



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem

Silvia da Silva Santos Passos

**PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ROTINEIROS AO
PACIENTE DEPENDENTE HOSPITALIZADO**

Salvador
2007

**UFBA
EE**

SÍLVIA DA SILVA SANTOS PASSOS
Prestação de Cuidados Rotineiros ao Paciente
Dependente Hospitalizado

2007

SILVIA DA SILVA SANTOS PASSOS

**PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ROTINEIROS AO
PACIENTE DEPENDENTE HOSPITALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na área de Concentração O Cuidar em Enfermagem Linha de Pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Dora Sadigursky

Salvador
2007

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Passos, Silvia da Silva Santos

P323p Prestação de cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado / Silvia da Silva Santos Passos. – Salvador, 2007.
87f.

Orientadora : Dora Sadigursky.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007.

1. Cuidados em Enfermagem. 2. Doentes - Cuidados. I.

Silvia da Silva Santos Passos

**PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ROTINEIROS AO
PACIENTE DEPENDENTE HOSPITALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na área de Concentração O Cuidar em Enfermagem Linha de Pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 03 / 01 / 2007

BANCA EXAMINADORA

Dora Sadigursky -----
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Zenilda Nogueira Sales -----
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Alvaro Pereira -----
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

José Lucimar Tavares -----
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Dolores, pelo amor, carinho e respeito. Em especial a minha mãe, primeira cuidadora, que mesmo sem entender, as razões dessa caminhada continuou cuidando para que eu chegasse até aqui.

Às minhas irmãs, em especial a Miralva e Márcia, pelo apoio e incentivo incondicional, em todos os momentos.

Às minhas filhas, Jéssica e Marjory, a razão da minha luz, força e felicidade.

A Gil, que apesar da distancia e do silencio, tenho certeza que se orgulha de minha coragem em recomeçar.

À Evanilda Carvalho que me incentivou e, em alguns momentos, até me empurrou, mostrando o verdadeiro sentido de uma amizade e, de determinação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de estar no mundo, direcionando sempre o meu caminho e enviando os seus anjos para me conduzir com segurança, na BR, nas idas e vindas, em busca deste sonho que hoje concretizo.

À minha família, irmãos, cunhados e sobrinhos, pelo carinho, amizade, respeito, incentivo e compreensão, enchendo-me de alegria e descontração nas tardes de domingo, mesmo quando estava desmotivada.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudo, importante apoio financeiro, sem a qual seria difícil a conclusão deste curso.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo acolhimento, oportunidades criadas, apoio e condução de mais uma etapa na minha trajetória profissional.

À Profª Drª. Dora Sadigursky, minha orientadora, pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade, sempre interessada em participar de minhas inquietações e, sobretudo, pela amizade, meu muito obrigado.

Às secretárias da Pós-Graduação Alzira, Terezinha e Ana Claudia, sempre disponíveis.

As colegas, hoje amigas, Alyne, Mônica, Tânia, Laura, que nas nossas viagens transformaram o desgaste em prazeroso momento de grande crescimento pessoal, profissional, mesmo quando só ouvíamos Funk e, nos perguntávamos qual a construção social que leva uma mestranda a ouvir Funk? Cada viagem foi uma festa.

Às colegas do mestrado, em especial a turma do Cuidar, Paula, Jucimara, Jaqueline, Daniela, Tânia Moreira, Tânia Barbosa, Alyne Henri, Ana Carla, Claudia Pires, fizemos uma boa equipe.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação da EEUFBA, Dr.^a Cristina Maria Meira de Mello, Dr.^a Norma Carapiá Fagundes, Dr.^a Mirian Santos Paiva, Dr. Álvaro Pereira, Dr. José Lucimar Tavares, Dr.^a Dora Sadigursky, Dr.^a Darci de Oliveira Santa Rosa, Dr.^a Silvia Lúcia Ferreira, Dr.^a Enilda Rosendo do Nascimento, Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes, Dr.^a Maria do Rosário Menezes, que dedicam seus dias ao ensino público de qualidade.

Às minhas amigas e companheiras da disciplina Tópicos Especiais do Cuidar/Cuidado em Enfermagem, Vera Patrícia Cordeiro Nobre, Evani Cerqueira Santos, Leia Barreto Del' Rey, Rosa Rios Cordeiro, se tivéssemos prosseguido juntas teria sido bem melhor, o caminho está aberto.

À Denise Mascarenhas, Evani Cerqueira, Iracema Paim, Raimunda Damares, Vilka Sueli, Ângela Mara Magalhães, companheiras do Cleriston Andrade, que me auxiliaram, inclusive flexibilizando minha carga horária para que esse trabalho fosse possível, meu sincero agradecimento.

À Diretoria e Coordenação de Enfermagem do Hospital Cleriston Andrade, Márcia Amaral, Jane Fernandes, Graça Fiscina, Vera Lúcia Almeida e Cristina Rosa pela compreensão e apoio.

Aos meus colegas de trabalho, das Unidades de Internação e da Emergência, pelo apoio, trocas de plantão e incentivo.

Aos Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, sujeitos desse trabalho, pela concessão das entrevistas e permissão para realizar a observação.

Às colegas da Disciplina Bases Teóricas e Metodológicas para o Cuidar em Enfermagem da UEFS, Rita Amorim, Miriam Maciel, Márcia Lima, Eude Barbosa, Michele Xavier, Vera Patrícia, Eliana Figueredo.

Aos pacientes com dependências e seus acompanhantes, motivo de inspiração desse estudo.

“Enfermeiros, enfermeiras, estudantes de enfermagem:

“Saibam que, pelo que pude constatar, por minha experiência de vida, me conduzindo até a morte, que só basta uma ruptura de comportamento ou de gesto na continuidade dos cuidados para que toda qualidade do trabalho de uma equipe seja destruído.

Basta uma "ovelha negra" para que a fragilidade daquele que tira a vida seja comparada com o desassossego e leve ao desespero mais abrupto.

As melhores competências técnicas profissionais são anuladas pela ruptura do respeito inter-pessoal e priva a pessoa de boa oratória de se defender, porque aparecem então as realidades das represálias e a perseguição nos cuidados.

Peço a todos que se concentrem sobre as forças da vida, a mobilização de seus recursos vitais no respeito ao indivíduo e à humanidade, para promover os cuidados e promover a vida.”

Maria Françoise Collière, Janeiro de 2005.

Marie-Françoise Collière. Index Enferm. [online]. Winter 2004, vol.13, n. 47. Disponível em: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>? Acesso em: 10 nov. 2006.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de conhecer o processo de prestação de cuidados rotineiros de enfermagem ao paciente dependente para alimentação, higiene corporal e mobilidade, no contexto hospitalar. Realizado na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica de um Hospital Público da cidade de Feira de Santana-Ba, onde foram investigados 17 membros da equipe de enfermagem, através da entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados foi utilizado a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (1977) e Minayo (2004), a luz dos pressupostos sobre o cuidar/cuidado de Colliere e autores que estudam o assunto. Os resultados mostraram que a maioria dos sujeitos, reconhece a importância desses cuidados para os pacientes e mostram estar cientes que eles são atribuição da enfermagem. Entretanto, essa atribuição é delegada para os acompanhantes e, são prestados pela equipe quando o paciente encontra-se em estado crítico; quando não possui acompanhante; e/ou quando o acompanhante não consegue realizar o cuidado sozinho. Justificam a delegação da prestação dos cuidados aos acompanhantes, à sobrecarga de trabalho, ao grande número de paciente e, ao pessoal de enfermagem reduzido. Concluímos que os cuidados rotineiros para a higiene corporal, alimentação e mobilidade, essenciais para a manutenção da vida e que devem ocorrer independentemente da possibilidade de cura, são desvalorizados pela enfermagem. Os acompanhantes desses pacientes estão sendo utilizados como cuidadores gratuitos e responsabilizados por uma atribuição que não é sua, com a justificativa de estarem sendo preparados para a alta hospitalar, sem nenhuma orientação ou supervisão por parte das enfermeiras.

PALAVRAS CHAVES: Enfermagem, Cuidado Rotineiro, Paciente Dependente.

ABSTRACT

This is about a qualitative study aiming at knowing the process of routine nursing care to dependent patients regarding feeding, personal hygiene and mobility, in the hospital context. Carried out in a Medical Clinic and a Surgery Clinic of a Public Hospital in Feira de Santana-BA, this study involved 17 members of the nursing team, through a semi-structured interview. For the data analysis, we used the Thematic Content Analysis proposed by Bardim (1977) and Minayo (2004), based on the presumption of care/caring by Colliere and other authors who study the issue. The results showed that most of the subjects admit the importance of these cares to patients and seem to be aware that such cares are to be done by the nursing staff. However, this function is done by relatives and, is held by the nursing team only when the patient is in critical conditions, when there is no companion and/or when this companion can not take care of the patient by himself. The services done by relatives are justified by overwork, the amount of patients and the reduced nursing team. We concluded that the routine cares for the personal hygiene, feeding and mobility, essential for the maintenance of life, and that must be carried out independently from the possibility of cure, are not valorized by the nursing staff. These patients' companions are being care-takers and responsible for work off their duty, under the assumption that they are being prepared for home-care, without any supervision or instructions by the nurses.

KEY-WORDS: Nursing, Routine Care, Dependent Patient.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | |
| 1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO | 10 |
| | |
| 2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDAR/CUIDADO | 14 |
| 2.1 O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM..... | 19 |
| 2.2 O CUIDADO ROTINEIRO AO PACIENTE HOSPITALIZADO COM DEPENDÊNCIA..... | 22 |
| 2.2.1 O Ambiente Hospitalar e o Cuidar | 22 |
| 2.2.2 Cuidados Rotineiros para Paciente com Dependência | 24 |
| 2.2.2.1 <u>Dependência para Alimentação</u> | 27 |
| 2.2.2.2 <u>Dependência para Mobilidade</u> | 29 |
| 2.2.2.3 <u>Dependência para Higiene Pessoal</u> | 32 |
| | |
| 3 METODOLOGIA | |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO..... | 36 |
| 3.2 OS SUJEITOS..... | 37 |
| 3.3 O LÓCUS DA PESQUISA..... | 38 |
| 3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS..... | 39 |
| 3.5 ASPECTOS ÉTICOS..... | 41 |
| 3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS | 43 |
| | |
| 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 45 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 70 |
| REFERÊNCIAS | 73 |
| APÊNDICES | |
| ANEXOS | |

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Atuando como enfermeira, desenvolvi várias atividades relacionadas à profissão, mas, sempre preocupada com as ações da enfermeira, e sua equipe, com o paciente hospitalizado, especialmente aqueles, que apresentavam dependência para satisfação de suas necessidades básicas.

Ao realizar o curso de Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica, centralizei meus estudos na necessidade de mobilidade do paciente acamado, durante o banho no leito, por entender que este procedimento, apesar de ser considerado simples para a enfermagem, é desenvolvido em um contexto importante por possibilitar o afloramento de sentimentos, expectativas e permitir estabelecer um canal de comunicação, para realizar um exame físico detalhado e levantar problemas, a fim de que as ações de enfermagem sejam planejadas e executadas, para solucioná-los.

Entretanto, o maior grau de dependência para o cuidado de enfermagem encontrei na Unidade de Terapia Intensiva, onde os pacientes são considerados críticos e necessitam de intervenções precisas para favorecer e agilizar o processo de recuperação. Muitas vezes, presenciei pacientes tensos, com medo da morte, com saudades da família, com a sensação de inutilidade, manifestada por intolerância com a equipe. Outros, muito fragilizados emocionalmente, choravam muito e, às vezes, precisavam ser sedados enquanto outros, pareciam estar ausentes e, por não reclamar, eram considerados “obedientes” e, por isso recebiam os cuidados em primeiro lugar, pois, davam “menos trabalho”.

Inquietei-me com a forma mecanizada de execução de “cuidados” e procedimentos de enfermagem, ao observar as ações da enfermeira e sua equipe, diante desses pacientes, durante os cuidados rotineiros como o banho, alimentação, mudança de decúbito, e até o respeito a sua privacidade na maneira de cobrir o seu corpo desnudo.

A lembrança mais marcante que tenho desta passagem foi quando observei a atuação dos técnicos, pelo visor de vidro, e um deles deixou o lençol impecável, bem esticado e arrumado cobrindo os pés de uma paciente em ventilação mecânica, porém sem sedação. Ao retornar, a técnica de enfermagem encontrou os pés dessa paciente descobertos e voltou a cobri-los, mas, mais uma vez a paciente retirou o lençol. Então, ela o prendeu por baixo do colchão para dificultar a retirada. Este fato levou-me a pensar: será que esta paciente se sente

confortável tendo os seus pés cobertos? Perguntei à equipe e não souberam responder. Resolvi perguntar a própria paciente e, apesar de não ter resposta verbal, os seus olhos responderam que não.

Após este contato, solicitei e recomendei à equipe que seus pés fossem mantidos descobertos, o que a acalmou. Este fato fez-me refletir sobre como estamos desatentos às vontades e hábitos dos pacientes que cuidamos. E, o quanto nos prendemos às normas institucionais em detrimento das necessidades reais de atenção individual dos pacientes.

Nesse sentido, considero que os cuidados rotineiros devem ser vistos com mais interesse, porque embora simples, eles são importantes para o cuidado do outro.

Os cuidados rotineiros são aqueles considerados menos complexos e, portanto, executados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto a enfermeira se encarrega de outras tarefas tais como as administrativas e burocráticas, como o aprazamento das medicações prescritas, checagem de estoque de material e medicamentos, marcação dos exames, fechamento do balanço hídrico, dentre outros. No entanto, ela participa, quando o paciente apresenta um quadro agudo e crítico, necessita de acompanhamento especializado, por serem em número reduzido, prendem-se à realização dos cuidados complexos e a utilização de tecnologias, enquanto que os cuidados considerados simples não são realizados por elas e isso é verificado quando, não se aproximam dos pacientes, durante a prestação dos procedimentos rotineiros.

O momento em que, as ações do cuidado rotineiro mais me sensibilizou deu-se quando fui designada para preparar paciente, familiares e equipe de enfermagem para a desospitalização e, posterior admissão no *home care*. Percebi quão “frágil” e importante são os cuidados considerados simples, para os pacientes e familiares, como, o banho, a movimentação e a alimentação, dentre outros, e como se faz necessária a participação efetiva da enfermeira e sua equipe no processo de orientação, ensino, apoio e preparo para a independência desses cuidados.

Com esta preocupação, comecei a observar as ações da equipe de enfermagem que trabalha em unidades de internação e, contam com maior número de pacientes dependentes dos cuidados rotineiros ou, cuidados de manutenção da vida. Percebi que apesar de ser o cuidar o foco da enfermagem, este se encontra, ainda, pouco valorizado pela equipe de enfermagem. Pois, pude observar que esses cuidados são delegados, da enfermeira para os técnicos e auxiliares de enfermagem e destes para os acompanhantes sem o critério da orientação, supervisão e determinação de sua complexidade. Essa prática acontece com tanta frequência que estes acompanhantes e até os pacientes estão sendo responsabilizados pelo

cuidado, sem atentar-se para a fragilidade física e emocional dos mesmos no enfrentamento da situação saúde/doença.

Compreendo que, no processo para a independência dos cuidados, faz-se necessário a participação efetiva dos pacientes e familiares, entretanto, deve-se promover o ensino orientado e supervisionado dessas práticas, para que o paciente atinja um patamar em que possa cuidar de si mesmo. A enfermeira delega as tarefas aos membros da equipe de enfermagem, mas não a responsabilidade pelos pacientes, portanto, esta deve, constantemente, supervisionar como o cuidado está sendo prestado e, por quem.

Para que se possa perceber melhor esta realidade e, entender que o cuidar segundo Collière (1989), é manter e garantir a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, deve-se considerar a diversidade de suas manifestações. Engloba, além das ações do curar a enfermidade, o cuidar rotineiro necessário para a manutenção da vida. Assim, proponho, como objeto de estudo: **o processo de prestação dos cuidados rotineiros, ao paciente dependente hospitalizado, pela equipe de enfermagem.**

Nesse sentido, a ação da enfermeira frente ao paciente hospitalizado com dependência, determina a eficiência da prestação dos cuidados de enfermagem realizado por sua equipe. As ações que estimulam a participação do paciente no cuidado rotineiro, constitui uma etapa do processo de aprendizado que tem como finalidade favorecer-lhe a autonomia, entendendo como prestação do cuidado, a ação, o efeito de atuar, modo de perceber, influencia sobre algo ou alguém (XIMENES, 2000).

Os cuidados de manutenção da vida, rotineiros ou quotidianos e habituais são aqueles que representam todos os cuidados permanentes e, têm a função de sustentar a vida como: beber, comer, evacuar, lavar-se, mexer-se, deslocar-se, bem como tudo o que contribui, para o desenvolvimento do nosso ser, construindo e mantendo a imagem do nosso corpo; estimulando as trocas com tudo que é fundamental à vida; a luz, o calor, a relação com as pessoas conhecidas, os objetos familiares, dentre outros (COLLIÈRE, 1989).

A independência do paciente para o cuidado de enfermagem é uma meta da enfermeira, entretanto, o questionamento que fizemos nesse estudo foi: **Como está se processando a prestação dos cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado pela equipe de enfermagem?**

Entendo como dependência, nesse estudo, o resultado das dificuldades que o indivíduo tem em satisfazer uma ou mais necessidades de sua vida quotidiana, como alimentar-se, locomover-se e cuidar de sua higiene, sem entrarmos na abordagem e nos

fatores que o levou à dependência e, precisa de ajuda na realização dos cuidados inerentes à satisfação dessas necessidades, no ambiente hospitalar, pela equipe de enfermagem.

Nesse sentido, abordamos neste trabalho os cuidados rotineiros referentes a alimentação (comer e beber) e mobilidade (mover-se, deslocar-se) e higiene (lavar-se) por entender que a dependência dessas necessidades podem trazer para o paciente conseqüências de ordem biológica, social e emocional.

A higiene promove conforto, estimula a inter-relação e favorece o diagnóstico precoce de áreas de compressão e, utilização de medidas preventivas para garantir a integridade da pele; a alimentação abastece o organismo de energia para o metabolismo e reparação celular. Os nutrientes utilizados por uma pessoa em repouso são necessários para manter as atividades de sustentação da vida como a circulação, respiração e frequência cardíaca. A imobilidade ou incapacidade de mover-se ou locomover-se provoca alterações tanto físicas (atrofias musculares), como sistêmicas (alteração do padrão respiratório, pressão arterial e metabólica associadas à absorção de nutrientes) (POTTER; PERRY, 2004).

Assim, tivemos como objetivo geral desse estudo: **Analisar o processo de prestação de cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado, pela equipe de enfermagem;** e como objetivos específicos: **Identificar o processo de prestação de cuidados rotineiros, pela equipe de enfermagem, a pacientes com dependência para mobilidade, alimentação e higiene pessoal; Descrever o processo de prestação destes cuidados.**

Acredito que o presente estudo possibilitará conhecer os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, repensando como esse cuidado está sendo desenvolvido durante sua prática profissional, favorecendo uma reflexão desses sujeitos que cuidam; valorizando os cuidados rotineiros como essenciais à vida; contribuindo para a formação de novos profissionais para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem. Esse cuidar envolve conhecimentos e habilidades tanto da enfermeira como de sua equipe, para possibilitar aos pacientes e a sua família, a participação no próprio cuidado com a finalidade de atingir sua independência, o que contribuirá para a manutenção da sua vida com dignidade, dentro e fora do hospital.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDAR/CUIDADO

O cuidar existe desde a existência da humanidade no planeta, e, é necessário para manter a vida e garantir a sobrevivência da espécie. A evolução histórica do cuidar está diretamente relacionada a evolução do homem e das práticas de saúde, de acordo com os diferentes períodos históricos. Durante milhares de anos o cuidar foi um ato instintivo, natural, autônomo, presente em todas as espécies vivas. Entretanto, o desenvolvimento e aperfeiçoamento do cuidado só podem ser observados na raça humana. Na história do desenvolvimento humano, o cuidado aparece no momento em que o homem deixa de ser nômade e passa a viver em grupos, estabelece-se num território, originando a vida em sociedade.

