

IMPRESSO

U 081526
R 139514
03/05/0
R#8,7

TEREZINHA DE JESUS ROCHA

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 139514,	
03 / 05	12001

OK

PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO NO PROCESSO TERAPÊUTICO

"ESTUDO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"

Tese
610.730699
R 5774
1990

RIO DE JANEIRO

1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO NO PROCESSO TERAPÊUTICO

"ESTUDO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"

Terezinha de Jesus Rocha

TESE APRESENTADA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁ
RIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE.

APROVADO POR:

Prof.^a _____

Presidente

Prof.^a _____

1.^a Examinadora

Prof.^a _____

2.^a Examinadora

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
1990

ORIENTADORA

PROFESSORA DOUTORA

ELVIRA DE FELICE SOUZA

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Doutora
Elvira De Felice Souza,
minha orientadora, pelo
estímulo, dedicação e
apoio científico, em to
do o desenvolvimento do
presente estudo.

AGRADECIMENTOS

Para a realização do Mestrado e, particularmente da Dissertação, considero fundamental a participação de muitas pessoas e Instituições. Entre essas, gostaria de expressar sinceros agradecimentos:

- . À Universidade Federal do Ceará e ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica dessa Universidade, pela liberação para realizar o Curso de Mestrado.
- . Às professoras Maria Grasiela Teixeira Barroso e Raimunda Magalhães da Silva, do Curso de Enfermagem da UFC, pelo incentivo para que buscasse o aperfeiçoamento que certamente contribuirá para meu crescimento no campo profissional e pessoal.
- . Aos professores da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela contribuição especialmente importante no sentido de sistematizar, atualizar e de aprofundar conhecimentos.
- . À professora Tereza de Jesus Sena, então Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAN-UFRJ, pela compreensão e apoio nas diferentes etapas do Curso.
- . Às colegas de Mestrado e, em particular, a Lodia Resende e Regina Célia Gollner Zeitoune, pelo companheirismo e cooperação mútua na realização das atividades do Curso.

- . À professora Margareta Luce, pelo convívio amigo e incentivo ao longo do Curso de Mestrado.
- . Aos enfermeiros do Hospital Universitário da U.F.R.J. — Ilda Cecília da Silva Macedo e Antonio Magalhães Marinho, pela atenciosa disponibilidade na prestação de informações fundamentais à presente investigação.
- . Aos Enfermeiros e Clientes, sujeitos da pesquisa, cuja disponibilidade e presteza tornaram viável a realização deste estudo.
- . Aos meus familiares, de modo especial à minha mãe, pela dedicação e amizade que nos une e me tem impulsionado a enfrentar sempre novos desafios.
- . À tia Olguinha Villaça, pelo incentivo ao meu crescimento profissional e pelo carinho que sempre me tem dedicado.
- ✓ . Ao Durval Pompeu Braz, pelo carinho, apoio, compreensão e companheirismo incondicionais.

✓ " O nosso eu não nasce feito,
ele se completa a cada
momento."

BERGSON

S U M Á R I O

	pág.
RESUMO -----	xv
ABSTRACT -----	xvi
LISTA DE TABELAS -----	xiii
 CAPÍTULO	
I - O PROBLEMA	
. Introdução -----	1
. Formulação da situação-problema -----	6
. Importância do estudo -----	8
. Objetivos -----	10
. Referências bibliográficas -----	12
II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
. Concepção de participação -----	14
. Aspectos pragmáticos da participação -----	17
. Estratégias adotadas pelo enfermeiro para a participação do cliente no processo terapêu- tico cirúrgico -----	23
. Atividades operacionais para a participação do cliente no processo terapêutico -----	24
. Referências bibliográficas -----	34

CAPÍTULO	pág.
III - METODOLOGIA	
. Tipo do estudo -----	40
. População -----	40
. Seleção da amostra -----	41
. Instrumentos de coleta de dados -----	42
. Coleta de dados -----	43
. Procedimentos estatísticos -----	44
. Limitações do estudo -----	44
IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
. Perfil do cliente -----	46
. Participação do cliente no processo terapêutico -----	55
. Formas de preparação do cliente para participar do processo terapêutico -----	63
. Estratégias e recursos didáticos empregados na preparação do cliente -----	66
. Aspectos observados na assistência de enfermagem -----	70
. Perfil do enfermeiro -----	77
. Formas de participação do enfermeiro no processo terapêutico -----	86
. Limitações à participação do enfermeiro -----	90
. Formas de participação do cliente no processo terapêutico -----	94

