o contato entre enfermeira e cliente, chama a atenção para o contato, diminui a dispersão e aumenta a confiança, decidi fazê-lo durante a realização do banho e do exame físico.

Quando perguntei qual o motivo de sua internação, o que representava para ele ficar internado, ter sido operado, disse:

acredito que minha doença não era só uma úlcera, do contrário não teria demorado tanto para fazer a cirurgia. Mas espero ficar bom, quero voltar para minha casa, para minha terra. Apesar da minha família afirmar a toda hora que era uma úlcera, eu estou desconfiado... mas agora não me importa eu quero e espero ficar bom. O que a senhora acha, porque uma úlcera exige tantos exames antes de operar e uma cirurgia tão grande?

Diante desta pergunta, ficou claro para mim que ele não sabia do diagnóstico, e como eu não sabia o que lhe haviam contado, devolvi a pergunta: “o que o senhor acha?” Ele respondeu que quando tivesse alta, iria tomar garrafada, pois “isto é que vai me ajudar a voltar a trabalhar, que é o que mais quero”. Perguntei o que continha a garrafada. Disse que era composta de ervas, mel, melado e cachaça. Coloquei que achava um pouco forte para o período pós-cirurgia que estava passando, perguntando o que ele achava. Disse que “não era forte, se o médico não resolvia o amarelão, a garrafada iria resolver.”

Percebi um certo desconforto por parte de sua filha, enquanto ele falava da sua desconfiança quanto ao diagnóstico não revelado. Logo concluí que os familiares tinham decidido não lhe contar sobre sua doença, a cirurgia paliativa e prognóstico reservado.

Pude inferir que ele era um verdadeiro patriarca, um homem acostumado a comandar toda a família e principalmente sua própria vida. E agora seus familiares (filhos e esposa) estavam com medo da sua fragilidade física, tinham medo de enfrentar sua provável revolta. Neste momento senti necessidade de implementar ações que ajudassem a família a enfrentar este momento difícil, pois o resultado da cirurgia foi uma surpresa para eles.

Inicialmente, falava pouco e pausadamente, limitando-se a responder o que eu perguntava. No decorrer do encontro, falou mais sobre si.

Depois do banho, pediu para que o ajudássemos a caminhar pelo quarto. Ao levantar-se, sentiu dor moderada na incisão cirúrgica e um certo cansaço. Perguntei como havia sido sua primeira noite depois da cirurgia, disse que dormiu

bem, depois de ter tomado remédio para dormir, em casa dormia bem sem remédio.

Disse que estava se sentindo um pouco fraco, pois tinha emagrecido cerca de dez quilos em um mês e meio. Aparentava cansaço, então percebi que estava na hora de encerrar o encontro.

Despedi-me agradecendo sua participação, dizendo que voltaria à noite, pois estava de plantão e se ele concordasse, faria um relaxamento com música suave, para deixá-lo mais tranquilo e dormir melhor, se possível sem remédio. Ele concordou com o relaxamento, e disse que aguardaria minha chegada à noite.

Sua filha acompanhou-me até a saída do quarto, e perguntei o que a família sabia sobre a doença de seu pai. Ela respondeu que sabiam que era câncer. Perguntei por que não contavam a verdade, já que ele desconfiava. Respondeu que ele era uma “pessoa muito nervosa e que temiam pela sua saúde emocional.”

À noite voltei ao seu quarto, e o encontrei deitado, estava sozinho, pois seu filho tinha saído para tomar um banho e jantar. Perguntei se queria o relaxamento naquele momento. Respondeu que gostaria, pois estava cansado, precisando dormir tranquilo.

Então, coloquei uma música suave em um aparelho de som portátil que deixo em meu armário no hospital, e solicitei que ele fechasse os olhos, deixando-se levar pela música... Ele logo relaxou e dormiu. Em seguida seu filho chegou e deixei-os sozinhos.

No dia seguinte, apresentava um sorriso no rosto quando me viu, e logo começou a dizer o quanto estava contente e otimista, falando de seus planos. Seu filho estava presente, e somente ouvia suas colocações, demonstrava uma certa preocupação no olhar, apertando as mãos enquanto seu pai falava.

Enquanto eu fazia seu curativo, ele disse estar tranquilo e confiante na sua recuperação. Quando chegasse em casa iria resolver como dar continuidade ao seu trabalho, iria precisar da ajuda do filho que já trabalha com ele. Estava contente também porque à tarde iria receber muitas visitas.

Disse que a dor na incisão havia diminuído, e agora estava mais feliz, pois conseguia andar sozinho, quase sem ajuda. Dormiu bem durante a noite, gostou muito do relaxamento realizado. Disse-lhe que estava contente por vê-lo feliz e bem disposto.

Não tem evacuado desde a cirurgia, e isto estava começando a lhe preocupar. Sugeri que ele comesse alimentos ricos em fibras, tais como frutas e verduras. Falou que gostava muito de fruta. Então, procurei a nutricionista para que negociasse com ele o tipo de fruta preferido, dentro da dieta permitida.