À medida que os homens deixaram de ser nômades, os grupos foram se corporificando, formando tribos, onde exerciam as funções patriarcais e, as mulheres, a habilidade psicomotora das práticas do cuidar. Essas práticas garantiam ao ser humano a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associada ao trabalho feminino (GEOVANINI et al 1995).

Segundo Collière (1989), a história dos cuidados se fundamenta em dois eixos: garantir a supremacia do cuidado e, fazer desaparecer essa necessidade. Essas duas orientações aparecem a partir do momento em que se observa o pensamento do MAL – que provoca mal-estar e do BEM que é tudo que faz viver, sentir-se bem. A primeira orientação que se inscreve na história do cuidado é tudo aquilo que é indispensável para garantir as funções vitais: alimentação, proteção pelo vestuário, defesa do território e salvaguarda dos seus recursos. A organização dessas tarefas dá origem à divisão sexuada do trabalho, o lugar do homem e da mulher na vida social e econômica.

Para a autora, a preocupação em assegurar a continuidade da vida varia, de acordo com a percepção entre saúde e doença, no decorrer dos tempos. A evolução das práticas de saúde, desenvolvida pelos indivíduos, está relacionada às estruturas sociais marcadas pelo desenvolvimento da humanidade e as necessidades de saúde de cada nação em épocas distintas.

No período histórico, considerado o das práticas de saúde instintiva, já se observa a participação da mulher. A mulher é a grande precursora no atendimento das necessidades de saúde da raça humana. A proteção materna instintiva é a primeira manifestação de cuidado ao seu semelhante. A manutenção da sobrevivência do ser humano ou da espécie humana está

associada ao trabalho feminino (COLLIÈRE, 1989; DONAHUE , 1993; GEOVANINI et al 1995).

O cuidar como ato feminino evidencia-se e fortalece-se, pois à mulher é atribuída a tarefa de cuidar dos filhos, dos idosos, dos moribundos, cuidar das plantas, arar a terra e fazê-la próspera e essencial para a sobrevivência. Os primeiros seres a praticar a medicina foram as mulheres que, devido a sua proximidade com a agricultura, adquiriu conhecimentos das plantas, dos frutos, raízes e sementes, capacitando-as a desenvolverem a arte da medicina diferente da mágica dos religiosos. Desde os primórdios foi à mulher quem primeiro tratou no sentido de cuidar e medicar, através do preparo de medicamentos caseiros (DURAN, 1954 apud WALDOW, 2001).

Assim a prática de cuidados do homem primitivo, estava associada às causas das enfermidades, cujos conhecimentos eram baseados na observação da natureza, com quem mantinha uma estreita relação, e na crença de que tudo na natureza possuía alma, espírito que podiam ser bons ou maus, e eram os causadores dos desastres e das enfermidades. Essa crença influenciou o desenvolvimento dos tratamentos e remédios. Assim, surgiu uma combinação de práticas ocultas e empíricas favoráveis ao uso da magia para a cura dos males atribuídos aos maus espíritos (DONAHUE, 1993).

Desse modo a crença de que a doença e a morte estavam ligadas às forças sobrenaturais fizeram com que o homem se apoderasse do conhecimento empírico, da utilização das ervas que eram do saber da mulher, e se apropriassem dele, fortalecendo seu uso nos rituais de purificação do corpo e do espírito. A doença do corpo era atribuída a impurezas da alma, castigo por pecados cometidos e era exigido, pelos sacerdotes, sacrifício para a libertação e afastamento dos maus espíritos. Usavam-se ervas e outros rituais para a purificação.

A cura representava um jogo entre a natureza e a doença e, o sacerdote desempenhava o papel de interprete dos deuses e aliado da natureza contra a doença. Se alguém morria era por ser indigno de viver. Havia total isenção de responsabilidade do sacerdote nos resultados das ações de saúde (GEOVANINI et al 1995).

Esse tipo de pratica de saúde, correspondente a fase empírica, por volta do século V a.C. permaneceu por muitos séculos, praticadas nos templos. As praticas de cuidados que se tem referência desta época, estão relacionadas às praticas domiciliares de parto e a atuação pouco clara das mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades nos templos com os sacerdotes (GEOVANINI et al 1995).

Nesse sentido, não havia diferença entre o cuidar e o curar, essas práticas eram exercidas de forma indistinta pela mulher com a finalidade de garantir a sobrevivência do ser humano. As mulheres dividiam as atividades de cuidar e curar com os sacerdotes nos templos.

A procura pela explicação dos mistérios faz surgir à escrita e, segundo Collière (2003), aqueles que detêm esse saber tornam-se poderosos. Às mulheres, nesta situação, são negadas esse conhecimento, assim como de determinadas funções do sacerdócio, que eram exercidas pelos homens.

Derrotar o mal e combatê-lo torna-se então a finalidade do médico. Os cuidados de manutenção da vida e os cuidados curativos nascidos das descobertas empíricas são substituídos pelos cuidados médicos que se reconhecem como os únicos científicos (COLLIÈRE, 1989).

Assim, a prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa a basear-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza e no raciocínio lógico. Este fato desencadeia uma relação de causa e efeito para a doença e, na especulação filosófica baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, mas, fica limitada, pela ausência de conhecimentos anatomo-fisiológico. Predominantemente individualista, volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis. Esse período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates, que dissociou a arte de curar dos preceitos místicos (GEOVANINI et al 1995).

Este período foi considerado o alvorecer da ciência, pois, provocaram uma negação dos laços entre o homem, o universo, o ambiente e o seu grupo social. O objeto dos cuidados torna-se isolado, fissurado, dissociado das dimensões sociais e coletivas, onde o cuidar torna-se apenas, o tratar a doença (COLLIÈRE, 1989).

Desse modo, inicia-se a separação entre o curar e o cuidar, onde o domínio da cura significa poder e é apropriado pelo homem, enquanto que o fazer, que é o cuidado, fica a cargo das mulheres, normalmente, exercido por pessoas de classe social de pouca representatividade.

Segundo Rossi (1991), a descontinuidade do cuidar e sua diferenciação do curar, transformam-se em dois saberes; o curar hegemônico, masculino, um saber que se afirma política e socialmente e, o cuidar – dominado, feminino, doméstico.

Nessa situação, não há uma caracterização nítida da prática da enfermagem nesta época. O cuidado era praticado pelos feiticeiros, sacerdotes e mulheres dotadas de aptidão e que possuíam conhecimentos rudimentares sobre ervas e preparo de remédios (GEOVANINI et al 1995).

Apesar do surgimento da medicina como domínio masculino, ela não se afasta do saber feminino, pois este representa a fonte dos saberes para a sua prática, a medicina popular. É na mulher que a história da prática de cuidados se fortalece e se configura, de forma definitiva, na era cristã, onde se observa, nitidamente, a evolução da prática do cuidado, tendo a igreja como determinadora dessas ações, num período marcado por intensos problemas sociais.

Segundo Geovanini et al (1995), as práticas de saúde, na era do cristianismo, sofreu forte influência dos fatores sócio econômico e políticos medievais e, da sociedade feudal. Os colonos sobrecarregados de impostos, mal conseguiam sobreviver e, ainda, tinham sua força de trabalho subjugada. As epidemias como a sífilis, a lepra, seguidas de terremotos e inundações, reforçam a superstição e as crenças que voltaram a prosperar.

Desse modo, as práticas de saúde tiveram um retrocesso, retornando às crenças nos poderes miraculosos das relíquias, amuletos, águas-bentas, santos-óleos, esconjurações e exorcismos. As regras dos conventos baseavam-se na prática da caridade e da hospitalidade, onde o cuidado com os pobres e enfermos tornou-se a meta dos cristãos leigos e religiosos para obter salvação de suas almas e perdão dos pecados (REZENDE, 1989).

Nesse sentido, o Cristianismo estabeleceu como necessidade humana básica, a misericórdia. Nesse caso o cuidado aos pobres e enfermos era uma atividade que agradava a Deus, de forma especial e, através da caridade, ganhava-se a vida eterna. O cuidado que era ocupação dos escravos, passa agora a ser uma vocação sagrada, um serviço e um dever dos homens e mulheres cristãos que, algumas vezes, utilizavam a magia, remédios empíricos e caseiros, dos primeiros períodos históricos (DONAHUE, 1993).

Assim, a abnegação e o fervor religioso levaram muitos leigos, movidos pela fé, a voltarem suas vidas à prática da caridade, assistência aos pobres e aos enfermos. Os concílios religiosos, desse tempo, ordenaram à construção de hospitais, próximos aos mosteiros e igrejas, ficando sob a direção dos religiosos (GEOVANINI et al, 1995).

Segundo Waldow (2001), através de Cristo, o cuidado humano tornou-se mais visível pela compaixão, misericórdia e humildade, dentre outros sentimentos e ações. Entretanto, a ideologia cristã era quem determinava as regras rígidas de conduta e moral, principalmente, em relação à mulher que era símbolo da tentação carnal e do pecado.

As mulheres, por deterem o conhecimento do cuidado com o corpo e das plantas, tornaram-se alvo de repressão da igreja e dos tribunais seculares, devido a ameaça múltipla que representavam para o poder temporal e religioso, de ser: a mulher, impura, fonte do pecado; de ter adquirido o conhecimento vivido do corpo, maternidade e nascimento. E, por

tudo que levava aos cuidados de manutenção da vida, o que fazia com que ela tivesse conhecimentos sobre a prática dos cuidados; de ter, como Deus, um poder sobre a vida e a morte, a feitiçaria popular, crença na magia do mundo e o contato com o cotidiano sobrenatural; de ter, antes dos monges, o saber empírico do poder terapêutico das plantas, das práticas alimentares, conhecimento preciso das luas e estações. Devido a estes conhecimentos, muitas mulheres foram intituladas de feiticeiras, serva do diabo. A prática empírica passou a ser vista como pecado mortal, mesmo as que utilizavam receitas de cura e adivinhações, que recitavam salmos e invocassem o nome de Deus (COLLIÈRE, 1989).

Desse modo, as regras e os valores ditados pela Igreja, durante o cristianismo, foram determinantes nas práticas de cuidados da época e, observa-se até hoje, no comportamento do pessoal de enfermagem frente ao cliente e a outras profissões da área da saúde, principalmente, a medicina.

Assim, o cuidar como atividade feminina era desenvolvido pelas religiosas com sua representação de trabalho “doméstico” e com uma dimensão filosófica e caritativa, sem poder público e cujos valores não eram considerados. O paradigma hegemônico do cuidar era o mágico-religioso (ROSSI, 1991).

No entanto, com o declínio do feudalismo há o enfraquecimento do autoritarismo da Igreja, o que propicia a expansão progressiva da ciência, retirando o poder do “saber” dos clérigos, desencadeando a decadência, do poder, da Igreja. Esses fatos provocaram intensas guerras religiosas cujas conseqüências históricas serviram como marco na mudança das práticas de cuidado.

Assim, as práticas de saúde passam a ser influenciadas pelo movimento renascentista e pela reforma protestante, principalmente, no que se refere aos cuidados de enfermagem e a evolução da medicina.

A diminuição do espírito cristão abalou profundamente a prática de cuidados, pois a Reforma Protestante pregava a fé sem a penitência e o Renascimento favorecia o pensamento lógico e a valorização da liberdade de ações. Essas duas correntes afastaram os religiosos dos hospitais.

De acordo com Geovanini et al (1995), os hospitais que já não eram adequados, são negligenciados e, passam a ser um insalubre depósito de doentes, ambiente de miséria e degradação humana, onde as pseudo-enfermeiras desenvolviam suas atividades, essencialmente domésticas, sob exploração, e recebiam baixos salários com grandes jornadas de trabalho. A queda dos padrões morais que sustentava essa prática, “dita de enfermagem”, a

tornou indigna e afastou as mulheres de classe social elevada, Iniciando-se assim, o período de decadência da prática dos cuidados.

Essa decadência coincide com o reaparecimento das práticas da medicina grega, com o surgimento das universidades, a saída da medicina dos monastérios, contribuindo para o distanciamento entre a medicina e a enfermagem, caracterizando esta como atividade empírica.

Donahue (1993) enfatiza que o espírito renascentista e o desenvolvimento intelectual e cultural da medicina afetam, indiretamente, a prática de cuidados, que permanece como caritativa, doméstica, manual e feminina, afastada do domínio intelectual, onde o progresso científico era visto como desnecessário e, por ser exercido por mulheres não era necessário ter conhecimento.

2.1 O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM

A revolução industrial proporcionou um crescente avanço tecnológico, onde as práticas de saúde voltaram-se primeiro, para a manutenção da força de trabalho e depois para as empresas produtoras de serviços de saúde, atendendo ao modelo capitalista que fora instituído. Entretanto, nesse contexto, a enfermagem não acompanhou o desenvolvimento da medicina que utilizava técnicas especializadas e introduzia nos hospitais o processo de medicalização, necessitando de pessoal qualificado para auxiliá-lo (COLLIÈRE, 1989).

Assim, os cuidados de enfermagem foram influenciados pela evolução técnica da medicina que utilizava cada vez mais conhecimentos e tecnologias para tratar a doença, a ponto de ser necessário ao médico, delegar pouco a pouco as tarefas que tinham o costume de praticar, para o pessoal auxiliar, a enfermeira (COLLIÈRE, 1989).

Nesse sentido, para atender à necessidade do cuidado aos doentes e feridos e a melhorar as condições de salubridade dos hospitais, muitos médicos se empenharam na formação e ensino das enfermeiras (OGUISSO, 2005).

Entretanto, é no final do século XIX que o pastor protestante, alemão, Fliedner, reconhece a necessidade dos serviços da mulher com motivação religiosa para cuidar dos doentes, e funda o Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth. A formação dessas enfermeiras incluía: rodízio de serviços clínicos hospitalares (clínica médica, cirúrgica, unidade de pediatria, dentre outras), formação de cuidado domiciliar, ensino técnico e prático do cuidado,

conhecimento de ética, religião e farmácia. Tinha a duração de 3 anos e as enfermeiras deviam seguir as orientações do médico, que era o único responsável pelo resultado dos cuidados e não recebiam remuneração pelas suas atividades (DONAHUE, 1993).

Um grande mérito do pastor Fliedner foi ter recebido em seu Instituto, Florence Nightingale, em 1851, a quem deu a oportunidade de estudar e a cuidar de doentes e feridos. Florence teve atuação significativa na história da enfermagem moderna e na reforma dos hospitais. Notável figura feminina abriu para as mulheres a possibilidade de seguir uma carreira independente e desfrutar a liberdade social e econômica. Sua forte personalidade, a visão e a habilidade prática para a organização conseguiram dar à enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades impensadas anteriormente (OGUISSO, 2005).

No entanto, as regras convencionais de condutas e comportamentos que atendiam ao modelo religioso, foram fortalecidas por Florence Nightingale, que exigia das enfermeiras sob seu comando a capacidade física, moral e intelectual além da aptidão profissional.

Florence interessava-se por política, pelas pessoas, mas, principalmente, por instituições hospitalares. Destacou-se por sua capacidade administrativa e organizacional, além dos conhecimentos sobre medidas de higiene, nutricionais, ambientais, privacidade e lazer dos que estavam sobre seus cuidados (LUNARDI, 1998).

Segundo Collière (1989), Florence acreditava ser possível combater a doença intervindo nos meios de saneamento e, que os cuidados não podiam depender da simples caridade, pois, o instinto caritativo devia aproximar-se dos problemas sociais, apoiada na reflexão dos prestadores de cuidados.

Nesse sentido, através da sistematização das ações de enfermagem, com a preocupação de normatizar procedimentos técnicos que visassem oferecer qualidade de vida e diminuição da mortalidade, Florence cria princípios que serviram de base para os fundamentos da enfermagem e sua difusão pelo mundo inteiro.

Desse modo, a enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, mas como uma atividade assalariada que vem atender a necessidade de mão de obra dos hospitais, constituindo-se como prática social institucionalizada e específica. Entretanto, a complexidade técnica e científica da medicina crescia e assim, os médicos começaram a passar para a enfermagem as tarefas manuais que lhes competiam, ficando com a parte intelectual. Assim, ao executar os procedimentos pré-estabelecidos pelo médico, a enfermagem nasce como profissão complementar à prática médica (GEOVANINI et al, 1995).

Nesse sentido, a prática de cuidados que até então eram destinadas a “servir” ao doente, passa a “servir” ao médico. Atendendo aos apelos do avanço da medicina e do capitalismo, a enfermeira assume o papel de auxiliar do médico.

Segundo Colliere (1989), a enfermagem desponta como auxiliar do médico, primeiro preparando material necessário à sua prática e, depois, assegurando sob sua responsabilidade, os cuidados prescritos e delegados por ele. Assim, a prática da enfermagem elabora-se sob dupla filiação: a sacerdotal e a médica.

Nessa perspectiva, a prática de cuidados, vem atender as exigências do capitalismo, através da reorganização hospitalar, para a manutenção da força de trabalho e empresas produtoras de serviços de saúde onde a enfermagem tem seu trabalho claramente dividido entre o manual e o intelectual, cabendo à enfermeira o papel de administrar as unidades de cuidados obedecendo a regras institucionais pré-estabelecidas.

Diante desse fato, o papel de administradora das unidades de cuidados, tem dificultado a aproximação da enfermeira do paciente e da sua prática que lhe confere autonomia dentro da equipe de saúde. Esta realidade resulta em que os cuidados considerados simples, que não exigem especialidade técnica, sejam delegados ao pessoal técnico e auxiliar da enfermagem, profissionais que atuam sob seu comando e responsabilidade.

Esse distanciamento do cuidado, e o crescente aumento das atividades técnicas especializadas, afastam cada vez mais a enfermeira do cuidado integral ao paciente. A busca das especialidades, atendendo à política de mercado, acarreta a fragmentação do cuidado, o que, faz surgir em contrapartida, por volta dos anos 60, um movimento com a finalidade de reaproximar a enfermeira do cuidado ao paciente. Esse movimento pautou-se na necessidade de fortalecer a enfermagem como ciência, formar um corpo de conhecimentos através de conceitos e pressupostos teóricos que pudessem servir de fundamentos para o pretendido cuidado de enfermagem.

Segundo Cianciarullo et al (2001), o conhecimento organizado, estruturado, validado, contextualizado é fonte segura de desenvolvimento, e, a enfermagem, como campo específico do saber cuidativo, responde a esses pressupostos a partir da prática do seu cotidiano, onde a construção do conhecimento reflete o amadurecimento dos profissionais a partir das suas experiências cuidativas.

Atualmente, a utilização das teorias de enfermagem tem favorecido a incorporação de novos conhecimentos, tendo como resultado a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem definindo o papel e as funções da enfermeira, dentro do processo de cuidar.

Entretanto, Collière (1989) salienta que uma teoria só ganha sentido se evidenciar referências identificáveis, que permita descobrir suas inter-relações em todas as combinações possíveis. Ou seja, a enfermeira não deve desempenhar um papel identificado apenas por uma teoria, mas, à luz de diferentes conhecimentos aprenderem a reconhecer, a partir dos dados vividos nas situações, o que identifica a natureza dos cuidados de enfermagem, gerando uma mobilização diversificada de cada um dos atores: quem presta os cuidados e quem os recebe.

As teorias de enfermagem vêm, gradativamente, resgatando a prática do cuidado integral ao indivíduo, tanto nas instituições hospitalares como no seio da família, procurando dentro do possível, dar um enfoque holístico. A enfermeira que antes estava voltada para servir ao médico, agora fortalece sua prática de cuidados fundamentada em pressupostos, na tentativa de estabelecer uma nova conduta de cuidados de enfermagem a ser prestados aos indivíduos doentes e sadios.

No entanto, as várias teorias não conseguem visualizar na prática, o processo de enfermagem que surge como solução para integralizar o cuidado ao paciente. Fica difícil, adotar teorias construídas para realidades diferentes, principalmente, pelo fato do cuidado não ser prestado pela enfermeira. Embora as enfermeiras idealizem, planejem e prescrevam as ações, são os demais elementos da equipe que os realizam (WALDOW, 2004).

Por fim, compreendo que a evolução do cuidado de enfermagem acompanhou a evolução das práticas de saúde nos diferentes períodos históricos. O cuidar é inerente ao ser humano, fortemente marcado pela prática feminina de acordo com o papel social da mulher na história da humanidade. Atualmente, a enfermagem vem adquirindo cada vez mais, práticas autônomas, de cuidados de enfermagem, através do ensino e das pesquisas na área do cuidar.