CAPÍTULO	pág.
. Aspectos observados na preparação do cliente	98
. Estratégias e recursos didáticos empregados na preparação do cliente -----	103
V - CONCLUSÕES -----	113
VI - RECOMENDAÇÕES -----	142
BIBLIOGRAFIA -----	151
ANEXOS -----	166

LISTA DE TABELAS

TABELA		página
1	Distribuição dos clientes segundo faixa etária -----	46
2	Distribuição dos clientes segundo sexo	49
3	Distribuição dos clientes segundo tipos de cirurgia -----	50
4	Distribuição dos clientes segundo responsáveis durante a hospitalização ----	52
5	Distribuição dos clientes segundo forma de participação no processo terapêutico	55
6	Distribuição dos clientes segundo conteúdos trabalhados tendo em vista a participação do cliente no processo terapêutico -----	63
7	Distribuição dos clientes segundo estratégias e recursos didáticos adotados pelo enfermeiro na preparação dos clientes para atuar no processo terapêutico	66
8	Distribuição dos clientes segundo aspectos observados pelo enfermeiro ao prestar assistência -----	70

TABELA		página
9	Distribuição dos enfermeiros segundo cargo ou função principal exercida ----	77
10	Distribuição dos enfermeiros segundo habilitação -----	81
11	Distribuição dos enfermeiros segundo o interesse por educação continuada ----	83
12	Distribuição dos enfermeiros segundo formas de participação no processo terapêutico do cliente -----	86
13	Distribuição dos enfermeiros segundo limitações encontradas para participar no processo terapêutico -----	90
14	Distribuição dos enfermeiros segundo formas de participação do cliente no processo terapêutico -----	94
15	Distribuição dos enfermeiros segundo aspectos visados no preparo do cliente para participar do processo terapêutico--	98
16	Distribuição dos enfermeiros segundo estratégias e recursos didáticos empregados na preparação do cliente para a participação no processo terapêutico ----	103

proc. terapêuticos
do cliente hospitalizado.

RESUMO

Este estudo investiga formas de intervenção do enfermeiro e sua participação* junto ao cliente hospitalizado, no processo terapêutico. Teoricamente, destacaram-se conceitos como autocuidado e participação, visando a proteção/recuperação da Saúde. A metodologia utiliza a entrevista para a obtenção dos dados. A amostra corresponde a 105 clientes e 50 enfermeiros que prestavam assistência a clientes em regime de internação, em dois Hospitais Universitários do Rio de Janeiro. A conclusão indica omissões não só na atuação do enfermeiro relativa à preparação do cliente como na participação de ambos no processo terapêutico. Conclui-se, outrossim, que, ✓ 1º) na interação enfermeiro/cliente, o fator humano não foi levado na devida consideração e 2º) que as condições de trabalho interferem negativamente na assistência de enfermagem. Recomenda-se: a) desenvolver a educação em serviço, b) realizar estudos para aprofundar o conhecimento dos fenômenos interativos e psicoterapêuticos; c) aperfeiçoar a metodologia da assistência de enfermagem na perspectiva do autocuidado, e d) desenvolver estratégias de integração entre agências de formação e instituições para o exercício profissional de enfermagem.

mt. dis
curso e
metodologia
prática

ABSTRACT

This study searches ways of nursing' interventions and its participation in the therapeutic process near the hospitalized client. Theoretically some concepts are established, such as the selfcare and the participation toward protection/recuperation of health. The methodology utilizes the interview technique to obtain the data. The sample corresponds to 105 hospitalized clients and 50 R. Nurses who assist hospitalized clients in 2 University Hospitals of Rio de Janeiro City. The conclusion of the study indicates some omissions not only in the general nursing'actuation related to the clients' preparation during its internation as in the participation nurse/client in the therapeutic process. It is concluded also that: 1) in the interaction nurse/client the human factors are not being considered and 2) the work conditions are interfering negatively in the nursing' assistance. It is recommended: a) to develop the in-service-education on the subject; b) to realize studies to deep the knowledge about the interactive and the psychotherapeutic phenomena; c) to improve the methodology of nursing assistance toward the selfcare and d) to develop strategies toward the integration among agencies of nursing' formation and institutions of nursing' employment.

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

Introdução

A estratégia de participação do cliente no ^{problemas do} setor saúde no Brasil, teve como marco referencial (o ano de 1978, quando se passa a destacar a adoção da Atenção Primária como instrumento prioritário na cobertura de serviços de saúde, ^{no ano de} 1978) ACUÑA¹

A participação é configurada como um processo de auto-transformação das pessoas, em função de suas necessidades e daquelas inerentes à sociedade, assumindo responsabilidades no processo de desenvolvimento individual e social. Espera-se dessa forma, contribuir para a motivação na solução de seus problemas e na inversão do papel de simples beneficiado para beneficiante. AGUDELO²

Hoje, especialmente nos países desenvolvidos, a estratégia de assistência de enfermagem já é admitida dentro da totalidade de participação recíproca entre Cliente versus Família versus Equipe de Saúde. Necessita apenas ser recebida em termos de seus princípios e de sua aplicabilidade, numa sociedade em crescimento como é o caso do atual contexto brasileiro.