Durante a realização do curativo, perguntei se preferia cobrir ou não a incisão, conversei sobre as vantagens e desvantagens de ambos. Preferiu manter a incisão coberta com gazes.

Ao sair do quarto, perguntei ao seu filho como eles estavam, e ele disse que “doía o seu coração” ouvindo o pai tão otimista (neste momento seus olhos encheram-se de lágrimas). Disse-lhe ser importante que ele tomasse uma atitude otimista, pois isto estava ajudando seu pai a se recuperar. E que se precisasse desabafar, chorar, poderia me procurar, mas que era importante, neste momento, não transparecer tristeza perto de seu pai. Ele agradeceu, e quis sair do quarto para ficar um pouco sozinho. Indiquei-lhe uma sala mais reservada na clínica, para ficar mais à vontade. Ele aceitou.

Voltei para o quarto para despedir-me do Cliente A, e dizendo-lhe que seu filho tinha ido dar uma volta para descansar um pouco. Ao ouvir minha justificativa para a saída do filho, fez uma expressão de preocupação, mas logo voltou a sorrir despedindo-se de mim.

Algumas vezes, ele apresentava um olhar vago, falava pouco, parecia um pouco triste. Nestes momentos eu não sabia o que fazer, então respeitava seu silêncio. Mas apesar de às vezes me sentir um pouco inútil, pois parece que não havia nada que pudesse fazer, ao mesmo tempo percebia que, em muitas situações, não podemos fazer nada, ou melhor, devia respeitar o momento do cliente. Isto acontece quando somos guiados por um referencial holístico, que considera o ser humano em sua multidimensionalidade, respeitando seu momento de vida.

Apesar de mostrar-se triste e calado, manteve sempre a sua altivez, procurando ser independente, controlando sua vida e a da família.

No dia da alta hospitalar, sua esposa procurou-me muito preocupada, devido à sua decisão de tomar a garrafada para curar a “triza”. Pediu-me para conversar com ele, convencê-lo a não usar. Falei que já havia conversado, colocado o possível mal que lhe causaria. Porém, que iria conversar novamente, mas que a escolha seria dele, pois dentro do que conhecia de sua doença, achava que ficaria curado, pois era uma “triza”, que se cura com garrafada.

Entrando no quarto, encontrei-o apressado para ir embora. Perguntei como estava se sentindo. Respondeu que estava animado e com pressa de ir embora. Falei da preocupação de sua esposa sobre sua decisão de tomar garrafada. Disse que iria tomar, pois acreditava que somente isso curaria a “triza”. Argumentou que havia ficado muito tempo internado, fez cirurgia, não tendo solução para a “triza”, agora ia curar-se sozinho.

Novamente expliquei-lhe que os componentes da garrafada, principalmente o álcool, poderiam causar-lhe algumas manifestações desagradáveis, pois tinha acabado de ser operado e seu organismo estava debilitado. Poderia ter enjoos, diarreia, mal-estar, e outros que nem sabíamos. Mesmo assim manteve sua decisão.

Conversei com a esposa e os filhos, sobre a possibilidade de contar a ele a verdade, pois quem sabe desistisse da idéia de tomar a garrafada. Mas eles disseram ter medo da sua reação, poderia ficar revoltado, temiam por sua integridade emocional. Mas disseram-se mais compreensivos com suas atitudes, comprometendo-se a respeitá-las.

Senti-me solidária com sua esposa, diante da sua preocupação, mas tinha que respeitar sua decisão, antes o informando dos riscos que corria.

Tive a certeza de que seus familiares precisavam de ajuda, a fim de enfrentar a situação. Mas estavam indo embora, o que eu poderia fazer? Esperavam de mim uma palavra, alguma atitude que o fizesse mudar de idéia, que o deixasse obediente. Mas imagine, um homem altivo, que sempre tomou suas decisões, ser “convencido” por uma enfermeira... Senti um certo pesar por

não ter conseguido dar condições à família e ao Cliente A de conhecer a verdade, de poder continuar tomando suas decisões conscientemente.

Pude identificar que apesar dos profissionais da saúde não terem falado a verdade sobre seu diagnóstico, e da família não querer que soubesse, ele no fundo já sabia, e havia tomado algumas decisões sobre a sua vida. Estas decisões precisavam ser consideradas tanto pelos profissionais, mas principalmente por seus familiares, para que as condutas referentes à sua situação de saúde fossem adotadas respeitando a sua liberdade, ou seja, a sua essência humana, que mesmo num ambiente restritivo como o hospital, pode e deve ser priorizada no nosso “agir profissional.”

Diante disto, minha atitude foi conversar com seus familiares, colocando sobre a necessidade de respeitar suas decisões, e que uma conversa franca, esclarecendo sobre a sua situação de saúde, talvez pudesse dar mais qualidade ao seu relacionamento, estabelecendo uma relação de ajuda mais efetiva. No entanto, a decisão de contar ou não, caberia à família.