2.2 O CUIDADO ROTINEIRO AO PACIENTE HOSPITALIZADO COM DEPENDÊNCIA

2.2.1 O Ambiente Hospitalar e o Cuidar

O hospital constitui-se em um cenário complexo, onde conjugam transformações tecnológicas e ambientais, onde são visíveis as novas proposições do cuidar, verificada nas relações de trabalho.

Essas relações sofrem influencia das transformações tecnológicas, econômicas e sociais que deram origem ao trabalho intelectual e manual. Na enfermagem, essas transformações deixaram de lado o caráter religioso atribuído, originalmente, às suas práticas, onde as leigas e religiosas foram substituídas por profissionais de enfermagem que parcelam suas atividades, dividindo-as entre as mais e, menos qualificadas. Os atos técnicos e socialmente mais qualificados, herdados por sua vez dos atos médicos, ficam com os enfermeiros, que gerenciam o cuidado e o supervisionam, os técnicos e auxiliares de enfermagem, de nível médio, executam o trabalho menos qualificado, expondo-se mais tempo aos enfermos. Além de conviver mais tempo com os enfermos, os técnicos e auxiliares os acompanham mais de perto, anotam suas reações ao tratamento, cumprindo a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, a atribuição de todos no hospital (PITTA, 1999).

Essa hierarquia do saber e a tecnicidade crescente nas instituições hospitalares transformaram os cuidados de enfermagem em execução de tarefas, seguindo a protocolos, normas e rotinas previamente instituídas, dificultando as relações interpessoais mais enfáticas entre o ser que cuida e o ser cuidado.

Segundo Lunardi e Leopardi (1999), a rotina de cumprimento de tarefas previamente determinadas, diferencia o trabalho intelectual do manual, pois, a realização das tarefas fica reduzida a uma atividade muito mais mecânica do que criativa, por haver se tornado desprovida da intencionalidade do trabalhador, recalcando as emoções, os impulsos e a imaginação, mantendo-se no mundo simbólico, apenas sublimado pela gratificação íntima do sentimento de ajuda, veiculado por sua realização.

Esse modo de trabalho, institucionalizado, na enfermagem, tem promovido o distanciamento da verdadeira arte de cuidar, provocando intensa fragmentação na execução de tarefas previamente prescritas, sistematizadas e robotizadas, onde os profissionais de enfermagem se esquecem de que os sujeitos receptores dos cuidados são seres humanos, e os visualizam apenas como “objetos” receptores desses procedimentos.

Segundo Ferraz (1998), diante da tecnicidade do cuidado, precisamos caminhar rapidamente para superar os paradoxos que estão na base da organização do trabalho assistencial. E, apontar a possibilidade de superar as concepções enraizadas na nossa prática, principalmente, a relativa ao tecnocentrismo e a lógica das normatizações, que desqualificam as necessidades sentidas pelos pacientes internados.

As ações técnico-assistenciais por si só, não são suficientes para atender às necessidades dos pacientes internados e nesse sentido, Collière (1989) quando cita Florence,

ênfatiza que administrar medicações e fazer curativos não é suficiente para garantir a sobrevivência dos pacientes, mas faz-se necessário desencadear tudo o que mobilize sua energia e o seu potencial de vida, tanto no domicílio como no ambiente hospitalar.

O ambiente em que o paciente recebe assistência de saúde influi no seu comportamento e bem-estar, pois, compreende aspectos relacionados à instalação física, ao entrosamento da equipe, aos regulamentos e normas institucionais (KAWAMOTO; FORTES, 1997).

Segundo Waldow (2004), o ambiente hospitalar é estressante, temido pelos pacientes, pois nele o paciente perde sua identidade, privacidade e a capacidade de relaxar. O local é barulhento e possui normas que jamais podem ser comparadas com a sua casa.

Durante a hospitalização, a percepção de liberdade do indivíduo diminui, suas mobilidades físicas, emocionais, sociais, ficam comprometidas, e as dependências para a satisfação de suas necessidades trazem para este indivíduo e sua família, sentimentos de insegurança diante do novo, do desconhecido.

A dependência do indivíduo para satisfação de suas necessidades, no contexto hospitalar, se constitui em um momento importante para a enfermagem. É neste momento que ela tem a oportunidade de focalizar suas ações no ser humano, receptor dos cuidados, ou seja, fazer uma conexão integrada entre as tarefas normatizadas pela instituição e àquelas, voltadas para o processo de cuidar e, onde o indivíduo, diante de sua fragilidade, busca perceber e interagir para que o processo do cuidado seja viabilizado. Dessa forma, buscar-se-á atender tanto as exigências institucionais quanto as do ser humano que se encontra vulnerável às ações da equipe de saúde.

2.2.2 Cuidados Rotineiros para Paciente com Dependência

Nos últimos anos, os trabalhos publicados sobre o cuidar têm aumentado, significativamente, numa tentativa de humanizar a assistência de enfermagem, que ao longo do tempo vem enfocando mais as características mecanicistas voltadas para o processo de cura.

No entanto, o cuidado envolve não só atividades relacionadas à prestação de auxílio, apoio, ou capacitação para o indivíduo ou grupos, com necessidades evidentes ou previstas, mas, também, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida. O cuidado é universal

em todas as culturas e pode ser demonstrados por meio de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes (LENINGER, 1985).

O cuidar para Collière (1989), significa prestar cuidados, tomar conta, um ato de vida e representa uma variedade de atividades que visam manter e sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se. Esse cuidar é um ato individual, quando prestamos a nós mesmos, e um ato de reciprocidade quando somos levados a prestar a outras pessoas que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de receber cuidados para manter seu estado vital.

O cuidado é inerente à raça humana e, a enfermagem coloca em pratica suas atividades profissionais através das ações de cuidados, identificando as necessidades dos indivíduos, num processo de interação que requer dessa equipe o querer, o saber e o fazer.

Desse modo, o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independente da cura. É intencional e, seus objetivos de aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restaurar, dentre outros ocorrem dependendo do momento, da situação e da experiência, sem a preocupação com o fim, pois como processo ele é dinâmico (WALDOW, 2001).

Assim, a necessidade de ser cuidado ocorre durante toda a vida do individuo, desde o nascimento até a sua morte e são, de acordo com o grau de dependência, associado à autonomia e, esses cuidados, são essenciais para a manutenção da vida. Entretanto, eles são mais visíveis quando o individuo é acometido pela doença, que o incapacita para a realização de algumas de suas necessidades, e são, segundo Collière (1989), classificados em cuidados de manutenção da vida e cuidados de reparação.

De acordo com esta autora, os cuidados de manutenção, são os rotineiros ou quotidianos que representam todos aqueles cuidados, permanentes, que tem a função de sustentar a vida, reabastecendo-a de energia, garantindo sua continuidade, ou seja, são os cuidados mais simples e básicos, como: beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer-se, deslocar-se, bem como tudo que contribui para o desenvolvimento e sobrevivência do ser humano, construindo e mantendo a imagem do nosso corpo e suas relações com o meio.

Já os cuidados de reparação têm como finalidade, limitar a doença, lutar contra ela e combater suas causas. Esse cuidado privilegia as causas orgânicas, isolando as causas psíquicas e socioeconômicas, fragmentando o homem, sem considerar o ser humano e o seu relacionamento com o meio em que vive.

Em nossa abordagem, os cuidados de manutenção ou os cuidados rotineiros prestados aos pacientes hospitalizados, de acordo com o grau de dependência apresentada para o atendimento de suas necessidades, são os mais evidentes e importantes, para a pratica da enfermagem como profissão autônoma.

Assim, a dependência é o estado em que o indivíduo depende de outra pessoa para prover suas necessidades (XIMENES, 2000). A determinação do grau de dependência de uma pessoa é uma tentativa de estabelecer a quantidade de pessoal de enfermagem, necessário para atender ao paciente hospitalizado, de acordo com a dependência de cuidados exigidos pelo mesmo.

A determinação das necessidades dos pacientes favorece a elaboração do plano de cuidados. Segundo Carpenito (1997), a enfermagem na tentativa de se diferenciar da medicina, propôs organizar suas ações de acordo com os problemas de enfermagem ou as necessidades dos pacientes.

As necessidades humanas básicas afetadas e a determinação do grau de dependência em relação aos cuidados são denominados de problemas de enfermagem, evidenciados através dos dados colhidos no histórico de enfermagem e, diagnóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Segundo a autora, o grau de dependência para o cuidado pode ser total ou parcial. A dependência total compreende tudo aquilo que a enfermagem faz pelo ser humano quando este não tem condições de fazer por si só e, a dependência parcial é aquela que implica, necessariamente, em orientação, supervisão e o encaminhamento quando se fizer necessário.

Perroca (1996 apud FONSECA; ECHER, 2003, p. 348), construiu um instrumento baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979) e considerou 13 indicadores de dependência: Estado Mental e Nível de Consciência, Oxigenação, Sinais Vitais, Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal, Eliminações, Terapêutica, Educação à Saúde, Comportamento e Integridade Cutânea-mucosa.

Desse modo, percebemos que a classificação das necessidades humanas básicas, corresponde a tudo o que é essencial à manutenção da vida, no entanto, a insatisfação ou satisfação inadequada dessas necessidades comprometem a sustentação da vida. A dependência para satisfação dessas necessidades, em pacientes hospitalizados, corresponde aos problemas de enfermagem que requer ações de cuidado, planejadas e implementadas para manter adequadamente a vida em equilíbrio.

O cuidado prestado para a satisfação das necessidades de manutenção da vida é aquela que corresponde ao cuidado cotidiano ou rotineiro de enfermagem conforme a definição de Collière (1989).

Enfatizamos nesse estudo, como já delimitado na introdução, os cuidados rotineiros referentes à alimentação (comer, beber), mobilidade (mexer-se, locomover-se) e a higiene (lavar-se).

2.2.2.1 Dependência para Alimentação

A alimentação exerce grande influencia sobre o indivíduo, principalmente, sobre sua saúde, sua capacidade de trabalhar, estudar, divertir-se, sua aparência e longevidade. Cuidar da alimentação é cuidar de uma necessidade básica do homem, de extrema importância. Saber alimentar-se de acordo com as necessidades significa “comer para viver”.

O alimento fornece a nutrição e detém um significado simbólico. O ato de dar ou receber alimento faz parte de cerimônias, reuniões, tradições de feriados, eventos religiosos, dentre outros. A decisão por suspender a alimentação por via oral durante o processo da doença, e oferecê-la por meio de nutrientes intravenosos, traz impacto na aceitação do paciente que, fica privado do prazer da alimentação e do cerimonial que ela representa, fortalecendo o simbolismo do ato de alimentar-se na vida dos indivíduos (POTTER; PERRY, 2004).

Nightingale (1990) reconhecia a importância da alimentação e o importante papel da enfermeira no atendimento dessa necessidade quando ressaltava a pontualidade nos horários da alimentação, o tipo de alimento que devia ser oferecido aos pacientes, de acordo com as limitações impostas pelas enfermidades, além de propiciar ambiente adequado para as refeições.

O ser humano vive em função da nutrição e do meio. Não há ser vivo cuja vida não esteja dependente dos elementos necessários a conservação de sua forma e de suas funções. Esses elementos são os nutrientes que os seres vivos extraem dos alimentos ingeridos.

Os nutrientes são armazenados para que as células sejam constantemente supridas de energia, pois, na privação, essas células são capazes de utilizar suas próprias substâncias como fonte de energia e de se adaptar as injúrias provocadas pela deficiência (BELAND; PASSOS, 1975).

As autoras acreditam que, para compreendermos melhor os problemas dos pacientes com necessidades de nutrição, devemos entender o significado dos termos: Nutrição que é processo corporal envolvido na digestão e metabolismo de alimentos; Nutrientes que são as substâncias contidas nos alimentos e, necessários para a função celular; Dieta que corresponde ao regime alimentar necessário para manter a nutrição e, Estado Nutricional que são as condições de saúde do indivíduo em consequência da utilização dos nutrientes.

Avaliar o estado nutricional de um indivíduo é analisar as condições que regem a ingestão dos alimentos, a absorção e o aproveitamento dos nutrientes. Essas condições são

influenciadas por fatores sociais, econômicos e pela presença da doença, que interferem no desenvolvimento normal ou impedem o organismo de atingir o máximo de suas potencialidades (BARROS et all, 2003).

Na avaliação nutricional dos pacientes hospitalizados, as informações sobre o efeito das medicações na nutrição e os problemas especiais que esses pacientes possam apresentar é de fundamental importância, para se fazer o diagnóstico de enfermagem, pois muitas patologias produzem alterações metabólicas que ocasionam o balanço nitrogenado negativo, que, associados à inapetência podem levar à desnutrição e interferir na cicatrização das feridas, podendo aumentar a susceptibilidade a infecções e, contribuir para a permanência prolongada dos pacientes acamados (BRUNNER; SUDDARTH, 1992).

Nesse sentido, a enfermeira precisa está informada e ter total controle e conhecimento da sua importância para a nutrição dos pacientes hospitalizados, com dependência, pois cabe ao médico prescrever as dietas, a nutricionista viabilizar a adequação do alimento, de acordo com a dieta prescrita, mas cabe a equipe de enfermagem detectar os problemas que podem impossibilitar o paciente de se alimentar.

Para atender as necessidades nutricionais do paciente, cabe a enfermeira, de acordo com Beland e Passos (1975): coletar dados dos pacientes sobre padrão alimentar e suas preferências; planejar para que o paciente receba alimentos adequados à suas necessidades; preparar o ambiente para torná-lo agradável; posicionar o paciente de forma confortável durante as refeições; explicar as razões das modificações na sua dieta; observar e relatar o apetite e preferências de cada paciente; alimentar e supervisionar a alimentação de pacientes incapacitados de comer sozinho; oferecer ajuda ter paciência e compreensão aos que precisam aprender a alimentarem-se sozinhos.

Os alimentos podem ser oferecidos aos pacientes por via oral, ou quando houver impossibilidade de se utilizar esta via, podem-se utilizar as dietas enterais que são colocadas diretamente no trato gastrintestinal ou através da via parenteral.

Os pacientes alimentados por via enteral recebem fórmulas através de sondas nasoenterais, jejunais ou gástricas. A alimentação por estas vias possui baixo risco de aspiração e garantem ao paciente nutrientes essenciais para a sustentação da vida. A alimentação por via parenteral é outro recurso que pode ser utilizado para suprir as necessidades nutricionais do paciente, onde os nutrientes especiais são fornecidos por via endovenosa. Para estes tipos de nutrição a enfermeira deve respeitar os princípios de assepsia e controle de infusão para assegurar o suporte nutricional seguro (POTTER; PERRY, 2004).

Independente das formas de nutrição que o paciente dependente esteja utilizando, durante a hospitalização, para atender suas necessidades, o cuidado rotineiro dispensado, tem a finalidade de manter a integridade corporal e vínculo com a vida, importantes para a sobrevivência. No entanto, para que a enfermagem consiga atingir o propósito do cuidar rotineiro é necessário estabelecer com o paciente e sua família um processo de interação, onde ela possa manifestar ações de cuidados.

2.2.2.2 Dependência para Mobilidade

Os pacientes com restrição de mobilidade, experimentam uma forte tensão emocional que, geralmente, afetam suas relações sociais. A incapacidade funcional é maior ou menor a depender da avaliação que este tenha de si próprio e da maneira como ele encara sua realidade física (BELAND; PASSOS, 1975).

Este fato leva-nos a refletir sobre a visão do cuidado prestado ao paciente com dependência para a mobilidade que, não deve seguir um protocolo, pois a percepção das necessidades é individual, assim como a prestação de cuidados. A enfermagem deve conhecer o paciente para que possa intervir de forma positiva.

Cuidar é agir, não por uma regra determinada, mas por afeto e consideração. As ações da cuidadora são variadas em vez de limitadas às regras; ou seja, suas ações, embora previsíveis em um sentido global, são imprevisíveis nos detalhes. Agir como cuidadora é agir em consideração especial ao objeto do cuidado, o paciente, em uma situação concreta (NODDINGS, 2003).

Desse modo, a equipe de enfermagem ao cuidar de um paciente com dependência para mobilidade, deve considerá-lo como indivíduo único. Não é possível determinar a capacidade física ou emocional do paciente levando-se em consideração sua invalidez, pois, uma pessoa tetraplégica pode ser totalmente auto-suficiente e ainda, ajudar os outros, enquanto outro com amputação das extremidades superiores podem recusar-se a usar uma prótese e tornar-se um inválido em todos os sentidos (BELAND; PASSOS, 1975).

Nesse sentido, a mobilidade é característica inerente de todos os seres vivos. O homem além dos movimentos físicos incorpora outros, que o diferencia dos demais seres, como o livre pensar, aprender, relacionar-se e discernir. O movimento é uma das necessidades mais importantes na vida dos indivíduos, no âmbito psico-biológico, psicossocial e psico-espiritual.

Segundo Du Gas (1988), o movimento é tão importante em nossas vidas, que a perda permanente da capacidade de movimentação de qualquer parte do corpo é uma das maiores tragédias que podem atingir a vida de uma pessoa.

A mobilidade serve a muitos propósitos, tais como, a expressão de uma emoção com um gesto não verbal, a autodefesa, a satisfação das necessidades básicas e a realização das atividades da vida diária, além das atividades de lazer (POTTER; PERRY, 2004).

Tendo em vista este fato e, por estar em contato diário com o paciente, a equipe de enfermagem, precisa atentar para as conseqüências que a diminuição da mobilidade ou imobilidade provoca no organismo, para que possa agir preventivamente, evitando desequilíbrios futuros, mais sérios.

Uma das síndromes mais prevalentes encontradas por especialistas em reabilitação é resultante do repouso prolongado no leito, no entanto, o repouso no leito é uma condição terapêutica que é utilizada de forma adequada para favorecer a recuperação de um processo patológico (VOLBONA 1984).

Assim, a mobilidade física prejudicada é definida pela NANDA (North American Nursing Diagnoses Association, 2002) como um estado em que o indivíduo tem limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

O indivíduo normal em repouso forçado no leito perde força muscular, a partir de níveis basais, numa velocidade de 3% ao dia. O repouso no leito também é associado a alterações cardiovasculares, esqueléticas e em outros órgãos. O termo atrofia por desuso tem sido usada para descrever a redução patológica no tamanho das fibras musculares, após um longo período de inatividade provocada pelo repouso no leito, trauma, imobilização por gesso ou lesão nervosa (POTTER; PERRY, 2004).

No entanto, a imobilidade de uma parte do corpo não impede que outras sejam estimuladas, desde que não haja contra indicação, a fim de evitar atrofias por desuso.

Desse modo, as alterações sistêmicas provocadas pela imobilidade ou pelo repouso prolongado no leito segundo Potter e Perry (2004) são as alterações metabólicas com a diminuição de reabsorção do cálcio, alterações do metabolismo endócrino, e o gastrointestinal; alterações respiratórias como a atelectasia e a pneumonia hipostática ou por estase; alterações cardiovasculares, como hipotensão ortostática, sobrecarga cardíaca e formação de trombos; alterações musculares e esqueléticas, que incluem o comprometimento permanente da mobilidade, resultando em perda da resistência, da força e da massa muscular, com atrofia, osteoporose, contratura articular, e queda plantar; alterações na eliminação urinária, estase urinária com risco de infecção e formação de cálculos renais; alterações tegumentares, pelo

efeito direto da pressão sobre a pele, acompanhado das alterações metabólicas que predispõe à formação de úlceras por pressão.

Nesse sentido, a imobilidade prolongada provoca efeitos deletérios às funções fisiológicas do corpo humano. Esses efeitos podem ser mais graves que a enfermidade que o levou à condição de restrição da mobilidade.

Dessa forma, as ações de cuidado preventivo devem incluir uma avaliação individual, das condições do paciente, e da patologia que determinou a diminuição da mobilidade, a fim de se planejar a participação do paciente e da família no processo preventivo das complicações, numa tentativa de dar orientações e de favorecer a independência para o seu próprio cuidado, assim que seja possível.