Por outro lado, a assistência de enfermagem, que vem

sendo embasada nas premissas de participação recíproca, propicia o dimensionamento de informações, o estreitamento das relações humanas, o desenvolvimento de atitudes terapêuticas e o relacionamento interpessoal. Essas dimensões são destacadas por DANIEL³, quando se refere às ações de enfermagem e as distingue daquelas desenvolvidas por pessoa e para pessoa. Isso porque, em se tratando da participação do cliente, deve-se incluí-lo no processo decisório e não apenas considerá-lo como objeto das decisões tomadas, aceitando passivamente os cuidados que lhe são determinados.

Na assistência de enfermagem, em sua perspectiva tradicional, o enfermeiro assume o papel de sujeito do processo; isto é, controla as ações, tanto as suas, quanto as do cliente, e os resultados, por consequência, nem sempre serão os melhores para o cliente. NORONHA⁴

✓ Abordando o assunto pela perspectiva pertinente ao processo decisório, cabe salientar que cada pessoa possui um potencial participativo. Assim, cabe ao enfermeiro a iniciativa de criar condições para ajudá-la a melhor compreender o seu estado de saúde, para aprender a autocuidar-se e investir em sua recuperação, numa atmosfera onde o cliente amplia a percepção de si mesmo e a auto-estima.

Nesse sentido, a participação deve ser considerada em seu âmbito global, envolvendo aspectos políticos, filosóficos, sociais, econômicos e educativos, onde a pessoa se compromete com a realidade e passa a buscar transformá-la, tornando-a mais humana. SULLIVAN⁵

Esta visão político-social de participação estende-se indubitavelmente ao cliente cirúrgico, sendo revestida de aspectos pragmáticos, dinâmicos, humanísticos e progressistas. O cliente cirúrgico, no contexto de participação, deve ser concebido a priori, como qualquer pessoa com um organismo total, não se perdendo a unidade do seu ser, ao se ministrar assistência.

O cliente cirúrgico detém portanto:

- . as percepções (como vê, ouve, cheira e sente e representa o mundo ambiente);
- . os motivos e emoções (suas necessidades, desejos, aspirações, medos e amores);
- . as tentativas de ajustar-se às exigências que lhe são feitas (como aprender e resolver problemas);
- . a capacidade de interação (viver no mundo com outros), requisitando constantemente estímulos de sua personalidade e das relações com a sociedade.

ARAGÃO⁶

Ao participar do processo cirúrgico, a sua globalidade se torna mais ou menos intensa, dependendo principalmente, dos motivos ou incentivos propiciados.

Como citado por NORONHA⁷, as suas percepções dependem:

- ✓ . das experiências e da concepção individual, construída no seu dia-a-dia;
- ✓ . do ambiente físico e social;
- . de sua natureza biológica, tendo como principal

responsável, o funcionamento do seu cérebro e do seu sistema nervoso central;

- . das características dos estímulos psico-físicos;
- . dos estados imediatos e temporários de necessidade, emoção e predisposição mental.

Na perspectiva da autora mencionada, os motivos e emoções originam-se do papel de expectador que o homem desenvolve, constituindo-se numa resposta habitual que caracteriza seu agir.

Estes motivos e emoções, decorrem:

- . da natureza do "EU", que sente estes motivos e emoções;
- . da percepção organizada de crescimento e desenvolvimento;
- . da percepção da pessoa sobre si mesma, que pode ser influenciada por suas experiências pessoais e pelas exigências feitas por outrem (amigos, companheiros e sociedade);
- . do seu estado de motivação;
- . da experiência central do "EU", cognominada de emoção, sendo-lhe específicos: a alegria, o orgulho, a satisfação, o medo, o amor, a dor, a vergonha e a mágoa.

Quanto às tentativas de ajustar-se às exigências, de acordo com a posição teórica aqui defendida, essas provêm:

- . da premência por satisfazer as suas necessidades básicas, principalmente abrigo, segurança, alimen

to e aspirações;

- . da aquisição de habilidades para perceber e resolver problemas;
- . do seu comportamento adaptativo, que abrange o pensamento produtivo (quando o cliente cria algo novo e original para resolver os problemas que enfrenta) e da aprendizagem (formação de hábitos, memorização e desenvolvimento de habilidades).