A segunda cliente que cuidei foi uma senhora de 61 anos de idade, separada, morava sozinha, aposentada, natural e residente no Campeche (denominada de Cliente B).

Aproximei-me, apresentando meu estudo, solicitando a sua participação. Ela logo aceitou, leu e assinou o termo de consentimento informado. Neste primeiro encontro, apresentava uma face de cansada, então procurei ter uma conversa breve para não cansá-la ainda mais, comecei a dar-lhe banho no leito, enquanto conversávamos.

Estava no segundo dia de pós - operatório de uma hernioplastia incisional e correção de cistocele.

Falou que estava muito preocupada com a recuperação da cirurgia, pois era muito ativa e o repouso a incomodava. Disse estar sentindo dor no local da cirurgia, principalmente quando se movimentava.

Movimentava-se o menos possível durante o banho de leito, dizendo ter medo de movimentar-se, pois “sabe que a hérnia pode voltar.” Tinha medo também, da bexiga “voltar a cair”, pois isto aconteceu após a primeira cirurgia.

Em seu olhar transmitia muitas dúvidas. Então, disse-lhe que poderia falar-me de suas dúvidas, e, dentro do possível, eu iria esclarecer. Falou que tinha dúvidas quanto ao tempo que deverá permanecer em repouso e sobre o sangramento vaginal.

Orientei como ela poderia se movimentar sem causar grande esforço à parede abdominal, e que solicitasse ajuda, quando necessário. Procurei esclarecer suas dúvidas quanto ao sangramento vaginal e a movimentação.

Depois do banho, ela saiu da cama, sentando numa poltrona ao lado.

Depois de termos conversado, percebi que estava mais tranqüila, expressando no olhar e postura corporal. Pude concluir que o medo e a ansiedade apresentados por ela, estavam relacionados à falta de informação e experiência negativa em outra cirurgia.

No dia seguinte, estava com a aparência de cansada e abatida. Pela manhã, sentiu tontura ao levantar-se e muita dor nas incisões abdominais ao se sentar. Disse que não havia conseguido dormir direito durante a noite. Sua pressão arterial estava em 190/100mmHg.

Assim que cheguei, falou chorando que o médico lhe avisou que ela iria para casa com a sonda vesical, e isso a deixou muito preocupada, pois não sabe cuidar da sonda. Disse sentir medo da infecção, de piorar...

Esta informação também me pegou de surpresa. Percebi a falta de comunicação entre os profissionais. E o mais grave, acima de tudo, é que a própria cliente não sabia que ficaria mais sete dias em casa com a sonda vesical.

Esta falha na comunicação deixou-a muito preocupada, quase em pânico, sendo a causa do aumento da pressão arterial e da insônia.

Voltei ao quarto e começamos a conversar sobre a permanência da sonda, o porquê desta necessidade, e como seriam os cuidados. Ela achou melhor começar a cuidar da sonda desde aquele momento, para que eu corrigisse o que

estivesse errado, e ela pudesse tirar suas dúvidas. Achei que seria uma boa idéia, e começamos os cuidados.

Durante a realização dos cuidados com a sonda, percebi que era muito jeitosa para cuidar de si, logo aprendeu como cuidar da sonda, inclusive adaptando a técnica conforme sua rotina diária e o espaço físico de sua casa. Acredito que esta facilidade para cuidar da sonda deve ter relação com o fato de ser mãe, matriarca que cuidou dos filhos sozinha e agora cuidava dos netos.

Estava preocupada com o aumento de sua pressão arterial e com a insônia. Sugeri que fizéssemos um relaxamento com visualização, ela concordou. Procedemos ao relaxamento, com a visualização de que se recuperaria bem, que conseguiria cuidar da sonda em casa. Ao final do relaxamento e depois de termos trocado idéias sobre os cuidados com a sonda, percebi que ficou mais tranqüila.

As orientações e todo o processo educativo realizado diminuíram sua ansiedade, melhorando seus níveis pressóricos e o sono. Pois no dia seguinte às primeiras orientações, ela veio me receber carregando o coletor urinário e a sonda vesical fechada, já em processo de desmame. E eu que achei que fosse encontrá-la esperando por mim para iniciar os cuidados com a sonda. Como subestimamos os nossos clientes! Às vezes parece sua dependência para a realização dos cuidados, assegura nosso sentimento de ser útil.

Disse que a incomodava muito o fato de ter que sair de casa com a sonda “pendurada”, achava “incômodo e feio.” Neste momento pensei em alguma solução. Perguntei se em sua casa havia ou circulava muita gente, como era? Falou que morava com uma neta, mas que iria receber visitas. Sugeri que usasse um vestido ou saia comprida e mais larga. Amarramos o coletor da sonda na perna e cintura, de forma que não aparecesse muito. Ela gostou da idéia. No dia seguinte teve alta, demonstrando intimidade para lidar com a sonda.