Para as intervenções preventivas, segundo Carpenito (1997), deve-se: identificar os fatores causais e contribuintes da diminuição da mobilidade, para promover o funcionamento respiratório ideal através da variação da posição da cama; auxiliar o posicionamento no leito, virando o paciente a depender da situação; encorajar a respiração profunda e os exercícios controlados de tosse; auscultar o campo pulmonar; encorajar pequenas refeições para evitar distensão abdominal; evitar úlceras por pressão através do reposicionamento que alivie a pressão nas áreas mais vulneráveis, mudando de posição e utilizando recursos auxiliares como travesseiros, almofadas d'água e outros para facilitar no reposicionamento do paciente, reduzir a força deslizante, manter lençóis limpos, secos e esticados; promover a circulação ideal quando estiver sentada, inspecionar áreas de risco, massagear levemente as áreas vulneráveis que não estiverem avermelhadas a cada troca de posição. Promover fatores que melhorem o fluxo sanguíneo venoso elevando as extremidades, evitando deixar os membros pendentes e reduzindo ou removendo a pressão venosa externa; manter a mobilidade dos membros e prevenir contraturas ao posicioná-lo em alinhamento, mantendo os joelhos e cotovelos em leve flexão; prevenir a estase urinária e formação de cálculos renais pelo aumento, se possível, da ingestão diária para 2000ml de líquidos e, evitando alimentos ricos em cálcio e oxalato; reduzir a monotonia da imobilidade variando a rotina diária, facilitando a visita, favorecendo a participação dos familiares nos cuidados diários, respeitando e considerando as suas decisões pessoais.

Além dos cuidados físicos destinados aos pacientes com dependência para a mobilidade, eles precisam de atenção e compreensão, devendo ser cuidados como um ser que interage e participa das decisões. O cuidado desses pacientes requer do enfermeiro habilidade e reconhecimento de que as limitações impostas pela doença, afetam o indivíduo em todos os aspectos de sua vida, emocional, social e espiritual.

A restrição da mobilidade é muito significativa na vida do paciente, que utiliza, muitas vezes, mecanismos protetores que o impede de relacionar-se eficazmente com as pessoas, fugindo do contato social.

Segundo Waldow (2004), os cuidados considerados mais simples, por vezes, confortam, aliviam e satisfazem o paciente melhor de que os cuidados técnicos, pois este ser que necessita de cuidados sente-se mais valorizado. Esses cuidados simples revelam a autonomia da enfermeira que estará demonstrando ao ser que esta sendo cuidado, aquilo que lhe é prioritário. O cuidar simples, envolve, conhecimento, pensamento crítico, observação, sensibilidade e humildade.

2.2.2.3 Dependência para Higiene Pessoal

A higiene é um cuidado rotineiro na vida dos indivíduos, variando de acordo com sua cultura, idade e clima da região. A equipe de enfermagem, na prestação desses cuidados à pacientes hospitalizados com dependência, necessita conhecer esses hábitos a fim de que possa satisfazer adequadamente esta necessidade.

Os hábitos de higiene corporal variam muito, razão pela qual se deve ter muito tato na prestação desses cuidados. A equipe de enfermagem deve utilizar esse momento para realizar exame físico e fazer orientações sobre os bons hábitos de higiene, avaliando e estimulando sua participação e, estabelecendo um relacionamento de confiança.

A equipe, enquanto administra os cuidados de higiene, deve colocar em prática seus conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da pele, no reconhecimento de anormalidades e, na realização de cuidados apropriados que evitem lesões de tecidos sensíveis. Além desses conhecimentos, a enfermagem deve aplicar, também, os conhecimentos de fisiopatologia, para empreender o cuidado preventivo, nos pacientes portadores de doenças crônicas (POTTER: PERRY, 2004). Esses cuidados devem sempre ser supervisionados e orientados pela enfermeira para que seja de fato um cuidado que atenda à necessidade do paciente dependente.

Desse modo, os cuidados de higiene são práticas que favorecem a limpeza pessoal, como banho, limpeza da cavidade oral, nasal, auricular, unhas das mãos e pés, lavagem dos cabelos e, ao ato de pentear-se. Entretanto, abordaremos nesse estudo, como já mencionado na justificativa, os cuidados rotineiros de higiene os relativos ao banho.

O banho é uma prática de higiene, onde são utilizados sabão e água para remover suor, oleosidade, poeira e os microorganismos da pele. Embora, a limpeza do corpo seja o principal objetivo do banho, há vários outros benefícios, dentre eles: eliminação de odores desagradáveis do organismo, redução do potencial de infecção, estimulação da circulação, sensação refrescante e relaxante, e melhora da auto imagem (TIMBY, 2001).

Em um paciente com dependência para os cuidados de higiene, o banho, normalmente é realizado com ajuda total ou parcial da enfermagem. No banho com ajuda parcial, a enfermagem, oferece apoio, orienta e supervisiona o cuidado que é realizado com e pelo paciente. Quando este possui restrições para mover-se ou locomover-se, esse cuidado deve ser assumido pelo profissional de enfermagem.

Segundo Davim et al (2004), o banho no leito é considerado uma necessidade básica do paciente acamado, principalmente, naqueles que estão com prescrição de repouso absoluto ou estão sem capacidade para locomover-se. Esse cuidado de higiene pode ser entendido não somente como atividade de higiene corporal, mas também, como uma ação terapêutica.

Assim, a higiene corporal não deve ser vista apenas como um procedimento técnico, pois o paciente, como ser humano, deverá ficar satisfeito com um cuidado que o individualize que lhe seja agradável e que lhe transmita conforto e segurança.

Na rotina diária, os profissionais de enfermagem se defrontam com uma realidade que valoriza muito a tecnologia, e lhes conferem muitas atribuições, cuja preocupação é o fazer e o intervir no paciente (BERTTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

A preocupação com o “fazer” e o “intervir” através da execução de tarefas de forma mecânica, no paciente, leva a equipe de enfermagem a assumir um comportamento menos efetivo de cuidado, tornando difícil o atendimento individualizado, na prestação dos cuidados de limpeza corporal.

A enfermagem ao “fazer” e “intervir” no paciente hospitalizado com dependência, durante o procedimento do banho no leito, muitas vezes, restringe sua liberdade e obedece às normas e rotinas das instituições, manipulando seu corpo, sem atentar para a simbologia que este corpo representa para o paciente.

Pupulim e Sawada (2002) ressaltam que a enfermagem não pode ignorar que, ao cuidar do paciente, toca-lhe o corpo e o expõe, muitas vezes, sem pedir autorização, adotando uma postura de poder sobre o corpo do outro. O paciente, por sua vez, pouco questiona essa invasão, porque na sua percepção, ela é necessária para sua recuperação e, por estar num ambiente em que todas as pessoas sabem mais do que ele.

Ao tocar o corpo do outro, o profissional de enfermagem, necessita assumir atitudes mais humanizadas, principalmente, durante o banho, através de ações simples como, perguntar a preferência para o horário e a temperatura da água para o banho. Tomar cuidados para preservar sua intimidade, sensibilizar-se de que essa técnica pode deixar o paciente constrangido, informar sobre os passos do procedimento, estimulando sua participação. Essas atitudes podem ajudá-los a colaborar e fazer com que eles se sintam menos deprimidos e constrangidos durante a realização do banho no leito.

É de grande importância que a equipe de enfermagem demonstre interesse e habilidade ao realizar o banho no leito, para que o paciente acamado sinta-se valorizado e cooperativo, auxiliando e, acima de tudo, buscando conforto e satisfação pelo ato realizado (DAVIM et al, 2004).

O processo de cuidado exige proximidade e contato entre os envolvidos. E, é no contato junto ao leito que se estabelece uma relação, onde se pode conciliar o conhecimento técnico - científico, com o sensível, o útil, o prático, o agradável, o confortável, e o oportuno. Desta forma, percebe-se o cuidado, na aproximação e no olhar interessado. Um cuidado que precisa de vigilância, mas não de policiamento (BERTTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

O cuidado, durante o procedimento de limpeza corporal, para cumprir a sua finalidade, necessita do compromisso, responsabilidade e envolvimento do ser que cuida para com o ser cuidado, numa perfeita interação, respeitando-se as limitações e peculiaridades de cada indivíduo. Neste processo, faz-se necessário o envolvimento da família no aprendizado do cuidado, através da orientação e participação, visando a alta do ser cuidado.

Segundo Perlini e Faro (2005), os pacientes e cuidadores familiares recebem escassa orientação por parte da equipe de enfermagem a respeito dos cuidados de saúde, dentre eles os cuidados de higiene, uma atividade simples mas necessária, principalmente, para os pacientes incapacitados, para realizá-los.

Os cuidados de higiene e de conforto são realizados, comumente, pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, sob a supervisão da enfermeira. Entretanto, o estudo realizado por Chaves, Costa e Lunardi (2005) demonstra que apesar de a enfermeira afirmar que estes cuidados são de sua responsabilidade, observa-se que ela transfere a execução desses cuidados, considerados de baixa complexidade, aos acompanhantes dos pacientes, que estão sendo utilizados como “mão de obra” gratuita.

Os cuidados rotineiros são comuns a todos os indivíduos, e são realizados por qualquer pessoa em pleno estado de higidez. Entretanto, quando se refere a pacientes hospitalizados

com dependência, envolvem especificidades que necessitam de conhecimento técnico e científico para a garantia da segurança do paciente. A enfermeira é responsável por esses cuidados. A delegação para outras pessoas sem a competência técnica para realizá-lo deve ser feita obedecendo a critérios que perpassam pela orientação, supervisão e acompanhamento, com a finalidade única de prepará-lo para o cuidado domiciliar após a alta. Esses cuidados de mobilidade, alimentação e higiene são essenciais à vida e não devem ser menos valorizados, do que outros cuidados mais complexos e especializados, pois todos eles são fundamentais para o viver humano.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, por preocupar-se em compreender um problema, na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos (LEOPARDI, 2001).

Segundo Polit e Hungler (2004), as investigações qualitativas permitem avaliar a compreensão da experiência humana como ela é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos.

Para Richardson et al. (1985), este tipo de pesquisa possibilita a compreensão das características e significados de situações vivenciadas num determinado contexto, a partir da descrição das diferentes formas de percepção dos sujeitos investigados e de problemas ou situações que a eles se apresentam em seu cotidiano.

Esse estudo nos possibilitou compreender como o cuidado rotineiro está sendo prestado ao paciente dependente no ambiente hospitalar, na perspectiva dos profissionais da equipe de enfermagem, no ambiente em que o cuidado é vivido.

Dessa forma, este estudo nos permitiu ouvir a equipe de enfermagem dentro do ambiente de cuidado, possibilitando a identificação e descrição do processo de prestação de cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado, pelos membros da equipe de enfermagem, o que pode se constituir num conhecimento determinante da qualidade do cuidado. Esse cuidado de enfermagem se dá em uma determinada situação, cujos diversos participantes cuidam do objeto central da ação: o cliente (CIANCIARULLO, 1977).

Este estudo fundamentou-se no cuidar/cuidado tomando como base os pressupostos de Collière (2003), que acredita “[...] não ser em torno da doença que se desenvolvem as práticas dos cuidados, mas a volta de tudo que permite sobreviver.”. Esta visão de cuidar está centrada nas necessidades básicas dos indivíduos, onde “[...] o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que os cercam, com vistas a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes” (COLLIÈRE, 1989, p. 290).

Esses pressupostos, assim como os de outros autores, estudiosos do cuidar/cuidado representam o modelo conceitual utilizado neste estudo, pois “[...] reflete as visões filosóficas dos autores” (POLLIT e HUNGLER, 2004).

3.2 OS SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram enfermeiras e, técnicos de enfermagem que participam da assistência a pacientes dependentes hospitalizados, no Hospital Geral Cleriston Andrade na cidade de Feira de Santana - Ba, no ano de 2006.

Foram consideradas as enfermeiras e técnicos de enfermagem da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica que atuavam no cuidado a pacientes com dependência para higiene corporal, alimentação e mobilidade, que trabalham em turnos fixos, estabelecendo desta forma, uma relação de continuidade dos cuidados.

As enfermeiras trabalham em escalas fixas de seis horas/dia, de segunda a sexta feira, num total de três (03) na Clínica Médica e quatro (04) na Clínica Cirúrgica, enquanto que, durante a noite, finais de semana e feriados obedecem a uma escala de rodízio, onde atuam nove enfermeiros (09). Esses profissionais ficam responsáveis por quatro (04) unidades de internação, onde estão incluídas a Clínica Médica e Clínica Cirúrgica e, muitas vezes, fica uma enfermeira responsável por duas clínicas.

Os Técnicos de Enfermagem representam o maior número de profissionais de saúde, tanto no HGCA quanto nas demais instituições do município, embora ainda considerado um número insuficiente para atender a demanda do hospital e das unidades do estudo. No hospital, os técnicos cumprem escalas de serviço de doze (12) horas diurnas e noturnas, com designação de MT e SN, obedecendo aos critérios legais de descanso e folga, perfazendo uma carga horária de 120 horas mensais, equivalendo a uma média de 10 plantões. A atuação destes profissionais inclui dentre outros, os cuidados com a alimentação, higiene, mobilização, curativos, preparo e administração de medicações, preparo e encaminhamento de pacientes para exames, entre outros.

Participaram deste estudo, os técnicos de enfermagem que atuavam no período da coleta, durante o turno diurno, pois entendemos que, a maioria dos cuidados aqui investigados ocorre em maior intensidade durante este período, e o número de profissionais escalados durante o dia é maior devido a maior demanda desses cuidados. Apesar dos cuidados de

manutenção da vida ser necessários em todas as horas do dia, durante a noite por ser o período de descanso dos pacientes, não foi considerado para a realização da pesquisa.

3.3 O LÓCUS DA PESQUISA

A cidade de Feira de Santana localiza-se a 110 km da capital, Salvador, possui uma área de 1.363 Km² e população estimada em 519.173 habitantes, sendo em sua maioria adultos jovens. É a segunda cidade mais populosa do Estado (IBGE, 2006). A principal atividade econômica é o comércio e a agropecuária. Está geograficamente situada em entroncamento rodoviário que liga norte e sul do país, através das rodovias BR 324, BR 201, BR 116, dessa forma atrai um grande número de pessoas que vem em busca de melhores condições de trabalho e de vida.

Dispõe de três escolas de nível superior de enfermagem, sendo duas privadas e uma pública, e três escolas privadas de nível técnico. Encontra-se na Gestão Plena do processo de municipalização da saúde. O serviço de saúde hospitalar conta com três (03) Hospitais Gerais Públicos, além de serviços complementares particulares, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O local de escolha para essa pesquisa foi o Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA), pois o mesmo é referência em assistência de alta e média complexidade para a cidade de Feira de Santana e para 121 municípios circunvizinhos. Classificado como hospital geral de médio porte, presta atendimento de urgência e emergência. Possui atualmente 251 leitos, sendo 38 destinados a Clínica Médica, 48 Cirúrgicos, 10 de Terapia Intensiva adulto, 8 de Terapia Intensiva Pediátrica, 5 de Terapia Intensiva Neonatal, 12 leitos para o berçário de médio risco, 23 Pediátricos, 30 de Maternidade, 06 método Canguru e na unidade de emergência ainda conta com mais 19 leitos de pacientes masculinos, 23 femininos, 04 trauma, 08 leitos de semi-intensiva e 17 para pediatria de urgência.

A Clínica Médica e Clínica Cirúrgica foram escolhidos para esse estudo por serem unidades de internação de pacientes adultos e abrigarem pacientes com dependência para alimentação, higiene corporal e mobilidade. O local serve de campo de estágio para as escolas de nível superior e médio e, por atenderem a um grande número de pacientes com dependência.

A Clínica Médica é uma unidade que comporta pacientes com doenças crônicas, infecto contagiosas e doenças neurológicas. Esta unidade possui pacientes que atendem as

características necessárias para o estudo. Possui quarenta e seis leitos (46), destes, 08 são para pacientes neurológicos que, normalmente, apresentam alto grau de dependência para os cuidados de enfermagem. Conta com um quadro de vinte quatro técnicos de enfermagem (24), e 04 enfermeiras, com uma média de quatro técnicos de enfermagem para o período diurno e de três para o período noturno, e duas enfermeiras para cada período diurno.

A Clínica Cirúrgica é composta de quarenta e oito leitos de pré e pós-operatório de cirurgias de várias especialidades e unidade de cirurgias ortopédicas. As cirurgias são de pequeno, médio e grande porte. Atuam nesta unidade quatro enfermeiros diaristas e 28 técnicos de enfermagem, totalizando uma média de cinco técnicos durante o período diurno e quatro no período noturno.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados deu-se mediante a aplicação das técnicas de entrevista semi-estruturada e observação estruturada com registro diário.

A entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (2004), permite combinar perguntas fechadas e abertas de forma que os depoentes respondam as questões com uma variedade de respostas previstas e ao mesmo tempo exponham livremente suas idéias sobre o tema proposto pelo investigador. A entrevista foi gravada e transcrita, observando-se a preservação da identidade do depoente.

O roteiro da entrevista foi elaborado, testado e corrigido para atender as finalidades deste estudo. Dessa forma, o instrumento permitiu conhecer através das respostas dos sujeitos entrevistados, o processo de prestação de cuidados rotineiros de enfermagem ao paciente dependente hospitalizado para alimentação, higiene corporal e mobilidade. (APENDICE C).

Essa técnica de coleta de dados permite a captação imediata e coerente das informações desejadas, com qualquer tipo de depoente, sobre os mais variados temas permitindo correções, adaptações e esclarecimentos (LUDKE; ANDRE, 1986).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no ambiente em que os sujeitos estavam inseridos. Inicialmente, a abordagem foi para a apresentação do estudo e seus objetivos, após concordância, a entrevista foi realizada numa sala com a presença apenas da pesquisadora e do depoente, respeitando-se dessa forma a privacidade dos sujeitos. Através do

preenchimento dos dados de identificação foi possível a caracterização dos sujeitos através do sexo, idade, categoria profissional, tempo de profissão e unidade que atua.

Durante a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista, e as questões foram feitas oralmente pela pesquisadora. Optamos pela escuta silenciosa, com interferência para esclarecimentos e retomada para redirecionamento do tema questionado. A duração da entrevista foi variável, as das enfermeiras foram mais demoradas ao justificarem as razões do seu afastamento da prestação dos cuidados rotineiros. Ao término dos relatos, solicitamos que os sujeitos entrevistados ficassem à vontade para ouvir as gravações, retirar ou acrescentar informações às suas falas. Todos os participantes mostraram-se satisfeitos, não manifestando o desejo de suprimir, nem de acrescentar nada aos conteúdos das gravações.

As entrevistas foram transcritas à medida que procedíamos à coleta de dados, e o encerramento foi feito no momento em que os discursos tornaram-se repetitivos, sem surgimento de elementos novos que pudessem ser acrescentados ao estudo.

Como técnica adicional para coleta de dados, utilizamos a observação estruturada com registro diário, onde “[...] o observador tem sua atenção centrada em aspectos da situação que estão explicitamente definidos e para os quais estão previstos modos de registros simples, rápidos, que não apelam para a memória e que reduzem os riscos de equívocos” (LAVILLE e DIONNE, 1999, p. 178).

Segundo Polit e Hungler (2004), a observação estruturada, requer do observador criatividade e a formulação de um sistema para classificar, registrar e codificar as observações e amostragens dos fenômenos de interesse.

A principal vantagem desta técnica é permitir que os fatos sejam percebidos, sem interferências, situando o pesquisador frente à realidade (GIL, 1999).

A primeira unidade a ser visitada para a realização da observação estruturada foi a Clínica Médica e posteriormente a Clínica Cirúrgica, onde utilizamos um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE D), para atender aos objetivos desse estudo. Este instrumento contribuiu para fundamentar os resultados da pesquisa, por possibilitar conhecer o processo de prestação dos cuidados rotineiros frente ao paciente hospitalizado com dependência para alimentação, higiene corporal e mobilidade. Os pacientes observados, assim como os profissionais, foram previamente informados da presença do pesquisador, como prevê a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Os sujeitos observados foram do mesmo grupo dos entrevistados, durante o período da coleta de dados. Listamos e registramos as ações de cuidados dos membros da equipe de enfermagem, aos pacientes com dependência designados para esse estudo.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Observando os princípios éticos da pesquisa foi encaminhado um ofício, pela Coordenação da Pós Graduação da EEUFBA, à direção da instituição: Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), solicitando permissão para a realização deste estudo. Em seguida o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Por razões igualmente éticas, antes de realizar a entrevista e a observação foram fornecidas orientações sobre o projeto e seus objetivos ao (a) profissional entrevistado (a) e aos usuários observados, solicitado autorização dos mesmos para observação do cuidado e, ao profissional, para gravação das entrevistas. Foi utilizado Termos de Consentimento Livre e Esclarecido diferenciado, para os profissionais da equipe de enfermagem (APÊNDICE A) e, para o paciente observado (APÊNDICE B). Mediante a concordância dos (a) mesmos (a) foi solicitada a assinatura de duas (2) vias do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, conforme preconiza a Resolução 196/96, que considera pesquisa com seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais”. (BRASIL, 1996, p.5). Uma das vias do referido termo, contendo, também, assinatura do investigador, ficou com o profissional da equipe de enfermagem e a outra com o pesquisador. No momento da observação, foi solicitado consentimento do paciente dependente e/ou responsável o qual assinou o TCLE, ficando uma via com o usuário (ser cuidado) e outra com o pesquisador, como a garantia do compromisso entre os envolvidos.

O material das entrevistas foi gravado em fitas de áudio após concordância do entrevistado que pode ouvir seu conteúdo e retirar ou acrescentar quaisquer informações. As fitas ficarão guardadas pela investigadora por cinco (5) anos, após esse período as mesmas serão destruídas (queimadas), atendendo à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996)

O presente estudo respeitou o direito dos sujeitos em aceitar ou não, participar desta pesquisa podendo desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da mesma, caso assim decidisse, sem prejuízos para seu desempenho profissional (no caso dos profissionais) ou para seu cuidado (no caso dos usuários). Também se preservou o anonimato dos sujeitos utilizando-se abreviatura da categoria profissional para a divulgação do conteúdo das observações e das falas (BRASIL, 1996).

O conteúdo das entrevistas será publicado na dissertação de mestrado e artigos científicos. As pesquisadoras não receberam remuneração para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberam benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. As despesas da pesquisa foram financiadas pela CAPES, através da concessão de bolsa de estudo.

Embora não apresentasse riscos físicos, o estudo e a pesquisadora foram apresentados a esses sujeitos. Dessa forma, evitou-se o constrangimento ou a sensação de ter sua privacidade invadida em virtude da presença do pesquisador durante o cuidado e desconcertar o entrevistado ao expor as próprias crenças e valores presentes na sua prática cotidiana, provocando sentimento de estar sendo avaliado ou medo de ser criticado. Foi feita, também, orientações sobre o estudo e seus objetivos. As entrevistas com os profissionais foram agendadas, previamente, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, e realizadas em ambiente restrito à presença do investigador e do entrevistado preservando-se a privacidade, a integridade e bem estar dos envolvidos (BRASIL, 1996).

Entre os benefícios para os profissionais destacamos a oportunidade que os sujeitos tiveram de despertar sobre a importância dos cuidados de manutenção da vida que por vezes passam despercebidos, devido à complexidade dos cuidados de reparação. Dessa forma, a equipe teve a oportunidade de refletir sobre sua prática ao cuidar de pessoas dependentes para alimentação, mobilidade e higiene corporal, possibilitando a adoção de novos comportamentos e melhoria do cuidar/cuidado pelos profissionais de enfermagem.

Este estudo poderá, ainda, fundamentar a implementação de novos conteúdos nos currículos dos cursos de enfermagem de nível técnico e superior com vistas à valorização do relacionamento interpessoal para o cuidado sensível de pessoas dependentes ou não. Contribuindo, dessa forma, para reforçar os aspectos a serem sensibilizados, nas áreas do ensino, pesquisa e extensão dos profissionais, docentes e discentes envolvidos no processo de cuidar de pessoas com dependência para os cuidados de manutenção da vida.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo Temático, que Bardin (1977) define como: “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. (p. 105).

Segundo Minayo (2004), esta técnica permite fazer uma análise temática e descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Pois, para a autora esta técnica melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde.

Para a Análise de Conteúdo Temática, neste estudo, obedecemos às etapas preconizadas por Bardin (1977) e Minayo (2004), no tratamento das entrevistas. Na PRÉ-ANÁLISE, destacamos nas entrevistas das falas dos sujeitos, o processo de prestação dos cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado, através da LEITURA FLUTUANTE de todo material coletado, onde nos permitimos impregnarmos pelo seu conteúdo. O contato exaustivo com o material coletado nos permitiu apreender os núcleos de sentido, cuja presença teve significação para o objetivo visado.

Nesta fase de organização, procuramos o tema ou regularidades recorrentes, que envolveu a extração das unidades de registro das entrevistas. Tais unidades equivalem ao fragmento da mensagem, considerado unidade base de análise. Partindo destes recortes elaboramos um sistema de CATEGORIZAÇÃO que consistiu num agrupamento dos dados através das semelhanças e diferenças dos conteúdos das falas.

Segundo Minayo (2004), a pré-análise consiste na determinação da unidade de registro, unidade de contexto, recortes e formas de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A categorização nos possibilitou definir duas categorias maiores e seis categorias menores que denominamos de subcategorias

Na etapa sobre o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, utilizamos a frequência do tema surgido nas falas dos sujeitos, fizemos inferências e interpretações, conforme prevê a análise temática e nos embasamos na literatura utilizada como referencial

teórico e nos pressupostos sobre o cuidar/cuidado de Colliere e outros autores que estudam o tema, para contribuir com a reflexão.

Desse modo, a Análise de Conteúdo Temática permitiu conhecer nos discursos das enfermeiras e técnicos de enfermagem o processo de prestação de cuidados rotineiros aos pacientes com dependência, no contexto hospitalar.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise qualitativa foi realizada através da observação e inclusão de trechos literais, retirado diretamente das entrevistas, na linguagem dos sujeitos utilizada no dia a dia, com a finalidade de conhecermos o processo de prestação dos cuidados de manutenção da vida, escolhidos para esse estudo.

Dessa forma, neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos através da entrevista semi-estruturada aplicada a dezessete (17) membros da equipe de enfermagem, sujeitos dessa pesquisa e a observação não participante realizada no período de junho a agosto de 2006. Procuramos conhecer o processo de prestação de cuidados rotineiros de enfermagem ao paciente dependente hospitalizado, através da identificação do processo de prestação do cuidado rotineiro a pacientes com dependência para mobilidade, alimentação e higiene corporal e a descrição desse processo.

Estes dezessete (17) sujeitos investigados foram dez (10) técnicos de enfermagem e sete (07) enfermeiros que trabalham nas unidades selecionadas como lócus da pesquisa, em turnos diários ou sistema de plantão, sendo que a maioria das enfermeiras trabalha em turnos diários, estabelecendo desta forma relação de continuidade dos cuidados e vínculo com os pacientes com dependência. Os sujeitos têm em sua maioria cinco (05) anos de serviço, encontram-se na faixa etária variando de vinte (20) a quarenta (40) anos de idade e são predominantemente do sexo feminino.

Em relação ao tema abordado na pesquisa, podemos evidenciar duas (02) categorias e seis (06) subcategorias, com suas respectivas unidades de registro temáticas, que atendem aos objetivos traçados: 1) A primeira categoria, **identificando as necessidades de cuidados rotineiros**, a qual emergiu três (03) subcategorias: através da visita diária, pela supervisão e observação; através da passagem de plantão; através do prontuário. 2) A segunda categoria, **descrevendo o processo de prestação dos cuidados rotineiros** o qual emergiu três (03) subcategorias: os cuidados higiênicos; administração de alimentos; mudança de decúbito com massagem de conforto.

Nesse sentido, apresentamos a seguir as categorias e subcategorias que emergiram deste trabalho, sobre o processo de prestação de cuidados rotineiros a pacientes dependentes hospitalizados, sua análise e resultados.

4.1 CATEGORIA I

IDENTIFICANDO A NECESSIDADE DE CUIDADOS ROTINEIROS

A identificação das necessidades de cuidados rotineiros, pela enfermagem, deve propiciar a visualização da individualidade do paciente, definindo a finalidade do cuidado, assim como os aspectos e circunstâncias específicas da natureza dos cuidados.

Assim, identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração, os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundamentam (COLLIERE. 1989).

Neste sentido, reconhecer a natureza dos cuidados de enfermagem, do paciente dependente hospitalizado, requer habilidade para a identificação dos problemas, na determinação do tipo de cuidado que está relacionado ao grau de independência-autonomia do paciente, diante de suas necessidades de saúde.

A equipe de enfermagem participa ativamente do processo de identificação das necessidades básicas do paciente, pois segundo Figueredo e Machado (2001), o trabalho da enfermagem exige organização a partir de prioridades que dependem das condições do paciente.

Desse modo, os conhecimentos e instrumentos utilizados para a identificação dos cuidados rotineiros de enfermagem, devem obedecer a um processo de organização que possibilite a determinação da complexidade do cuidado. O primeiro passo para a identificação dos problemas de enfermagem é a coleta de dados, que Potter e Perry (2004) priorizam como a interação com o paciente, pois essa prática determina maior visibilidade dos problemas de enfermagem e dos cuidados necessários.

A identificação e a definição de problema ocorrem quando existe uma necessidade do paciente não satisfeita e é percebida pela enfermeira. Dessa forma, identificar os cuidados que o paciente necessita, requer julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou problemas de saúde atuais ou egressos (ZAGONEL, 2001 apud WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

É evidente que, atender à necessidade de cuidado do paciente hospitalizado, com dependência é objetivo da enfermagem, entretanto, para o alcance desse objetivo a equipe de enfermagem precisa obter informações importantes para a operacionalidade do cuidado.

Identificar as áreas que necessitam das intervenções de enfermagem, numa avaliação inicial, permite a elaboração de um plano assistencial, onde as informações sobre as necessidades dos pacientes são colhidas pela enfermeira e sua equipe.

Segundo Du Gas (1988), a primeira fonte de informação para a investigação das necessidades de cuidados é sempre o paciente, outras fontes denominadas de “secundária” são outras pessoas, como os membros da família ou pessoas significativas com quem o paciente se relacione. No caso de uma criança ou de um paciente inconsciente ou com perda da razão, muitas informações necessárias à enfermeira devem ser obtidas de outras pessoas.

O papel da enfermeira na identificação das necessidades de cuidados rotineiros de enfermagem, ao paciente dependente hospitalizado, é de fundamental importância, entretanto, durante a nossa observação verificamos que os outros membros da equipe também exercem papel primordial neste processo, variando a forma de identificação, de acordo com a atribuição dos membros dentro da equipe de enfermagem, nas unidades estudadas.

Dessa forma, neste trabalho, identificamos a categoria profissional dos sujeitos entrevistados, pois percebemos que a determinação dos cuidados variou com os conhecimentos e valores profissionais dentro da equipe de enfermagem.

Assim, a identificação da necessidade de cuidados rotineiros se deu através das três (03) subcategorias que apresentamos a seguir:

a) Através da visita diária, pela observação e supervisão.

A visita diária, aos pacientes, é uma atividade de rotina da equipe de enfermagem e subsidia o processo de identificação dos cuidados necessários aos pacientes dependentes, principalmente, para alimentação, mobilidade e higiene corporal. Esta atividade é executada tanto pelo pessoal técnico como pelas enfermeiras, conforme evidenciamos nas falas:

“..nós temos uma rotina, identificamos os cuidados através da nossa visita, a cada um, individualmente, leito a leito. Identificamos tanto o cuidado físico como o psicosocial.” (Ent. 17) ENF

“Primeira coisa que temos que fazer ao chegar na unidade, é fazer a visita dos pacientes, de todos os leitos, para identificar as necessidades de cuidados rotineiros.” (Ent. 02) TE

Desse modo, a visita diária obedece a um ritual e está relacionada à manutenção da prática, guiada pelo modelo de trabalho, da equipe de enfermagem, que estabelece critérios para o cumprimento de tarefas rotineiras. Essa mobilidade de trabalho é necessária para manter a ordem e direcionar o trabalho da enfermagem na unidade (ZAGO; ROSSI, 2003).

Essa identificação das necessidades de cuidado obedece a uma lógica sistemática de coleta de dados, que é o primeiro passo para a elaboração do Processo de Enfermagem. Essa primeira fase é denominada de Histórico de Enfermagem, por Horta (1979) e consiste em coletar, organizar e documentar os dados apreendidos, e avaliar, constantemente, o surgimento de outras necessidades (SUMITA; ABRÃO; MARIN, 2005).

A visita diária como instrumento de identificação de cuidados será terapêutica se a equipe de enfermagem estiver consciente de sua importância no processo de cuidado, pois, através dessa interação, os mínimos detalhes podem ser observados, e podem definir a qualidade do cuidado que será prestado (SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA, 2004).

Dessa forma, a visita ao leito do paciente, na unidade de internação favorece a promoção do conhecimento, maior sensibilização da enfermeira e sua equipe, para promover alternativas à identificação das necessidades de cuidados rotineiros dos pacientes dependentes, além de minimizar o estresse ocasionado pela hospitalização, com maior interação da equipe com o paciente.

Nesse processo de identificação dos cuidados, através da visita diária a equipe de enfermagem requer a aplicação da habilidade de comunicação, na inter-relação com o paciente e/ou família, onde a comunicação tem a função de promover o relacionamento para buscar soluções, valorizando o receptor dos cuidados como o “dono” do problema (CIANCIARULLO, 1996).

Assim, a visita ao leito de cada um dos pacientes hospitalizados favorece à comunicação e uma maior participação da enfermeira, com a problemática do paciente, pois este é o momento de identificação das necessidades de cuidado e de esclarecimento das dúvidas quanto ao diagnóstico, tratamentos e procedimentos.

Entretanto, a visita ao leito do paciente, por vezes ocorre de forma rápida, principalmente, se o paciente não apresenta problemas evidentes, onde esta prática é utilizada para a atualização da listagem de pacientes. Este fato desfavorece a identificação das necessidades de cuidados tanto físicos como emocionais.

Desse modo, o grande desafio das enfermeiras que se propõem a promover a comunicação durante a visita ao leito, é disponibilizar um tempo para essa atividade, que

representa a valorização do paciente como ser humano carente de uma atenção humanizada. (SOUSA et all 2002).

Valorizar o paciente como ser humano durante a identificação de necessidades de cuidados rotineiros, envolve a capacidade de perceber a necessidade para intervir e atender o paciente naquilo que está afetado, com a finalidade de preservar a integridade e a manutenção da vida desses indivíduos.

Sendo assim, as necessidades são identificadas, na medida em que conhecemos a outra pessoa e, também, a nós mesmos (DOMINGUES; CHAVES, 2004). O olhar e a finalidade de nossa visita ao paciente com dependência precisam estar bem definidos, para que possamos identificar as necessidades de cuidado com maior clareza.

Embora a visita seja uma atividade comum a todos os membros da equipe, a observação e supervisão como meio de identificação das necessidades de cuidados rotineiros foram evidenciados apenas nas falas das enfermeiras:

“A necessidade de cuidado pode ser identificado através da observação e da supervisão das atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem” (Ent.16) ENF

“Diariamente supervisionamos os cuidados prestados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.” (Ent. 11) ENF

A observação é considerada um instrumento para o cuidar e, deve ser baseada em conhecimentos científicos, que permita a equipe entender o que observa. O emprego da observação pode ser feito em maior ou menor grau a depender da complexidade das funções de cada um, dentro da equipe, mas deve ser empregado durante o trabalho para permitir o desempenho eficiente de suas funções (KAWANOTO; FORTES, 1997).

A observação e a supervisão são realizadas pelas enfermeiras que atuam como líderes da equipe e gerenciam as ações de cuidado e, neste trabalho, a identificação dos cuidados rotineiros, pelas enfermeiras entrevistadas, é feito através dessas ações.

Segundo Waldow (2001), as enfermeiras afastam-se do cuidado direto devido a quantidade de pacientes que elas, usualmente, têm sob sua responsabilidade, mas, voltam-se para a observação e supervisão que também são consideradas ações para o cuidado.

Dessa forma, a enfermeira utiliza-se das normas, rotinas e das ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem com a finalidade de organizar e controlar o processo de trabalho, e de favorecer o cuidado para a cura (LUCENA et al 2006).

Nesse sentido, a observação sistemática envolve o uso dos sentidos para a aquisição de informações sobre o paciente, o ambiente e a interação entre eles. É uma habilidade que requer disciplina e prática, por parte da enfermeira e exige uma ampla base de conhecimentos e a utilização consciente dos órgãos dos sentidos (IVER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

A supervisão é caracterizada como atividade administrativa, mas, também, tem a função de favorecer o planejamento dos cuidados. Envolve a identificação das necessidades, definição das prioridades e do tempo previsto para sua execução, descrição dos objetivos e das atividades a serem realizadas para o seu alcance e, determinação do agente que executará o plano proposto pela enfermeira responsável pela unidade (KURCGANT, 1991).

Desse modo, tanto a visita diária, quanto a observação e a supervisão é primordial para o reconhecimento das necessidades do paciente, pois, favorecem o processo de interação, possibilitam tanto a identificação de cuidados de rotina, como serve de subsídio para avaliar o cuidado prestado, o desempenho da equipe e o levantamento de queixas de sua clientela. Isto é importante para o estabelecimento de diagnósticos, planejamento da assistência, a avaliação dos cuidados prestados e, se estão atendendo, adequadamente, a esses pacientes.

Segundo Rodrigues e Lima (2004), a avaliação é um diferencial da enfermeira em relação aos outros membros da equipe de enfermagem, a amplitude dessa avaliação também é relevante. A enfermeira possui todas as informações referentes às rotinas, condutas, e o que foi feito ou não com o paciente. A visita da enfermeira torna-se necessária no processo de avaliação desses pacientes e na identificação dos problemas de enfermagem.

Entretanto, durante a nossa observação, verificamos que a enfermeira executa a supervisão das ações de sua equipe de trabalho quando são solicitadas pelos técnicos ou se existem pacientes em estado crítico. Em pacientes dependentes, estáveis, esses cuidados nem sempre são supervisionados.

Acreditamos que a identificação dos cuidados de rotina a pacientes dependentes é melhor equacionada quando a quantidade de pacientes, nesta situação, a serem atendidos, é reduzida pois, este fato, propicia maior tempo para a equipe de enfermagem evidenciar problemas através das visitas, observações e supervisões rotineiras que facilitarão o cuidado desses pacientes.

b) Através da passagem de plantão

A passagem de plantão surgiu como subcategoria para a identificação dos cuidados rotineiros de enfermagem, como descritos nas falas:

“ Através da passagem de plantão, as colegas informam a respeito daquele paciente que a gente vai ficar na escala, a gente copia e vai fazer a visita no leito dos pacientes que são dependentes ...”
(Ent. 07) TE

“Eu identifico a necessidade de cuidados do paciente dependente na passagem de plantão e na visita ao paciente...”
(Ent. 08) TE

Ao final de cada plantão, a equipe de enfermagem deve reportar as informações sobre seus pacientes para a equipe de trabalho do turno seguinte. A finalidade do relato consiste em fornecer dados importantes para a continuidade do cuidado (POTTER; PERRY, 2004).

A passagem de plantão assegura a continuidade da assistência prestada ao paciente através de informações que são transmitidas, e assume importância vital para a garantia de um cuidado ininterrupto (JORGE, 1994 apud FENILI, 1996).

A equipe de enfermagem por estar presente durante as 24 horas do dia, no processo de cuidados ao paciente hospitalizado, interage entre equipes, dividida em turnos diurnos e noturnos, com carga horária que varia de acordo com as regras institucionais. Dessa forma, o cuidado ao paciente precisa ser compartilhado com as equipes dos vários turnos de trabalho. Essa partilha de informações diferencia o trabalho da enfermagem, e necessita de estratégias para favorecer a comunicação inter-equipes.

No ritual cotidiano da enfermagem, a passagem de plantão é uma ação repetida, valorizada e considerada como típica da profissão. Como uma ação ritualística, ela ocorre em períodos determinados, com comportamentos específicos, com atitudes de prontidão, do estar presente (ZAGO; ROSSI, 2003).

Durante o “ritual” da passagem de plantão são relatados a situação de cada paciente, segundo a ordem sequencial de leito, a informação pode ser mais ou menos detalhada a depender do estado do paciente e do questionamento dos colegas. Esse relato segue uma estrutura narrativa habitual: 1) número do leito e nome do paciente; condições gerais do paciente (estado de consciência, intercorrências, controles); 2) intervenções e procedimentos

clínicos realizados; 3) reações do paciente; 4) procedimentos previstos para a continuidade do tratamento do paciente. O relato é ampliado quando o paciente é recém-admitido, com informações relativas ao diagnóstico, às condições de admissão e, ao planejamento do cuidado necessário durante o seu período de internação (PINHO; ABRAHÃO; FERREIRA, 2003).