O terceiro cliente foi um senhor de 74 anos, casado, natural de Campos Novos, residente no Campeche, aposentado. Denominei-o de Cliente C. Estava

no primeiro dia de pós - operatório de colecistectomia. Mostrou-se disposto, e à vontade para participar do estudo.

Era sua primeira internação, estava tranqüilo, pois estava acompanhado de sua esposa, “nunca se separavam”. Reclamou sobre a administração de diurético durante a noite, pois teve que acordar várias vezes para urinar. Pensei sobre o quanto não levamos em consideração os aspectos culturais do cliente, quando este é submetido a uma cirurgia. O fato de estar internado implica em mudanças radicais de seus hábitos, até os mais corriqueiros, como tomar uma medicação, nem ao menos perguntamos a ele qual o horário habitual ou sua preferência. Mais uma vez é uma questão de respeito à autonomia do ser humano. Combinamos sobre a mudança do horário de administração, adequando ao seu horário habitual, ou seja, pela manhã.

Parecia muito comunicativo, tendo a necessidade de falar muito sobre a sua vida e do quanto estava satisfeito com a internação. Tocava todo o tempo em minha mão, enquanto conversávamos. Relatou dor moderada na incisão. Apresentava diminuição da acuidade visual no olho esquerdo, devido a acidente de trabalho. Falei sobre a importância de sair da cama, sendo que prontamente resolveu levantar-se para tomar banho no chuveiro.

Apesar da idade avançada, mostrou muita independência para realizar as atividades da vida diária. Percebi que a tranqüilidade apresentada tinha relação com a presença da esposa, pois estavam sempre juntos, cuidando um do outro.

No dia seguinte teve alta, demonstrando muita satisfação por ter se recuperado tão rápido e bem.

O quarto e último cliente, denominado de Cliente D, era um rapaz de 30 anos, casado, trabalhava como supervisor numa empresa de transporte, natural e residente em Ponta das Canas. Era sua primeira internação, estava no primeiro dia de pós - operatório de apendicectomia, por apendicite fase I.

Estava sonolento, pois a cirurgia tinha acontecido durante a noite. Assustado com a internação, ficou mais calmo e seguro com a presença de sua

esposa. Não dormiu bem durante a noite, pois “estranhou o ambiente do hospital”, em casa dormia bem.

Aceitou participar do estudo prontamente, talvez porque achasse que teria uma atenção maior de minha parte, pois teria uma enfermeira quase o tempo todo com ele. Diante da sua colocação, fiquei pensando o quanto a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico é mecanizada. Pois muitas vezes realizamos os cuidados prioritários (de acordo com a ordem determinada por nós mesmos), de maneira rápida, muitas vezes com uma boa qualidade técnica, e nos afastamos do cliente, que muitas vezes está inseguro e com medo. O fato de saber que o ajudaria no banho, e que conversaria mais com ele, deixou-o mais tranquilo, pois estava com medo e cheio de dúvidas.

Esta atitude do profissional é percebida, principalmente, quando o cliente é submetido a uma cirurgia simples, como apendicectomia. Pois do ponto de vista do cuidado à dimensão biológica, as ações são simples, não exigindo muito tempo do profissional. Mais um fato que denota o conceito de ser humano/cliente cirúrgico e concepção de saúde reduzido a uma só dimensão, esquecendo-se das demais, e da inter - relação delas.

Falei da importância de se movimentar precocemente. Então quis levantar-se para ir ao banheiro. Sentiu um pouco de tontura ao levantar-se, aceitando com certa relutância minha ajuda. Fez uma expressão de assustado, dizendo que ficaria mais seguro se sua esposa o ajudasse, solicitando a sua presença, pois, segundo as normas do hospital, ela só poderia ficar na primeira noite da cirurgia.

Diante da necessidade manifestada por ele, dei-lhe uma autorização para ficar com acompanhante.

Percebi uma certa relutância em aceitar ajuda para as atividades de higiene e mobilização, talvez dificuldade em aceitar sua dependência temporária.

Teve alta no dia seguinte, demonstrava alívio por estar saindo do hospital.

APÊNCIDE B - Exemplo de processo de enfermagem realizado**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Data: 30/05/01

Hora: 10 horas

I Identificação (letras iniciais do nome completo, idade, sexo, estado civil, procedência, naturalidade, ocupação, crença religiosa): Cliente B, 61 anos, feminina, separada, procedente do Campeche, do lar, evangélica.

II Hospitalização (data da internação, tipo e data da cirurgia, tipo de anestesia, diagnóstico médico): internou-se no dia 11/05/01, com diagnóstico médico de cistocele e hérnia inguinal recidivada, foi submetida à cirurgia de elevação de colo vesical e hernioplastia com tela de Marlex, no dia 29/05/01, sob raqui anestesia com opióide.

III Percepções e expectativas (conhecimento do problema de saúde que motivou a internação, experiências com internações anteriores, queixas, medos, preocupações, expectativas sobre a hospitalização e tratamento): relata que há dois anos sente perda de urina na calcinha, antes de chegar ao banheiro, e há um ano percebeu abaulamento na região inguinal direita, dois anos após ter realizado herniorrafia. Tem medo que a “hérnia volte”, por isso não está movimentando-se.

IV Situação de saúde /Necessidades Humanas Básicas**4.1 PSICOBIOLOGICAS**

4.1.1 Regulação Neurológica (nível de consciência; condição das pupilas ou alteração na mobilidade de alguma parte do corpo; alteração da memória; dormência): acordada, lúcida, sem outras alterações.

4.1.2 Percepção dos órgãos dos sentidos (presença de dor (localização, freqüência, tipo); visão; audição; gustação; olfato; tato): dor de média intensidade na incisão cirúrgica e abdome, principalmente à mobilização.

4.1.3 Oxigenação (frequência respiratória; ausculta pulmonar; tosse; expectoração; presença de secreção; oxigenioterapia): sem tosse, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios, FR= 20 mpm.

4.1.4 Regulação Vascular (pressão arterial; pulso; pressão venosa central; características dos pulsos radial, poplíteo, femoral, pedioso; coloração da pele e extremidades; perfusão periférica): PA= 110/80 mmHg, P= 80 bpm, boa perfusão periférica.

4.1.5 Regulação Térmica (temperatura axilar; fatores que interferem na regulação): T. axilar= 36°C

4.1.6 Hidratação (turgidez da pele; condições da mucosa oral; presença de edema; presença de sede ou outras manifestações de perda ou retenção de líquidos; hábitos de ingestão hídrica): pele túrgida. mucosa oral úmida, sem edema, não apresenta sede.

4.1.7- Integridade Cutâneo-mucosa (pele {coloração, temperatura, turgidez, edema, prurido, lesão, hematomas, sondas e drenos}; boca {gengivas, dentes}): hipocorada, presença de incisão oblíqua em flanco inferior direito e região supra-púbica.

4.1.8 Eliminação (urinária {hábitos, frequência, disúria, retenção, incontinência, urgência em urinar, uso de cateteres, cistostomia}; intestinal {hábitos, frequência, consistência, cor, incontinência, uso de laxantes, enemas, ileostomia, colostomia}): urina por sonda vesical de demora, diurese= 1400ml, não evacuou, abdome flácido com RHA +.

4.1.9 Segurança física/Meio ambiente (risco para quedas, fugas, ferimentos; déficits sensoriais {visuais, auditivos, táteis}; déficits motores {andar, tremores, coordenação}; urgência intestinal/urinária; necessidade de isolamento; presença de drenos, cateteres e outros): Presença de sonda vesical de demora, cateter intravenoso periférico, tampão vaginal, incisão cirúrgica.

4.1.10 Atividade Física (exercícios e atividades físicas praticadas; capacidade para a realização das atividades da vida diária {vestir-se, banhar-se,

deambular}; queixas de cansaço ou dispnéia): em repouso no leito, realizado banho no leito.

4.1.11 Alimentação (hábitos alimentares {tipo de alimentos, frequência, restrições}; apetite; intolerância; deglutição e digestão; variação de peso nos últimos seis meses): aceita todo o tipo de alimento sem intolerância.

4.1.12 Cuidado Corporal (capacidade de banhar-se, vestir-se, toalete): realizado banho no leito, auxiliada para vestir-se, alimentar-se.

4.1.13 Sono e Repouso (padrão habitual de sono (horas dormidas, uso de auxiliares do sono {medicamentos, alimentos}; problemas relacionados {dificuldade para adormecer, dificuldade para manter-se adormecido}): dormiu bem à noite.

4.1.14 Terapêutica (condições dos músculos para medicação parenteral; condições da rede venosa para terapia EV; problemas relacionados à terapêutica específica): boas condições para punção venosa e medicação intramuscular.

4.1.15 Regulação crescimento celular (problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento em relação ao grupo etário): sem alterações.

4.2 PSICOSSOCIAIS

4.2.1 Comunicação (distúrbios da fala e voz; idioma/barreiras lingüísticas; expressão da mensagem {verbal, escrita, gestos, olhar}): comunicação sem problemas.

4.2.2 Segurança Emocional (saúde do lar; medo do sofrimento; mudança de ambiente; experiência negativa com internações anteriores; medo das conseqüências da doença; problemas financeiros): medo da recidiva da hérnia e da “bexiga caída”.

4.2.3 Educação para a Saúde/Aprendizagem (conhecimento sobre seu estado de saúde; histórico de saúde; desejo de adoção ou adoção de comportamento para elevar a saúde; nível de adesão ao regime terapêutico; situações que interferem na não adesão ao regime terapêutico; nível de estresse diário): base e aceita o repouso pós-operatório, quer esclarecer sobre o sangramento vaginal pós-operatório.