Segundo Fenili (1996), a passagem de plantão é um dos instrumentos utilizados pela enfermagem para assegurar o fluxo de informações, garantindo assim a continuidade e qualidade da assistência.

Assim, a passagem de plantão como forma de identificar os cuidados rotineiros de enfermagem se constitui numa forma eficiente de comunicação entre as equipes de enfermagem. Entretanto, chamou-nos a atenção que apenas os técnicos de enfermagem se referiram a essa prática, nas unidades de internação estudadas. Fenili (1996) afirma que é responsabilidade da enfermeira a coordenação da passagem de plantão. No entanto, é também, importante ao trabalho da enfermeira, porque é o momento em que as informações em relação aos cuidados prestados, as tarefas realizadas, os encaminhamentos e as intercorrências são transmitidos para os turnos seguintes, oportunizando o acompanhamento das condições do paciente (RODRIGUES; LIMA, 2004).

Dessa forma, entendemos que a passagem de plantão deve anteceder a visita ao leito do paciente, pois nesse momento o profissional já deve conhecer os cuidados prestados, respostas e necessidades afetadas, principalmente, pela passagem de plantão não ser realizada junto ao leito. Entretanto, neste estudo, este fato não ocorreu, uma vez que as frequências das respostas mostraram ser a visita que mais prevalece em relação à passagem de plantão.

Durante o nosso período de observação, nas unidades estudadas, verificamos que a enfermeira não tem participado nem coordenado à passagem de plantão, como rotina formal da instituição, o que ficou evidente, também, é que este fato, pode tornar difícil à identificação das necessidades de cuidados rotineiros aos pacientes dependentes hospitalizados.

Outro instrumento que sabemos ser bastante utilizado para identificação das necessidades, situação/condição do paciente é o relatório diário, porém ele não foi mencionado pelos sujeitos desse estudo, embora elas o utilizem frequentemente. O relatório é bastante usado para informar sobre as alterações gerais que ocorrem na unidade de trabalho, e as enfermeiras estão sempre lendo e registrando novas informações. No entanto, apesar do uso constante, ele não foi relatado como de uso rotineiro, com a finalidade de identificar as necessidades de cuidados do paciente dependente para mobilidade, alimentação e higiene corporal.

c) Através do prontuário

O prontuário também foi referido como instrumento para identificação das necessidades de cuidados rotineiros de enfermagem ao paciente dependente. Ele surge, ora como instrumento único, ora como adicional, no sentido de complementar as informações obtidas na passagem de plantão:

“Geralmente quando eu chego, pego os prontuários olho e vou direto ao paciente, vejo as condições dele, aí eu identifico o tipo de paciente que eu estou lidando” (Ent. 06) TE

“Verifico quando ele não deambula... quando ele não tem movimento. Identifico quando chego perto do paciente e através do prontuário também.” (Ent. 10) TE

O prontuário é o conjunto de documentos com informações a respeito do paciente, sua doença e seu tratamento. É um documento legal e após a alta do paciente fica arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatística [SAME] (KAWANOTO; FORTES, 1997).

Segundo Potter e Perry (2004), o prontuário ou papeleta de um paciente é a documentação legal, permanente, das informações para o gerenciamento do cuidado de saúde. O prontuário é uma fonte valiosa de dados utilizados por todos os membros da equipe de saúde. Suas finalidades englobam a comunicação sobre as condições do paciente, o faturamento financeiro, a educação, a avaliação do cuidado prestado, a pesquisa e a auditoria.

A consulta e utilização do prontuário, pela equipe de enfermagem, são feitas de forma sistematizada, onde são registradas as observações e procedimentos realizados com os pacientes, assim como suas reações aos cuidados recebidos. Entretanto, a utilização deste instrumento como forma única de identificação das necessidades dos cuidados rotineiros, não é muito eficaz. Requer disponibilidade de tempo e, para o conhecimento das necessidades do paciente, faz-se necessário uma leitura do todo ou boa parte deste documento, deve-se levar em consideração, que o profissional por ficar responsável por vários pacientes, nem sempre registra toda a situação/condição destes no prontuário, o que inviabiliza a identificação completa de todas as informações sobre os mesmos.

Nesse contexto, observamos que apenas as técnicas de enfermagem referem utilizar o prontuário como instrumento de identificação das necessidades de cuidados rotineiros.

Entretanto, observamos que o “pegar o prontuário” refere-se a sua utilização para a transcrição das medicações a serem realizadas no período, e a maioria dos sujeitos entrevistados só conhecem o paciente quando vão administrar as medicações, nesse momento, os cuidados referentes à higiene corporal e a primeira alimentação do dia já foram realizados pelos acompanhantes.

As enfermeiras investigadas não referem o prontuário como instrumento de identificação dos cuidados rotineiros, pois as mesmas na maioria das vezes o utilizam apenas para o aprazamento das prescrições médicas, e as anotações sobre as condições e evolução dos pacientes ficam sob a responsabilidade das Técnicas de Enfermagem.

A utilização do prontuário é feita para registro e anotações dos procedimentos realizados e, que nem sempre reflete a real situação do paciente dependente, ou seja, se a enfermagem não realizou os cuidados rotineiros, estudados, não o registram, ficando difícil a identificação dessas necessidades através deste instrumento.

4.2 CATEGORIA II

DESCREVENDO O PROCESSO DE PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS ROTINEIROS E OS AGENTES PRESTADORES

Descrever os cuidados rotineiros que são realizados pela equipe de enfermagem, requer planejamento e organização das atividades, uma vez que após a identificação da necessidade de cuidados, instrumentos de satisfação dessas necessidades precisam ser traçados para o cumprimento das ações de cuidado no tempo previsto.

Planejar é traçar um programa de ação com a finalidade de encontrar os melhores meios para atingir o objetivo proposto, submetendo o programa de ação às modificações pela experiência e pela situação encontrada. Sem planejamento os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento do trabalho, ocorre perda de tempo, esforço, energia, recursos financeiros e materiais (DANIEL, 1981).

A determinação das ações de enfermagem visa atender às necessidades do paciente, num processo de planejamento da assistência, que implica em estabelecer os objetivos, analisar as conseqüências, optar entre alternativas, determinar metas específicas a serem atingidas e desenvolver instrumentos adequados à execução da terapêutica esperada (CIANCIARULLO, 1996).

Nesse contexto, descrever o processo de prestação do cuidado rotineiro ao paciente dependente hospitalizado requer uma aproximação com o cotidiano do cuidar dos sujeitos deste estudo, ou seja, com o fazer da enfermagem no ambiente do cuidado e suas relações com o paciente dependente.

No ambiente hospitalar, o paciente dependente para a higiene pessoal, alimentação e mobilidade física, necessitam por parte da enfermagem, de ações direcionadas e precisas, para que a satisfação de suas necessidades chegue o mais perto possível da adequada, evitando-se ou amenizando-se as complicações decorrentes da dependência.

Para Cafer et all (2005), ao cuidar do paciente com dependência é fundamental adotar um método de trabalho capaz de direcionar e organizar as atividades da enfermagem de acordo com as necessidades de cada paciente.

O direcionamento do cuidado ao paciente dependente requer da equipe de enfermagem uma avaliação de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe o cuidado. Esse processo surge a partir do que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, onde o cuidado é executado tendo a ajuda dos conhecimentos adquiridos a partir da compreensão de cada necessidade (COLLIERE, 1989).

Segundo a autora, a competência da enfermagem para o cuidado, baseia-se na compreensão de tudo que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adequados para consegui-lo.

Assim, diante da situação apresentada pelo paciente dependente, passaremos a descrever o processo de prestação dos cuidados rotineiros e os agentes prestadores, evidenciados pelas falas dos sujeitos da pesquisa e, de acordo com o objetivo proposto nesse estudo, para mobilidade, higiene corporal e alimentação.

Os sujeitos do estudo descrevem como realizam os cuidados rotineiros a pacientes dependentes, como verificamos nas falas:

“Nem sempre conseguimos realizar todos os cuidados, mas, procuramos não deixar pendência, o tempo às vezes é curto, pois são muitos pacientes para um só profissional, nossa realidade é difícil, mas procuramos fazer o melhor. Orientamos

os auxiliares de enfermagem sobre a mudança de decúbito, higiene, procuramos deixar o paciente sempre confortável” (Ent. 11) ENF

“Sempre consigo realizar os cuidados, mas, às vezes fica complicado, a gente não dá uma assistência, assim.. 100%, nosso desejo era dá. Tem poucos funcionários, mas eu tento fazer o máximo que eu posso.” (Ent. 04) TE

Nas falas, podemos observar o desejo de cuidar, pelas categorias profissionais investigadas, no ambiente institucionalizado, onde verificamos, dessa forma, o real significado do cuidar, que segundo Waldow (2001), nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação.

Entretanto, o cuidar não ocorre de forma efetiva, ocasionando a queda na qualidade da assistência de enfermagem em decorrência do tempo insuficiente para exercer suas atividades junto aos pacientes dependentes, justificado pela sobrecarga de trabalho.

Dessa forma, no momento em que a enfermagem exterioriza sua insatisfação em relação aos cuidados dispensados aos pacientes, reflete sua habilidade para identificar falha na qualidade do trabalho, e fortalece o seu compromisso com o objeto de cuidado, que é o paciente.

Fato este, observado por Cianciarullo (1997), quando afirma que a qualidade da assistência de enfermagem envolve conhecimentos, habilidades, crenças e valores individuais, profissionais e institucionais, o ser enfermeiro e o estar exercendo a profissão. Essas crenças e valores influenciam o padrão estabelecido para a assistência de enfermagem, apesar de raramente explícita, reflete o compromisso do enfermeiro com o cuidar.

Outro fator descrito nas falas que dificultam a execução do cuidado pela equipe de enfermagem, refere-se ao tempo que dispõem para o cuidar, justificado pela sobrecarga de trabalho, onde são muitos os paciente para apenas um profissional.

Certamente, verificamos em nossa observação que a carga de trabalho, tanto das técnicas de enfermagem como das enfermeiras é grande, pois fica sob a responsabilidade de uma técnica de enfermagem em média dez (10) pacientes com variados graus de dependência e, a enfermeira assume por vezes, sozinha, ou em dupla cerca de quarenta e seis (46) pacientes.

Diante deste fato, é inegável que o fator quantidade de pessoal, carga de trabalho e tempo são variáveis importantes para a satisfação das necessidades do paciente com dependência. Entretanto, observamos que este tempo poderia ser melhor utilizado, visto que alguns cuidados deixam ser prestados enquanto a equipe de enfermagem gasta seu tempo em conversa, durante longos períodos, no turno de trabalho ou, se ausentam da unidade.

Difícilmente teremos todo tempo que desejamos para atender um paciente, por isso os pequenos momentos devem ser bem aproveitados para que possamos, assim, melhorar a nossa assistência e individualizar o cuidado (SILVA, 2004).

O uso adequado do tempo é importante, principalmente porque as enfermeiras na unidade de internação assumem diversas atividades técnicas e administrativas que a afastam do cuidado direto ao paciente.

Segundo Rodrigues e Lima (2004), a enfermeira, nos hospitais, organiza, coordena e administra as atividades dos trabalhos da equipe de enfermagem em relação ao atendimento do paciente.

Dessa forma, discutiremos os cuidados rotineiros descritos pelos sujeitos dessa pesquisa em três (03) subcategorias:

a) Cuidados Higiênicos

Os cuidados higiênicos se constituem em uma rotina diária das pessoas, exercida de forma autônoma como uma necessidade essencial para a manutenção da vida. A satisfação dessa necessidade se transforma em um problema de enfermagem a partir do momento em que o indivíduo não consegue exercê-la sem a ajuda do outro.

Segundo Potter e Perry (2004), a manutenção da higiene corporal é necessária para o conforto, segurança e bem-estar do indivíduo. Embora as pessoas saudáveis sejam capazes de satisfazer as suas próprias necessidades higiênicas, as pessoas fisicamente incapazes podem precisar de ajuda. A enfermeira deve determinar a capacidade do paciente para realizar o auto cuidado e favorecer o cuidado higiênico de acordo com as necessidades e preferências dele.

A prática de higiene pode variar de acordo com a cultura dos indivíduos. Timby (2001) identifica essas práticas como o banho, o barbear-se, a escovação dos dentes, a lavagem dos cabelos e o cuidado com as unhas.

Apesar das variações das práticas de higiene, nesse estudo evidenciamos como prática rotineira o banho e a higiene oral, sendo esta última encontrada em apenas uma das falas.

“Os cuidados rotineiros mais prestados é o banho no leito e a higienização oral [...] os pacientes que conseguem tomar banho sozinho, eu encaminho até o banheiro, se não tiver toalha a gente tem que arrumar uma toalha, aqueles que estão acamados a gente dá o banho no leito mesmo.” (Ent.07) TE

A higiene oral refere-se às praticas utilizadas para limpar a cavidade bucal, em especial, os dentes. Costuma-se incluir, nesta higiene a escovação dos dentes, o uso do fio dental, além de cuidados com dentaduras e pontes móveis (TIMBY, 2001).

Segundo Smith-Temple e Johnson (2004), a higiene oral tem como finalidade diminuir a quantidade de microorganismos na boca e nos dentes ou dentaduras; diminuir a presença de cáries e de doenças na cavidade oral; diminuir o acúmulo de resíduos alimentares; melhorar o apetite e o paladar; proporcionar conforto; estimular a circulação dos tecidos da cavidade oral e das gengivas; melhorar o odor, a aparência e auto estima.

Apesar dos benefícios da higiene oral como necessidade de cuidado rotineiro, durante o período de observação não verificamos o oferecimento deste cuidado pela enfermagem aos pacientes dependentes.

Quanto à outra prática de higiene evidenciada neste estudo, o banho foi o que mais se destacou como podemos observar nas falas:

“Temos que prestar o cuidado para o paciente no banho... aqueles que têm banho no leito têm que dá e arrumar o leito Se não podemos fazer sozinho, chamamos uma colega para ajudar, se o paciente esta em uso de oxigênio, temos até que chamar a enfermeira para nos orientar, não pode deixar o paciente fazer nada sozinho, porque é responsabilidade nossa..” (Ent. 02) TE

“Levo até o banheiro, na cadeira e ajudo na higienização, quando não pode eu dou o banho no leito mesmo.” (Ent. 12) TE

“O banho no leito começa pela cabeça, lavando os dentes, a boca, o ouvido, depois os braços, o abdômen e os membros inferiores, o que eu faço por último é lavar a genitália.” (Ent. 01) TE

O banho no leito é uma prática de higiene oferecida ao paciente com déficit para esse cuidado. De acordo com Vieira e Cruz (2006) para se avaliar o tipo de banho necessário a um

paciente, deve-se observar sua capacidade para o autocuidado e, determinar, não só, o que o paciente pode fazer, mas como o fará, levando-se em consideração suas características individuais.

O banho pode ser visto como um cuidado físico/mental, e um momento de troca, que pode ser utilizado para um exame detalhado do corpo. É função da enfermagem satisfazer a necessidade de higiene do paciente com dependência, atentando para um cuidado sem riscos. (SANTIAGO; SILVA; TONINI, 2001).

Dessa forma, entendemos que o cuidado é uma atitude de querer servir ao outro, de dar conforto e de melhorar a condição do paciente e não apenas uma ação desenvolvida como tarefa profissional, designada pela enfermeira ou instituição, como relatado numa das falas dos sujeitos. Pois, o cuidado não deve ser visto apenas e, tão somente como obrigação. No momento em que a enfermagem cuida, outras necessidades implícitas podem ser evidenciadas durante o banho, como as psicosociais e emocionais.

Segundo Noddings (2003), as ações da enfermagem devem refletir sobre o que se pode fazer em benefício do objeto do cuidado, de forma contrária, não se cuida, pois o cuidado requer compromisso com o outro. Assim, o banho no leito como ação de cuidado deve considerar o indivíduo em todas as suas dimensões, inclusive, os aspectos voltados para a sua privacidade e participação no cuidado.

O cuidar envolve uma ação interativa. Essa ação está voltada para os valores e conhecimentos do ser que cuida, para com o ser que é cuidado, e que passa, também, a ser cuidador. Entendendo que o ser que é recipiente do cuidado, participa (quando possível) ajudando-se, assim ele passa a ser cuidador de si, responsável total ou parcialmente pelo seu próprio cuidado (WALDOW, 2001).

Quanto às falas das enfermeiras referentes a esta subcategoria, podemos verificar que os cuidados de higiene são delegados aos técnicos de enfermagem, conforme evidenciado nas falas:

“Aqueles pacientes que não conseguem tomar banho sozinho, o banho é no leito, que a gente delega sob supervisão para o técnico de enfermagem” (Ent. 14) ENF

“A gente providencia medidas que torne possível o cuidado, o banho na maioria das vezes é realizado pelo técnico de enfermagem, quando ele tem dificuldades para realizar a higiene, eles recorrem à enfermeira e a gente tá sempre disponível.” (Ent. 16) ENF

Estas falas confirmam que as enfermeiras nem sempre encontram oportunidade para participar, diretamente, dos cuidados considerados de menor complexidade, no ambiente hospitalar. Este fato foi observado, pois em nenhum momento verificamos a participação da enfermeira nessas atividades, no entanto se levarmos em consideração que, nas unidades estudadas, o número de enfermeiras é insuficiente para atender a quantidade de pacientes internados, talvez por este motivo, elas fiquem mais voltadas para os cuidados considerados mais complexos e a administração/gerência da unidade.

Nesse contexto, observa-se um declínio da qualidade do banho no leito, no decorrer dos tempos, e o distanciamento da enfermeira acerca desse procedimento, quer seja executando-o ou supervisionando-o, ou capacitando sua equipe (MACIEL; BOCCHI, 2006).

Dessa forma, o paciente dependente, acaba sendo obrigado a aceitar o banho no leito, executado de forma mecânica, onde a equipe tenta atender as exigências da técnica, utilizando apenas uma bacia sem que a água seja renovada. Na maioria das vezes, deixa o corpo do paciente exposto, o que provoca constrangimento diante de um procedimento que não ameniza o desconforto nem reproduz as mesmas sensações do banho no chuveiro. A descrição dessa necessidade reflete as limitações dos recursos humanos e materiais do hospital além das ações de descuido no atendimento dessa necessidade, simples, rotineira, mas muito importante para todos os indivíduos e, principalmente, para aqueles, que não consegue realizá-lo sozinho.

b) Administração de alimentos

A alimentação surge como um dos cuidados mais destacados, realizados para os pacientes com dependência. Nesta subcategoria foram evidenciados dois tipos de alimentação: através de sonda nasointestinal e a por via oral, conforme as falas dos técnicos de enfermagem:

“Se ele tem sonda, alimento através da sonda, se não tem a gente ajuda ele a sentar, ou até mesmo deitado com a cabeceira mais elevada faz uma alimentação na seringa, se for suco ou qualquer dieta líquida” (Ent. 06) TE

“Eu auxílio, eu ajudo na alimentação oral com toda a dedicação, lavo as mãos, pego a dieta e ajudo ele a se alimentar” (Ent. 04) TE

“A gente precisa ficar atenta para colocar as dietas nos horários corretos, a gente coloca naqueles que tem sonda enteral, para que os pacientes possam se alimentar, depois da alimentação, lavo o equipo com água.” (Ent.10) TE

A alimentação referida como “por sonda” é a alimentação por via enteral, comum em pacientes com dificuldades para deglutição e/ou que necessitem de aumentar o suporte nutricional frente às baixas ingestas, cirurgias ou patologias que impeçam a deglutição e/ou digestão por via oral ou gástrica.

A nutrição enteral é o método preferido para satisfazer às necessidades nutricionais, se o trato gastrintestinal do paciente está funcionando, fornecendo suporte nutricional fisiológico, seguro e econômico (POTTER e PERRY, 2004).

A alimentação por seringa é uma pratica utilizada na instituição estudada, a pacientes que conseguem se alimentar por via oral, ou seja, mantêm a capacidade de deglutição, mas possuem dificuldade para a mastigação. Dessa forma, é oferecida uma dieta líquida ou semi-líquida fracionada por via oral.