4.2.4 Gregária (presença de visitas; isolamento das pessoas; conversa somente quando interpelado; grupos a que pertence {problemas relacionados}): está com saudades de casa, de seus netos, porém entende a necessidade de ficar internada.

4.2.5 Liberdade/participação (participação no plano terapêutico; participação no auto-cuidado; reação à rotina hospitalar; tomada de decisões):

4.2.6 Auto-imagem/Auto-estima/Aceitação (senso de valor depreciado; não aceitação da sua condição de saúde; revolta; pessimismo; auto-depreciação; manifestações de desequilíbrio emocional {isolamento, tendência suicida}):

4.2.7 Recreação/Lazer (hábitos; preferências.):

4.2.8 Amor/Afeto/Atenção (manifestações de carência afetiva {agressividade, ansiedade, agitação, hostilidade, depressão, negativismo, choro freqüente, irritabilidade, exibicionismo}): tranqüila, sem demonstração de carência.

4.2.9 Auto-realização (manifestações de não realização; falta de confiança):

4.2.10 Sexualidade (mudanças no padrão de sexualidade relacionado à sua situação de saúde; conhecimento sobre o funcionamento sexual): está divorciada há 10 anos não mantendo relacionamento sexual desde então.

4.3 PSICOESPIRITUAIS

4.3.1 Religiosidade/Ética (fonte de força ou significado espiritual; prática de rituais religiosos; necessidade de presença de líder espiritual ou de atividade religiosa):

Diagnósticos de enfermagem

Nome: Cliente B

Idade: 61 anos

Início Data/hora	Diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados	Fim Data/hora
30/05	Dor relacionada aos efeitos da cirurgia.	01/06
30/05	Risco para infecção relacionado à presença de cateter vesical de demora, cateter venoso periférico e incisão cirúrgica.	
30/05	Mobilidade física prejudicada relacionada à necessidade de repouso pós-operatório, secundário à fragilidade da parede abdominal. Déficit no auto-cuidado: banho e/ou higiene relacionado à necessidade de repouso.	
30/05	Medo relacionado à experiência negativa com a cirurgia anterior.	01/06
30/05	Comportamento para elevar o nível de saúde relacionado à mudança no grau de dependência quanto aos cuidados da vida diária.	02/06
30/05	Ansiedade relacionada aos cuidados com a sonda vesical em casa.	
31/05	Distúrbio no padrão de sono relacionado às preocupações com o fato de ter de ir com a sonda vesical para casa.	01/06
31/05	Falta de conhecimento sobre os cuidados com a sonda vesical em casa.	
31/05	Risco para incontinência urinária relacionado ao período prolongado com a sonda vesical.	02/06
01/06	Constipação relacionada à dieta pobre em fibras e do peristaltismo diminuído secundário à cirurgia.	01/06 01/06

Prescrição de Enfermagem

Nome: Cliente B

Idade:61

Data/Hora	Ação de Enfermagem	Horário
30/05 –10hs	Estar atento a queixas de dor ou desconforto.	M T N
	Auxiliar na mobilização no leito, a sentar.	M T N
	Dar banho no leito.	M
	Fazer anti-sepsia do meato urinário com PVPI tópico, na inserção da sonda vesical.	M T N
	Fixar a sonda vesical na coxa com micropore.	M T N
	Fazer curativo na incisão inguinal direita e supra-púbica com soro fisiológico morno.	M T N
	Retirar o tampão vaginal.	M
	Estar atento à ocorrência de sangramento vaginal.	M T N
	Orientar quanto à necessidade de manter repouso no leito nas primeiras 24 horas de PO.	M T N
	Fornecer esclarecimentos, sempre que solicitados pela cliente, quanto às medidas de prevenção da hérnia.	M T N
	Deixar que expresse seus medos e preocupações.	M T N

Evolução de Enfermagem

Nome: Cliente B

Idade: 61

Data: 31/05/01

Hora: 10 horas

S. Não conseguiu dormir à noite. Sente tontura ao sentar-se, e muita dor nas incisões abdominais. Está preocupada com a possibilidade de ir para casa com a sonda vesical, não sabe como cuidar.

O Lúcida, contactuante verbalmente. Fácies de dor, de preocupação. Eupnéica. Corada, hidratada. Abdome flácido, RHA +. PA= 160/90 mmHg, P= 72 bpm, T ax. 36 °C. Diurese= 1500ml, urina límpida, amarelo claro. Incisão supra-púbica e em flanco inferior direito com pouca secreção sanguinolenta. Mobiliza-se no leito com pouca ajuda. Aceitando toda a dieta.

A Déficit para o auto-cuidado banho e higiene. Mantém repouso no leito, porém tem medo de movimentar-se no leito, devido a forte dor que está relacionada à maior mobilidade e diminuição da analgesia. Ansiedade interferindo no padrão de sono. Surpresa com a possibilidade de ir para casa com a sonda vesical.

P. Orientar quanto aos cuidados com a sonda vesical em casa. Adotar medidas para diminuir a ansiedade.

Prescrição de Enfermagem**Nome:** Cliente B**Idade:**61

Data/Hora	Ação de Enfermagem	Horário
31/05 –10hs	Estar atento a queixas de dor ou desconforto.	M T N
	Auxiliar na mobilização no leito, a sentar.	M T N
	Dar banho no leito.	M
	Fazer a antisepsia do meato urinário com PVPI tópico, na inserção da sonda vesical.	08
	Fixar a sonda vesical na coxa com micropore.	08
	Fazer curativo na incisão inguinal direita e supra-púbica com soro fisiológico morno.	10
	Estar atento à ocorrência de sangramento vaginal.	10
	Fornecer esclarecimentos, sempre que solicitados pela cliente, quanto às medidas de prevenção da hérnia.	M T N
	Deixar que expresse seus medos e preocupações.	M T N
	Orientar quanto aos cuidados com a sonda vesical em casa.	M T N
	Fazer relaxamento com visualização.	N

Evolução de Enfermagem

Nome: Cliente B

Idade: 61

Data: 01/06/01

Hora: 09:00

S. Sentindo menos dor. Desconforto devido à não evacuação. Ainda ansiosa, devido ao uso da sonda vesical em casa. Dormiu melhor à noite.

O Lúcida, deambula pelo quarto, sentando em poltrona. Eupnéica. Corada, hidratada. PA= 140/80 mmHg, P= 76 bpm, Tax. 36°C. Abdome globoso, flácido, RHA +. Incisão supra-púbica com pouca secreção serosanguinolenta, incisão em flanco inferior direito sem secreção. Diurese sob sonda vesical de demora= 3500ml, urina límpida, sem depósitos. Apresenta pouco sangramento vaginal. Aceitando toda a dieta.

A Independente para o autocuidado. Está mais segura para mobilizar-se, sendo facilitada também com a diminuição da dor incisional. Melhora da ansiedade, evidenciada pela diminuição da PA e retorno do sono. Demonstra aceitar melhor ter de ir com a sonda vesical para casa. Constipação intestinal.

Prescrição de Enfermagem**Nome:** Cliente B**Idade:**61

Data/Hora	Ação de Enfermagem	Horário
01/06/01	Estar atento a queixas de dor ou desconforto.	M T N
	Auxiliar na mobilização no leito, a sentar.	M T N
	Fazer a antissepsia do meato urinário com PVPI tópico, na inserção da sonda vesical.	08
	Fixar a sonda vesical na coxa com micropore.	08
	Fazer curativo na incisão inguinal direita e supra-púbica com soro fisiológico morno.	10
	Estar atento à ocorrência de sangramento vaginal.	M T N
	Deixar que expresse seus medos e preocupações.	M T N
	Orientar quanto aos cuidados com a sonda vesical em casa.	M T N
	Fazer relaxamento com visualização.	N
	Orientar quanto à realização de desmame da sonda vesical.	
	Estimular e oferecer dieta rica em fibras.	M T N
	Estimular ingestão hídrica.	M T N
		M T N
		M T N

ANEXOS

ANEXO A - Histórico de enfermagem

Data:

Hora:

I Identificação (letras iniciais do nome completo, idade, sexo, estado civil, procedência, naturalidade, ocupação):

II Hospitalização (data da internação, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, diagnóstico médico):

III Percepções e expectativas (conhecimento do problema de saúde que motivou a internação, experiências com internações anteriores, queixas, medos, preocupações, expectativas sobre a hospitalização e tratamento):

IV Situação de saúde/Necessidades Humanas Básicas

4.1 PSICOBIOLOGICAS

4.1.1 Regulação Neurológica: (nível de consciência; condição das pupilas ou alteração na mobilidade de alguma parte do corpo; alteração da memória; dormência).

4.1.2 Percepção dos órgãos dos sentidos: (presença de dor (localização, frequência, tipo); visão; audição; gustação; olfato; tato).

4.1.3 Oxigenação: (frequência respiratória; ausculta pulmonar; tosse; expectoração; presença de secreção; oxigenioterapia).

4.1.4 Regulação Vascular: (pressão arterial; pulso; pressão venosa central; características dos pulsos radial, poplíteo, femural, pedioso; coloração da pele e extremidades; perfusão periférica).

4.1.5 Regulação Térmica: (temperatura axilar; fatores que interferem na regulação).

4.1.6 Hidratação: (turgidez da pele; condições da mucosa oral; presença de edema; presença de sede ou outras manifestações de perda ou retenção de líquidos; hábitos de ingestão hídrica).

4.1.7 Integridade Cutâneo-mucosa: (pele [coloração, temperatura, turgidez, edema, prurido, lesão, hematomas, sondas e drenos]; boca [gengivas, dentes]).