Quanto à fala que se refere a auxiliar na alimentação com toda dedicação, a enfermagem coloca em pratica o cuidar/cuidado, conforme um dos pressupostos de Watson (1979 apud GEORGE, 1996), que consiste em satisfazer as necessidades humanas básicas incluindo aceitar a pessoa como ela é referindo-se a saúde e, a pratica do cuidar/cuidado que é o foco central da enfermagem.

Atender as necessidades nutricionais do paciente hospitalizado com dependência é uma atribuição da equipe de saúde. O enfermeiro tem papel fundamental dentro da equipe, pois segundo Campos e Boog (2006), cabe a enfermagem, por meio do contato diário com o paciente estar atenta a esses problemas e encaminhá-los ao nutricionista para a implementação da dieta adequada à prestação dos cuidados.

A atribuição de contactar outros profissionais da equipe de saúde sobre as dificuldades de alimentação dos pacientes dependentes é observado nas falas das enfermeiras:

“... Se é um paciente que vai depender de outra pessoa para se alimentar, a gente sinaliza para a nutrição que o paciente tem dificuldade e vai precisar de uma dieta especial...” (Ent. 03) ENF

“... eu sinalizo para o médico, a dificuldade de alimentação do paciente, porque muitas vezes ele nem percebe que o paciente vai precisar de uma sonda nasoenteral...” (Ent. 17) ENF

Dessa forma, podemos perceber a importância da enfermeira na identificação da necessidade de alimentação como cuidado essencial para a manutenção da vida e a recuperação da saúde do paciente hospitalizado. Entretanto, algumas enfermeiras revelam a dificuldade em participar desse cuidado, delegando-os e envolvendo-se em cuidados mais complexos, como evidenciamos nas falas:

“Infelizmente a gente não pode tá auxiliando na alimentação desses pacientes, pela questão da demanda, quando é um paciente que faz uso de alimentação enteral, a gente até administra, mas quando é oral e tem acompanhante a gente orienta o acompanhante que faça esse tipo de trabalho.” (Ent. 15) ENF

“Na verdade o que eu tenho feito é atuar na passagem de sonda enteral e sonda gástrica...” (Ent. 09) ENF

“Bem, o enfermeiro vem se distanciando da assistência direta ao paciente... os técnicos de enfermagem ficam mais responsáveis por esse tipo de assistência, a gente fica com a alimentação via jejuno e NPT (Nutrição Parenteral Total)”. (Ent. 16) ENF

Segundo Graupera (2003), a enfermeira tem se inclinado à obtenção de habilidades técnicas e, essa inclinação, tem refletido de maneira decisiva na sua atividade diária, na carga de trabalho e, também, na delegação de tarefas que requerem grande atenção de sua parte. Dentre essas atividades delegadas está a administração de alimentos a pacientes dependentes.

Observamos que a alimentação nem sempre é valorizada na assistência de enfermagem. Se as dietas são para serem administradas por sonda enteral, elas são entregues nas unidades, pelo serviço de nutrição, em embalagens para serem gotejadas, nos horários pré-determinados e, comumente, se a enfermagem não realiza esta tarefa e o paciente não tem acompanhantes, os horários não são obedecidos, algumas dietas se estragam e são desprezadas pela enfermagem. De outra forma, se a alimentação é feita por via oral, a enfermagem normalmente delega para o acompanhante e, quando o paciente não tem acompanhante, a enfermagem nem sempre tem tempo para oferecer a dieta aos pacientes dependentes, pois eles demoram para deglutir e requerem uma demanda maior de tempo e atenção. Dessa forma, a dieta por via oral, também, não segue os horários e não recebem a

devida atenção por parte da equipe de enfermagem, ficando, muitas vezes, o paciente sem se alimentar e, o alimento na mesinha de cabeceira.

Esse tipo de atitude, da equipe de enfermagem, é uma ação de descuido, visto que o cuidar além de ser intencional e envolver interesse pelo ser cuidado, reflete acima de tudo uma responsabilidade, destes profissionais, pela manutenção da integridade e da vida dos pacientes. Dessa forma, o compromisso da enfermagem é com o cuidado e segundo Noddings (2004) a falta de disponibilidade da cuidadora não a isenta da responsabilidade pelo cuidado.

Nesse sentido, Campos e Boog (2006) e Graupera (2003), relatam que estudos mostram que muitos pacientes internados apresentam algum tipo de desnutrição, denominada de desnutrição intra-hospitalar, chegando-se à conclusão de que há reduzida consciência das equipes de saúde quanto à importância do estado nutricional do paciente.

Nesse sentido, constatamos que, na medida em que a enfermeira não administra ou supervisiona o cuidado nutricional que deve ser dado ao paciente dependente, valorizando as atribuições técnicas/administrativas, propicia o descuido, ou seja, um não atendimento a esse cuidado rotineiro básico, de sobrevivência, que é o da alimentação. No entanto, acreditamos que ela precisa retomar este papel, acompanhar a dieta e observar o estado nutricional dos pacientes, uma vez que é a enfermagem, no contato diário com o paciente, que tem melhores condições de atender aos pacientes nesta situação e, de detectar uma série de intercorrências relacionadas à nutrição do paciente (CAMPOS; BOOG, 2006).

c) Mudança de Decúbito e Massagem de Conforto

Outro cuidado destacado no paciente hospitalizado com dependência foi a massagem de conforto e a mudança de decúbito, conforme verificado nas falas:

“Os pacientes com dependência para mobilidade eu mudo eles de decúbito de 2 em 2 horas, só mudança de decúbito.” (Ent. 10) TE

“Quando o paciente não se movimenta sozinho, temos que ajudá-lo, se não conseguimos chamamos uma colega, e viramos de decúbito de 2 em 2 horas. Esse é o cuidado.” (Ent. 02) TE

Dentre os vários cuidados aos pacientes com dificuldades para mover-se, inclui-se a mudança de decúbito, que é a mudança freqüente de posição (VIEIRA; CRUZ, 2006).

A mudança de decúbito ou de posição no leito traz vários benefícios ao paciente acamado ou com dificuldades para movimentar-se e, essas mudanças, devem obedecer a uma freqüência estipulada para favorecer as trocas orgânicas e prevenir complicações no organismo.

Segundo Atkinson e Murray (1989), qualquer paciente que sofre perda ou restrição de sua capacidade de mover-se, pelo ambiente, corre o risco de ter problemas quanto as suas necessidades de mobilização.

Muitas complicações podem ocorrer com os pacientes com limitação de movimentos, não somente no sistema musculo-esqueletico mas, em vários sistemas do corpo, pois os perigos da inatividade, para o individuo, requer por parte da enfermagem, cuidados que incluam virar e movimentar o paciente (TIMBY, 2001).

Dessa forma, a mudança de posição do paciente com déficit para a mobilidade, é um cuidado de enfermagem que deve ser oferecido com a finalidade de promover conforto e prevenir agravos aos vários sistemas orgânicos.

Entretanto, observamos que a enfermagem realiza a mudança de decúbito apenas com a finalidade de prevenir ou evitar o agravamento das úlceras por pressão, como evidenciado na fala:

“A gente faz a mudança de decúbito para evitar escaras, ai tem que fazer a mudança, virar geralmente na hora do banho. A gente faz esses cuidados... e, principalmente, aqueles que já têm escaras, têm sempre que tá prestando esses cuidados, sempre tá virando de um lado para o outro.” (Ent. 07) TE

A mudança de decúbito de acordo com o sujeito só é realizada (de forma preventiva) apenas no momento do banho, o que de certa forma contradiz a outra entrevistada que informa efetuar as mudanças a cada duas horas. Quando o paciente que já possui lesão cutânea, uma ulcera por pressão, são virados com mais freqüência. Essa afirmativa foi verificada por nós durante o nosso período de observação.

O cuidado referido pelos sujeitos como massagem de conforto está diretamente relacionado ao banho no leito, conforme evidenciamos na fala:

“[...] no paciente dependente, [...] dou o banho no leito e faço uma massagem de conforto, que eu acho que é uma necessidade, apesar da gente não ter muito tempo para fazer, mas assim que eu posso, eu aperto o pé, a mão (referindo-se a massagear os pés e as mãos).” (Ent. 01) TE

“Quando o paciente não consegue se movimentar sozinho, a gente tem que ajudar, tem que ter segurança para pegar o paciente, eu gosto de usar o sistema com a travessa (traçado ou lençol móvel), porque usando essa técnica fica mais fácil e mais cômodo para o paciente, pois ao invés de pegar o paciente e correr o risco de machucá-lo eu pego no lençol, aí fica mais pratico e seguro.” (Ent.06) TE

A massagem de conforto envolve o movimento da pele com o objetivo de relaxar a musculatura tensa e melhorar a circulação (TIMBY, 2001).

Durante o período de observação, verificamos que a massagem de conforto é um cuidado rotineiro realizado após o banho no leito, do paciente dependente. Para esse cuidado, normalmente, é utilizado pela enfermagem o óleo de girassol, de amêndoa ou outro hidratante caso o paciente o tenha disponível. A presença da enfermeira, acreditamos ser de relevância, uma vez que, os técnicos para a realização da massagem de conforto necessitam de orientação e supervisão sobre a técnica correta e, obedecer ao sentido do retorno venoso a fim de favorecer a melhora da circulação.

Observamos a criatividade de alguns técnicos de enfermagem para a movimentação do paciente no leito, inclusive o cuidado preventivo para lesões físicas decorrentes do emprego da força durante o procedimento da mudança de decúbito, utilizando o lençol para viabilizar a realização desse cuidado com o mínimo de riscos para o paciente dependente.

Entretanto, como relatado nas falas, nem sempre a enfermagem consegue realizar os cuidados rotineiros aos pacientes dependentes, e esses cuidados, em determinado momento, são delegados a um terceiro cuidador, o familiar/acompanhante.

O cuidado prestado pelo acompanhante no ambiente hospitalar, ao paciente dependente, aparece como elemento importante, no atendimento das necessidades desses pacientes, pois, eles assumem, completamente, os cuidados referentes à higiene corporal, alimentação e mobilidade física, conforme evidenciamos nas falas:

“Quando a enfermagem não consegue realizar esses cuidados, o cuidado é feito pelo acompanhante a gente sabe que essas funções são da enfermagem, que ela não deve ser transferida para o acompanhante, mas ele também é um aliado muito grande da enfermagem e precisa

aprender, pois às vezes é um paciente que vai ter alta e em casa alguém precisa saber fazer isso...” (Ent. 03) ENF

Acreditamos que a família é o primeiro cuidador e, no espaço institucional durante a hospitalização dos seus entes queridos que apresentem dependência, a participação nas atividades de cuidado é de fundamental importância para orientá-la e ensiná-la sobre o cuidado no domicílio, após a alta.

Segundo Perlini e Faro (2005), para que seja possível a continuidade dos cuidados em casa, os cuidadores necessitam iniciar o aprendizado durante a hospitalização. Isso significa a realização de um efetivo preparo para a alta hospitalar, onde o enfermeiro esteja verdadeiramente comprometido com esse propósito e esclareça as possíveis dependências dos pacientes e os cuidados iniciais que a família deverá tomar para si, assumindo com ela uma relação de cooperação e apoio.

Entretanto, a participação dos acompanhantes nas atividades de cuidados não isenta nem suprime a responsabilidade pelo cuidado que continua sendo atribuição da enfermagem, inclusive o da prevenção de possíveis riscos ou danos que o paciente possa estar exposto. Este fato é percebido pelas enfermeiras entrevistadas, conforme observamos nas falas:

“A gente muitas vezes solicita ajuda aos acompanhantes, eles são muito colaboradores, nesse sentido, e estão sempre presentes, junto dos pacientes, já que eles são dependentes, aí a gente já por conta disso permite a permanência deles, não que seja da responsabilidade deles, mas muitas vezes eles acabam assumindo esse papel...” (Ent. 16) ENF.

A permanência da família durante a hospitalização tem papel decisivo na recuperação dos pacientes, visto que o estresse provocado pela situação de saúde pode ser amenizado quando este encontra apoio emocional de pessoas as quais possuam vínculo afetivo relevante. O que concorda Gomes e Fraga (1997) ao afirmar que, a doença provoca na vida do indivíduo tensão e ansiedade que são desencadeados pelo afastamento familiar e de amigos, tratamento impessoal do corpo clínico, informações insuficientes sobre sua doença e tratamento, ruptura com o trabalho e com a vida pessoal e as rotinas e procedimentos hospitalares.

Dessa forma, a permanência do acompanhante no ambiente hospitalar deve ser vista como parte importante no tratamento e apoio ao paciente e, não para assumirem o papel que é da enfermagem no que se refere à responsabilidade pelo cuidado.

Estudos de Andrade, Marcon e Silva (1997), relatam que a avaliação da presença da família no hospital, pela enfermagem, geralmente, é feita em termos da ajuda que a família pode dá, e as vantagens desta presença para o desenvolvimento do cuidado profissional. É esta ajuda que faz com que a presença da família no hospital seja vista como positiva ou negativa.

Nesta perspectiva, evidenciamos nas falas das enfermeiras os aspectos positivos e negativos desta permanência:

“Tenho observado que grande parte da assistência ao paciente dependente tem ficado por conta dos acompanhantes. Agora, claro que precisa da enfermagem estar apta para orientar. Este é que é o grande problema, porque a partir do momento em que você coloca uma pessoa leiga para está à frente do leito, dando assistência, automaticamente, esta pessoa tem que ser orientada, aí é trabalho duplo. Tem o ponto positivo porque é de grande ajuda para o auxiliar de enfermagem, que fica com sua carga de trabalho aliviada, mas por outro lado é uma responsabilidade grande, né. Tive uma experiência de que cirurgias foram suspensas porque o familiar alimentou o paciente e, constantemente, cirurgias são marcadas e remarcadas, devido a este problema.” (Ent. 09) ENF

Nesta fala, podemos perceber que o acompanhante no ambiente hospitalar, tem sido visto como mão de obra adicional, o que se constitui num equívoco, pois o acompanhante nem sempre está preparado para essa permanência, nem tampouco para assumir um cuidado que é estritamente profissional e de responsabilidade da enfermagem.

Segundo Souza, Ribeiro e Eckert (2003), o acompanhante no ambiente hospitalar, geralmente, um familiar, numa visão contemporânea do cuidado em saúde, é um cliente do serviço e não uma mera companhia. Os conhecimentos, os sentimentos e comportamentos da família, estão envolvidos ampla e terapeuticamente no processo de recuperação do paciente.

Durante nossa observação, verificamos que não existe um instrumento formal para a orientação dos acompanhantes de pacientes dependentes para os cuidados rotineiros de higiene corporal, alimentação e mobilidade física. Essa orientação, quando acontece, é feita de forma assistemática e pelas técnicas de enfermagem. Conforme evidenciamos nas falas:

“Nós ensinamos, pedimos que observe, porque caso o paciente vá para casa, ainda dependente, tem que ter um pouco de prática para esses cuidados, no caso de uso de bolsa de colostomia, de paciente que precisa fazer mudança de decúbito, a alimentação a gente pede a nutricionista que oriente. Em relação ao banho. A gente ensina.” (Ent. 13) TE

“A gente diz ao acompanhante, segure dessa forma, nessa posição é melhor, é mais cômodo para o paciente, é assim que a gente orienta.” (Ent. 06) TE

“Às vezes quando a gente vai prestar os cuidados o acompanhante já prestou só deixa o curativo pra gente fazer. Eu não oriento, eles fazem de forma que eles acham que tem que ficar limpinho pra quando o médico chegar ou quando a técnica chegar. Às vezes a gente pede pra eles terem paciência e esperar, aí eles ajudam a segurar, nos movimentos. [...] eles aprendem no dia a dia, não precisa nem de orientação, só não fazem o curativo (risos)” (Ent. 10) TE

As falas transcritas descrevem a prestação dos cuidados rotineiros aos pacientes dependentes hospitalizados, onde podemos verificar que o cuidado de rotina nem sempre é valorizado pela enfermagem, que o delega sem critérios, para os acompanhantes. Essa prática ocasiona o distanciamento de todos os membros da equipe de enfermagem do cuidado considerado de menor complexidade, mas, que pode trazer conseqüências irreparáveis no processo de recuperação desses pacientes.

Esses depoimentos refletem a autonomia dos acompanhantes em relação aos pacientes dependentes, na decisão sobre as estratégias para os cuidados de manutenção da vida. Entretanto, faz-se necessário um programa sistematizado de orientação e apoio ao familiar/acompanhante para o desenvolvimento dessas habilidades de forma segura e confortável para o paciente.

Incluir as famílias no processo de cuidar, da enfermagem exige que esses profissionais estejam abertos e atentos às interações, ao impacto das vivências, conhecer dinâmicas, crenças, e formas de adaptação diversas (WERNET; ANGELO, 2003).

As diferentes características da família, as condições socioeconômicas, o papel que o paciente assume neste núcleo, as suas dificuldades físicas, o ambiente e a capacidade de compreensão do cliente e da família das orientações fornecidas, devem ser sempre

consideradas. Assim, é necessário adequar as formas de transmitir informações. (SILVA, 2004).

Segundo Collière (2003), é função da enfermagem, identificar o tipo de ajuda que as famílias podem prestar aos pacientes dependentes, ou seja, o que elas podem assumir e o que podem fazer parcialmente, devido à complexidade do cuidado e por razões socio-afetivas e culturais. É competência de enfermeira verificar se, a família tem condições de acompanhar, apoiar, confortar e, de iniciá-la no que ela poderá fazer.

Nesse sentido, a enfermagem precisa discernir com clareza, o cuidado que pode ser realizado pelas famílias, a partir da natureza da dependência e dos cuidados, a fim de prevenir agravamentos do estado de saúde do paciente dependente.

Dessa forma, observamos que os acompanhantes são descritos como “muito colaboradores” quando realizam os cuidados que são de atribuição da enfermagem, ao passo que, quando reclamam ou questionam o cuidado prestado pela enfermagem são considerados como “problema”, ou dizem que atrapalham o serviço da enfermagem. Ficando evidente que, a presença do acompanhante só é positiva para a execução dos cuidados e, que os benefícios de segurança e apoio emocional para o paciente com dependência para mobilidade, alimentação e higiene corporal não são considerados como importantes pela enfermagem.

Esse tipo de percepção é comum tanto para as enfermeiras como para as técnicas de enfermagem, visto que a dependência para os cuidados é um critério utilizado para a permanência da acompanhante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos conhecer o processo de prestação dos cuidados rotineiros de enfermagem ao paciente dependente hospitalizado, considerando que os cuidados variam de acordo com a categoria profissional dos sujeitos investigados, enfermeiras e técnicos de enfermagem.

Os cuidados rotineiros investigados foram os referentes à alimentação, higiene corporal e mobilidade, que são considerados essenciais para a manutenção da vida, onde sua importância só é percebida no momento da enfermidade, em que o indivíduo torna-se incapaz de satisfazê-lo sozinho.

No discurso, a maioria dos sujeitos, reconhece a importância desses cuidados para os pacientes e mostram estar cientes que estes são atribuição da equipe enfermagem. Entretanto, a responsabilidade por esses cuidados é comumente delegada para os acompanhantes.

Dessa forma, verificamos em nossa observação e, constatamos na fala de um dos sujeitos que, apesar do critério de dependência não ser requisito para permanência do acompanhante no hospital, este vem sendo utilizado com frequência para que participem da realização destes cuidados.

Para a identificação das necessidades de cuidados rotineiros para alimentação, higiene corporal e mobilidade, as enfermeiras, neste estudo, utilizam à visita diária, observação e a supervisão, enquanto que as técnicas de enfermagem, além da visita utilizam à passagem de plantão e o prontuário do paciente.

Verificamos que a passagem de plantão não ocorre de forma sistematizada, e que as enfermeiras, não participam deste momento, assim a passagem de plantão não é utilizada para a identificação das necessidades de cuidados rotineiros por essas enfermeiras.

Ao explorarmos a descrição dos cuidados rotineiros para alimentação, mobilidade e higiene corporal verificamos nas falas dos sujeitos, que estes cuidados são prestados pelas técnicas de enfermagem quando o paciente encontra-se em estado crítico ou não possuem acompanhante. A enfermeira descreve como prática comum à realização dos cuidados mais complexos, como a passagem de sondas, curativos de grande extensão e alimentação por via parenteral e via jejunostomia.