4.1.8 Eliminação: (urinária [hábitos, frequência, disúria, retenção, incontinência, urgência em urinar, uso de cateteres, cistostomia]; intestinal [hábitos, frequência, consistência, cor, incontinência, uso de laxantes, enemas, ileostomia, colostomia]).

4.1.9 Segurança física/Meio ambiente: (risco para quedas, fugas, ferimentos; déficits sensoriais [visuais, auditivos, táteis]; déficits motores [andar, tremores, coordenação]; urgência intestinal/urinária; necessidade de isolamento; presença de drenos, cateteres e outros).

4.1.10 Atividade Física: (exercícios e atividades físicas praticadas; capacidade para a realização das atividades da vida diária [vestir-se, banhar-se, deambular]; queixas de cansaço ou dispnéia).

4.1.11 Alimentação: (hábitos alimentares [tipo de alimentos, frequência, restrições]; apetite; intolerância; deglutição e digestão; variação de peso nos últimos seis meses).

4.1.12 Cuidado Corporal: (capacidade de banhar-se, vestir-se, toalete).

4.1.13 Sono e Repouso: (padrão habitual de sono [horas dormidas, uso de auxiliares do sono, como medicamentos e alimentos]; problemas relacionados [dificuldade para adormecer, dificuldade para manter-se adormecido]).

4.1.14 Terapêutica: (condições dos músculos para medicação parenteral; condições da rede venosa para terapia EV; problemas relacionados à terapêutica específica).

4.1.15 Regulação crescimento celular: (problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento em relação ao grupo etário).

4.2 PSICOSSOCIAIS

4.2.1 Comunicação: (distúrbios da fala e voz; idioma/barreiras lingüísticas; expressão da mensagem [verbal, escrita, gestos, olhar]).

4.2.2 Segurança Emocional: (saúde do lar; medo do sofrimento; mudança de ambiente; experiência negativa com internações anteriores; medo das conseqüências da doença; problemas financeiros).

4.2.3 Educação para a Saúde/Aprendizagem: (conhecimento sobre seu estado de saúde; histórico de saúde; desejo de adoção ou adoção de comportamento para elevar a saúde; nível de adesão ao regime terapêutico; situações que interferem na não adesão ao regime terapêutico; nível de estresse diário).

4.2.4 Gregária: (presença de visitas; isolamento das pessoas; conversa somente quando interpelado; grupos a que pertence [problemas relacionados]).

4.2.5 Liberdade/participação: (participação no plano terapêutico; participação no auto-cuidado; reação à rotina hospitalar; tomada de decisões).

4.2.6 Auto-imagem/Auto-estima/Aceitação: (senso de valor depreciado; não aceitação da sua condição de saúde; revolta; pessimismo; auto-depreciação; manifestações de desequilíbrio emocional [isolamento, tendência suicida]).

4.2.7 Recreação/Lazer: (hábitos; preferências).

4.2.8 Amor/Afeto/Atenção: (manifestações de carência afetiva [agressividade, ansiedade, agitação, hostilidade, depressão, negativismo, choro freqüente, irritabilidade, exibicionismo]).

4.2.9 Auto-realização: (manifestações de não realização; falta de confiança).

4.2.10 Sexualidade: (mudanças no padrão de sexualidade relacionado à sua situação de saúde; conhecimento sobre o funcionamento sexual).

4.3 PSICOESPIRITUAIS

4.3.1 Religiosidade/Ética: (fonte de força ou significado espiritual; prática de rituais religiosos; necessidade de presença de líder espiritual ou de atividade religiosa).

ANEXO B - Registro dos diagnósticos de enfermagem**Nome:****Idade:**

Início Data/hora	Diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados	Fim Data/hora

ANEXO C - Prescrição de Enfermagem**Nome:****Idade:**

Data/Hora	Ação de Enfermagem	Horário

ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Silvana Alves Benedet, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado de Assistência em Enfermagem da UFSC, venho por meio deste, solicitar seu consentimento em participar da prática assistencial que faz parte da minha dissertação.

A presente prática consiste em realizar a assistência de enfermagem junto a você, no período pós-operatório, tendo como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta associada à Classificação diagnóstica da *NANDA*. Durante a realização da assistência, solicitarei que você responda a algumas perguntas relacionadas à sua situação de saúde.

É importante ressaltar que a sua participação, nesta prática, não acarretará qualquer tipo de risco físico ou emocional.

Saliento que você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar sua participação, em qualquer momento da prática, sem que isto incorra em prejuízo à sua assistência. Serão garantidos, seu anonimato, sua privacidade e sigilo dos dados confidenciais envolvidos.

Local e data

Eu, _____, tendo o conhecimento dos aspectos envolvidos na prática assistencial acima descrita, livremente aceito participar desta prática.

Assinatura do cliente ou responsável

Assinatura da mestrandia