O cuidado rotineiro referente à alimentação tanto por via oral como por sonda estão sendo, na maioria das vezes, realizados pelos acompanhantes, que são responsabilizados em relação ao cumprimento dos horários estabelecidos. Quando o paciente não possui

acompanhante, nem sempre a enfermagem respeita os horários e muitas vezes essas dietas são desprezadas, ou ficam por longos períodos na mesinha de cabeceira do paciente.

A higiene corporal mais descrita como cuidado higiênico rotineiro foi o banho no leito, entretanto, assim como a alimentação, esse cuidado também é realizado pelos acompanhantes dos pacientes dependentes. A enfermagem participa quando solicitada ou quando se faz necessário a realização de curativos, prestando, muitas vezes o cuidado neste momento. A massagem de conforto e a mudança de decúbito apesar de relatada nas falas dos sujeitos, de serem realizadas em horários determinados, observamos só acontecer durante a realização do banho.

Tanto as enfermeiras como as técnicas de enfermagem, investigadas, justificam a delegação da prestação dos cuidados, aos acompanhantes, à sobrecarga de trabalho, pois o número de pacientes com dependência para essas necessidades é grande e, a quantidade de pessoal insuficiente para a satisfação dessas necessidades. Fato este, verificado através da observação estruturada, onde duas enfermeiras são responsáveis por todos os cuidados e, ainda, gerenciam as unidades, assumindo atribuições técnico-administrativas, enquanto as técnicas de enfermagem assumem, em média, de dez a doze pacientes com todos os tipos de dependências.

Dessa forma, a delegação dos cuidados rotineiros tornou-se tão natural e constante que, nas situações em que a enfermagem até poderia assumir esses cuidados eles não são realizados pela equipe que, continuam atribuindo essa responsabilidade aos acompanhantes, sem uma orientação ou supervisão.

Essa atitude da equipe de enfermagem gera ações de descuido, quando os pacientes com dependência deixam de receber cuidados compatíveis às suas necessidades e que são essenciais e básicos para a manutenção da vida e recuperação da saúde. Entretanto, quando os acompanhantes não realizam os cuidados ou o fazem de forma inadequada, são considerados negligentes, e irresponsáveis, sendo muitas vezes, cobrados e censurados pela equipe de enfermagem.

Neste sentido, concluímos que apesar dos cuidados rotineiros para a higiene corporal, alimentação e mobilidade serem essenciais para a manutenção da vida, eles continuam sendo considerados de menor valor pela equipe de enfermagem. Os acompanhantes dos pacientes dependentes para essas necessidades estão sendo utilizados como “mão de obra” gratuita e responsabilizados por uma atribuição que não é sua, com a justificativa de estarem sendo preparados para a alta hospitalar. Entretanto, não observamos em nenhum momento, a

elaboração de um plano de alta efetivo e, o aprendizado desses acompanhantes é feito através da observação diária na realização desses cuidados, sem nenhuma explicação adequada.

O resultado desse estudo nos preocupa, pois os cuidados rotineiros considerados de menor complexidade há muito tempo já vêm sendo delegados pela enfermeira aos técnicos de enfermagem, começam a ser desvalorizados, também, por estes profissionais. A delegação desses cuidados para os acompanhantes dos pacientes, mostra que os técnicos de enfermagem os banalizam, a partir do momento em que não há nenhum tipo de critério ou planejamento adequado, para essa delegação, que visem minimizar os riscos decorrentes de uma realização inadequada, desses cuidados.

Diante do que, observamos os cuidados rotineiros essenciais à manutenção da vida, que durante muitos anos deram a enfermagem a importância do seu “saber”, encontra-se ameaçado, diante da desvalorização e banalização das praticas consideradas de menor complexidade. Entretanto, vivemos um momento em que se busca afirmação e crescimento da enfermagem como profissão do futuro, pois nada substitui o cuidado. Dessa forma, faz-se necessário que nos apropriemos desse cuidar, que é nosso e, que faz parte do nosso fazer cotidiano, pois somente através dessa apropriação, conseguiremos fortalecer a enfermagem no cuidado humano, aliado a cientificidade, necessária para o engrandecimento e valorização da profissão.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, O. G.; MARCON, S. S.; SILVA, D. M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Rev. Gaucha de Enferm.** Porto Alegre. v. 18, n. 2, p.123-132, jul. 1997.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Tradução Luis Antero Neto e Augusto Pinheiro. Rio de Janeiro: Ed. 70, 1977.
- BARROS, A. L. B. L. et al. – **Anamnese e Exame Físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3 ed. São Paulo: ARTMED. 2002.
- BELAND, J. L.; PASSOS, J. Y. – **Enfermagem Clínica** – 3 ed. São Paulo: EPU. EDUSP. v. 2, 1975.
- BERTTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN. A. L. O Cuidado no Ambiente Hospitalar na Perspectiva dos Auxiliares de Enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre (RS) ago.; 25(2): 219-30. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 196/96, de 10 de out. 1996.** Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. – **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica.** 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. V. 1, 1992.
- CAMPOS, S. H.; BOOG, M. C. F. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. *Rev. de Nutrição.* v. 19, n. 2. Campinas, mar-abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 31.08.2006
- CAPER, C. R.; BARROS, A. L. B. L.; LUCENA, A. F.; MAHL, M.L. S.; MICHAEL, J. L. M. Diagnósticos de enfermagem e propostas de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul. Enferm.* 18(4): 347-53. 2005.
- CARPENITO, L. J. – **Diagnósticos de Enfermagem:** aplicação à prática clínica – 6 ed. São Paulo: ARTMED, 1997.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. T. A Enfermagem frente aos Direitos de Pacientes Hospitalizados. **Texto Contexto Enferm** jan-mar: 14(1): 38-43. 2005.

COLLIERE, M.F. **Promover a vida;** das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel Técnica. 1989.

_____. **Cuidar... A Primeira Arte da Vida.** Lisboa. Lusociencia, 2 ed. ISBN: 972-8383-53-3, Loures, 2003.

CIANCIARULLO, T. I. - **C & Q Teoria e Prática em auditoria de cuidados.** São Paulo: Ícone, 1997.

_____. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo, Atheneu, 1996.

CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de Assistência de Enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

DANIEL, L. F. **A Enfermagem Planejada.** 3 ed. São Paulo, EPU, 1981.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; SILVA, R. A. R.; SILVA, D. A. R. Percepção de Pacientes Acamados quanto ao Banho no Leito: um estudo de caso. **Rev. Tec-cient. Enferm.** 2(7): 24-6. 2004.

DONAHUE, M. P. **Historia de la Enfermeria.** Espanha: Pilar Vilagrasa, 1993.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. Os valores constitutivos do cuidar. **Acta Paul. Enf.** v. 17, n. 4 out/dez. 2004.

DU GAS, B. W. **Enfermagem Prática.** 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

FENILI, R. M. A passagem de plantão: um elo de ligação no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Cienc. Saúde.** Florianópolis, v. 15, n. 1 e 2, jan/dez. 1996.

FERRAZ, C. A. Gerenciando o Cuidado de Enfermagem na Unidade de Internação. **50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Anais do.** Salvador-Ba. Set. 1998.

FIGUEREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. Ecosofia e autopeiose no cuidado com o corpo. In: **Enfermagem Fundamental:** realidade, questões e sugestões. São Paulo. Atheneu, 2001 (Série Atualização em Enfermagem v.1).

FONSECA, J. P.; ECHER, I. C. – Grau de Dependência de Pacientes em Relação à Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Internação Clínica – **Rev. Gaúcha de Enfer.,** Porto Alegre (RS) dez.; 24(3): 346-354. 2003.

- GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre. Artes Médicas. 1996.
- GEOVANINI, T.; DORNELES, S.; MOREIRA, A.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem**: Versões e Interpretações. Rio de Janeiro, REVINTER, 1995.
- GOMES, L. C.; FRAGA, M. N. O. Doenças, Hospitalização e Ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**. V. 50. 3, p. 435-440, jul-set., 1997.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- GRAUPERA, J. M. X. Desnutricion en el paciente hospitalizado: concepto, tipos y consecuencias. **Rev. Electronica de Enfermeria. Enfermería Global**. n. 3, nov. 2003.
Disponível em: <http://www.umes/eglobal> Acesso em: 23.11.2005
- HORTA, W. A. – **Processo de Enfermagem** – São Paulo: EPU, 1979.
- IBGE http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_tendencias.shtm
Acesso em: 09.04.2006.
- IVER, P. W.; TAPTIGCH, B.; BERNOCHI-LOSEY, D. **Processo de Diagnóstico de Enfermagem**. São Paulo: Artes Médicas, 1993.
- KAWANOTO, E. E.; FORTES, J. J. **Fundamentos de Enfermagem**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1997.
- KURCGANT, P. (coord.) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LAVILLE, C., DIONNE, J. A. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. trad. Heloisa Monteiro e Francisco Seltineri. Porto Alegre. Artes Médicas. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- LENINGER, M. Teoria do Cuidado Transcultural. Trad. Sônia Corina Hess. UFSC, **Anais 1º SIBRASSEN**, Florianópolis-SC, 20-24 mai. 1985.
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa da Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.
- LUCENA, A. F.; PASKULIN, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2006; 40(2): 292-8.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

- LUNARDI, V. L. **História da Enfermagem**: rupturas e continuidades – Pelotas: Universitária, 1998.
- LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. **O Trabalho da Enfermagem**: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: EDGRAF, 1999.
- MACIEL, S. S. A.; BOCCHI, S. C. M. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 11 set 2006
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- NIGHTINGALE, F. - **Notas sobre Enfermeria** – qué es y qué no es – Barcelona: MASSON, 1990.
- NODDINGS, N. **O Cuidado**: uma abordagem feminina à ética e à formação moral. Rio Grande do Sul. Unisinos; 2003.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **NANDA**. Definições e classificações – 2001-2002/. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel – Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- OGUISSO, T. (org). **Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.
- PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 39(2): 154-63. 2005.
- PINHO, D. L. M.; ABRHÃO, J. I.; FERREIRA, M. C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev. Lat. Amer. de Enferm.* Ribeirão Preto. v.11, n.2, mar-abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 12.08.2006
- PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3ed. São Paulo:HUCITEC, 1999.
- POLIT, D. F.: HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED. 2004.
- POTTER, P. A.; PERRY. A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

- PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. El Cuidado de Enfermería y la Invasión de la Privacidad del Enfermo: una cuestión ético-moral. **Rev. Latino Americana de Enfermagem** 2002 mai-jun; 10(3): 433-8. Disponível: www.eerp.usp.br/rfaenf. Acesso em: 30.07.2005
- REZENDE, A. L. M. **Saude: dialética do pensar e do fazer.** , 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- RODRIGUES, F. C. P.; LIMA, M. A. D. S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre (RS), dez. 25(3): 314-22. 2004.
- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social**; métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas. 1985.
- ROSSI, M. J. S. – **O Curar e o Cuidar** – A História de uma Relação – **Rev. Brás. Enferm.**, Brasília, 44 (1); 16-21, jan/mar. 1991.
- SANTIAGO, L. C.; SILVA, A. L. A. C.; TONINI, T. Semiologia – Teorias e Tecnologias do/no cuidado com o corpo. In: SANTOS, I. et all **Enfermagem Fundamental**: realidade, questões e soluções. São Paulo. Atheneu, 2001 (Série Atualizada de Enfermagem, v. 1)
- SILVA, M. J. P. (org) **Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.
- SMITH-TEMPLE, J.; JOHNSON, J. Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem.** 4 ed. Porto Alegre. Artmed, 2004.
- SOUSA, R. A.; PESSOA, S. M. F.; HERCULANO, M. M. S.; VALE, M. A. P. A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8, 2002, São Paulo. **Anais Eletrônicos...** Escola de enfermagem de ribeirão Preto-USP, Disponível em: www.proceedings.scielo.br/scielo Acesso em: 26.08.2006.
- SOUZA, A. I. J.; RIBEIRO, E. M.; ECKERT, E. R. Dialogando com a equipe de enfermagem sobre as necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminho para o cuidado à família. **Texto e Contexto Enferm.** jul-set: 12(3): 280-8. 2003.
- SOBRAL, V.; TAVARES, C. M. M.; SILVEIRA, M. F. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar**: realidade, questões e sugestões. São Paulo. Atheneu, 2004 (Série Atualização em Enfermagem, v.2).

SUMITA, S. L. N.; ABRÃO, A. C. F. V.; MARIN, H. F. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. **Acta Paul. Enferm.**;18(4):413-21. 2005.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

VIEIRA, J. M.; CRUZ, I. C. F. [DOC] Produção científica de enfermagem sobre déficit no autocuidado banho/higiene: implicações para a (o) enfermeira (o) de cuidados intensivos.

Formato do arquivo: **Microsoft Word HTML**. Disponível em:

<http://www.uff/nepae/autocuidado.doc> Acesso em: 28.08.2006

VOLBONA, C. – Respostas do Organismo à Imobilização. In: KOTTKE, F. J. et all – **Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. 3 ed. São Paulo: Manole, 1984.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzatto. 3 ed. 2001.

_____. **O Cuidado na Saúde**; as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WERNET, M.; ANGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando novo sentido à família e ao cuidar. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 37(1): 19-25. 2003.

WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (org.). **Metodologias para a Assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia. AB, 2001.

XIMENES, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Ediouro, 2000.

ZAGO, M. M. F.; ROSSI, L. A. Análise crítica dos rituais no contexto da enfermagem médico-cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm USP**; 37(1): 36-43. 2003.



APÊNDICE - A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: O CUIDAR EM ENFERMAGEM

SUJEITO DA PESQUISA – EQUIPE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nesta Instituição Hospitalar será realizada uma pesquisa intitulada “**Prestação de Cuidados Rotineiros ao Paciente Dependente Hospitalizado**” entre a Equipe de Enfermagem lotada na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGCA. Esta pesquisa é da autoria da mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA, Sílvia da Silva Santos Passos, sob a orientação da Profª Drª Dora Sadigursky.

Faremos algumas perguntas com objetivo de conhecer o processo de prestação de cuidados rotineiros de enfermagem a paciente com dependência para alimentação, mobilidade e higiene corporal no ambiente hospitalar. Se você permitir, usaremos um gravador durante nossa conversa, não será necessária sua identificação. As fitas gravadas serão arquivadas durante cinco anos, pela Escola de Enfermagem da UFBA – Programa de Pós-graduação, após este período serão incineradas.

Gostaríamos de lhe informar que será observada (o) no campo de prática, pela pesquisadora, durante o período da pesquisa, ao executar procedimentos a pacientes com dependência para mobilidade, alimentação e higiene corporal.

Os resultados desta pesquisa serão úteis para compreender o processo de prestação de cuidados rotineiros; refletir sobre a prática do cuidar de pacientes com dependência para mobilidade, alimentação e higiene corporal, além de fundamentar a implementação de novos conteúdos nos currículos dos cursos de enfermagem. Esses resultados serão publicados na dissertação do mestrado e em artigos científicos.

Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta, não precisa respondê-la, assim como deve ficar à vontade para desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum problema, mesmo já tendo iniciado a entrevista.

Se você concordar em participar, deverá assinar este termo. Uma cópia dele ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável por este estudo.

A participação nesta pesquisa não acarretará prejuízo ou dano, ou seja, será assegurado o respeito às suas necessidades e direitos.

Participando desta pesquisa você não receberá nenhum tipo de benefício direto, como dinheiro, mas estará contribuindo para a elaboração de um trabalho científico que trará benefícios à sociedade.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UEFS) em ___/ ___/ 2006, com registro de nº _____. Tendo qualquer dúvida, entrar em contato com a Pós Graduação da UFBA, telefone (71) 3332 – 4452, comigo, na minha residência (75) 3225 9972 ou com o CEP/UEFS (75) 3224- 8124.

Agradecemos a sua participação.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2006.

Sujeito da pesquisa

Pesquisadora



APÊNDICE - B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: O CUIDAR EM ENFERMAGEM

SUJEITO DA PESQUISA - USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nesta Instituição Hospitalar será realizada uma pesquisa intitulada “**Prestação de Cuidados Rotineiros ao Paciente Dependente Hospitalizado**” na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGCA. Esta pesquisa é da autoria da mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA, Sílvia da Silva Santos Passos, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Dora Sadigursky.

Gostaríamos de lhes informar que o objetivo desta pesquisa é conhecer o processo de prestação de cuidados rotineiros de enfermagem a paciente com dependência para alimentação, mobilidade e higiene corporal no ambiente hospitalar. Se você permitir, estarei observando a atuação da equipe de enfermagem durante a execução destes procedimentos, como oferecer, administrar e orientar a oferta dos alimentos nos horários das refeições; banho; mudanças de decúbito e utilização de recursos para diminuir áreas de pressão no seu corpo.

Caso se sinta incomodado (a) com a minha presença, não precisa aceitá-la, assim como deve ficar à vontade para solicitar que eu me retire do ambiente durante a execução desses cuidados, a qualquer momento da observação, sem nenhum problema. Será preservada a sua identificação, assim como a sua privacidade, o direito de permitir ou não a observação.

Se você concordar em participar, deverá assinar este termo. Uma cópia dele ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável por este estudo. A participação nesta pesquisa não lhe acarretará prejuízo ou dano, ou seja, será assegurado o respeito às suas necessidades e direitos.

Os resultados desta pesquisa serão úteis para compreender o processo de prestação de cuidados rotineiros; refletir sobre a prática do cuidar de pacientes com dependência para mobilidade, alimentação e higiene corporal, além de fundamentar a implementação de novos conteúdos nos currículos dos cursos de enfermagem. Esses resultados serão publicados na dissertação do mestrado e em artigos científicos.

Participando desta pesquisa você não receberá nenhum tipo de benefício direto, como dinheiro, mas estará contribuindo para a elaboração de um trabalho científico que trará benefícios à enfermagem e, conseqüentemente, o cuidado a pacientes portadores destas dependências.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UEFS) em ___/___/2006, com registro de nº _____. Tendo qualquer dúvida, entrar em contato com a Pós Graduação da UFBA, telefone (71) 3332 – 4452, comigo, na minha residência (75) 3225 9972 ou com o CEP/UEFS (75) 3224- 8124.

Agradecemos a sua participação.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2006.

Sujeito da pesquisa ou responsável

Pesquisador

APÊNDICE - C



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº _____

Identificação

Idade _____ Sexo F M

Tempo de profissão _____

Categoria Profissional: Enfermeira Técnico de Enfermagem Auxiliar de
Enfermagem

Unidade de Atuação: Clínica Médica Clínica Cirúrgica

I - Como você identifica os cuidados rotineiros de enfermagem a pacientes dependentes?

II - Como você presta os cuidados a pacientes que não conseguem se alimentar sozinhos?

III - Como você presta cuidado ao paciente com dificuldade para movimentar-se no leito?

IV – Como são prestados os cuidados aos pacientes com dificuldade para higienizar-se e tomar banho sozinho?

V – Quando a enfermagem não realiza esses cuidados, o que é feito para que o paciente seja assistido?

VI – O familiar recebe alguma orientação sobre a prestação desses cuidados? Quais?



APÊNDICE - D

Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós Graduação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1 – Quanto a alimentação:

- A equipe se aproxima do paciente no momento da alimentação.
- Oferece ajuda aos incapacitados de alimentar-se sozinho, orienta acompanhante sobre como proceder nestes casos.
- Registra as dificuldades, aceitação da dieta.
- Outros dados observados.

2 – Quanto a mobilidade:

- Muda o paciente de posição de forma sistematizada
- Orienta sobre mudanças de posição
- Utiliza ou orienta recursos auxiliares para a mudança de posição.
- Registra as limitações para a mobilidade e os procedimentos realizados para esta necessidade.
- Reconhece e documenta o aparecimento de áreas de compressão.
- Outros dados observados.

3 – Quanto a Higiene Pessoal:

- Faz ou auxilia o procedimento de banho aos pacientes incapacitados
- Orienta familiar como proceder durante o banho no leito
- Inspecciona a pele e traça medidas preventivas para evitar lesões
- Registra o procedimento e os problemas detectados
- Outros dados observados.

4 – A enfermeira faz alguma orientação à equipe de enfermagem e/ou acompanhantes em relação aos cuidados para alimentação, mobilidade, higiene pessoal.