✓ A capacidade de interação depende:

- . de sua personalidade, maneira pela qual o cliente enfrenta os conflitos emocionais e motivacionais;
- . das relações sociais, que coexistem com o homem, servindo para modelar o seu desenvolvimento;
- . da percepção social, ou sua maneira de perceber as outras pessoas, grupos, instituições, estruturas econômicas.

✓ Tais características são intrínsecas à participação, que se constitui em processo socializador do cliente, configurado:

- ✓ . pela sucessão sistemática de mudanças numa certa direção (processo terapêutico);
- ✓ . pelo papel social (atividades desenvolvidas no grupo a que pertence);
- ✓ . pela organização social ou ação conjugada exercida, onde se vê presente: a aceitação de atitudes, sentimentos, interesses e propósitos, além das expectativas do grupo ou equipe filiada;

- /. pela interação social, que consiste na reação mútua entre duas ou mais pessoas, produzindo o interrelacionamento entre:
- a) novas pessoas;
 - b) grupos sociais;
 - c) herança social (cultura).

Formulação da Situação - Problema

Apesar do discurso acadêmico enfatizar a necessidade de participação do cliente no processo terapêutico, no dia-a-dia do exercício profissional, a autora tem percebido que essa participação tem sido pouco utilizada pelo pessoal de saúde, principalmente por aqueles integrantes da Unidade Cirúrgica. Esse fenômeno pode decorrer de fatores diferenciados, como os seguintes:

- . falta de visão conceitual de participação e sua utilidade;
- . deficiência ou inexistência de informações quanto ao seu conteúdo e/ou política setorial estabelecida;
- . visão distorcida da equipe de saúde no que tange à sua aplicabilidade, tendendo a correlacioná-la como um dos meios de entrave na operacionalização das ações;
- . conservadorismo na associação, pelos profissionais,

- entre poder e saber;
- . percepção de participação do cliente no processo terapêutico como uma ameaça; NORONHA⁸;
 - . desinformação do cliente quanto aos seus deveres e direitos de participar.

Essa problemática assume maior relevo, ao integrá-la no contexto pragmático, uma vez que as intervenções em saúde, principalmente de determinado grupo de enfermeiros, estão distanciadas dos preceitos humanos e metodológicos que norteiam a teoria citada. Esse fenômeno pode ser explicado por sua absorção pela rotina profissional e pela visão deficitária dos parâmetros que delineiam este tipo de atuação. Decorre daí uma visão distorcida dos papéis interativos, que priva a profissão de um melhor status, além da ampliação dos conhecimentos técnico-científicos e sociais, oferecidos por esta estratégia.

A ausência de participação do cliente cirúrgico no processo terapêutico, pode conduzir a:

- ✓ . precariedade de informações que poderiam propiciar uma assistência mais real, a partir de suas explicitações e não apenas de observações;
- ✓ . utilização cada vez maior de recursos humanos, que poderia ser compatibilizada com a estratégia de participação;
- ✓ . prática não-democrática;
- ✓ . perpetuação da passividade imposta aos clientes, fazendo-os dependentes, alienados e sem acesso ao desenvolvimento;

- ~~conservação de dificuldades no relacionamento com os clientes, considerada por MANZOLLI⁹ como procedente do comportamento do próprio profissional.~~

A inobservância da implementação da estratégia de participação no processo cirúrgico conduz portanto, o Enfermeiro a uma intervenção defasada dos aspectos pragmáticos, do autocuidado, da Política Nacional de Saúde vigente e da filosofia e objetivos da Enfermagem preceituados nos Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem, de acordo com OPAS/OMS¹⁰.

✓ Importância do Estudo

~~A intervenção do Enfermeiro para a participação do cliente no processo cirúrgico, com ênfase nas justificativas teóricas já referidas, reveste-se de um caráter especial que merece estudos reflexivos ou exploratórios sobre a prática.~~

Essa importância atinge maior dimensionamento, ao se analisar os seus efeitos sobre o cliente, a profissão e a Instituição onde a estratégia é exercida.

Em se tratando do Cliente, o pragmatismo de participação é delineado pela:

- ✓ . biparticipação dos anseios, medos, preocupações e angústias versus colaboração (fazer algo) que atendam as emoções;
- ✓ . oportunidade educacional, visando a desenvolver, ao máximo, as condições de aprendizagem e conhecimento da situação real e do contexto;

- . possibilidade de melhorar a relação homem-meio e de contribuir para o progresso social;
- . incorporação da responsabilidade como propulsora das ações do desenvolvimento, individual e coletivo;
- . aquisição de motivação que sirva para solucionar problemas do cotidiano;
- . participação habilitadora, centrada na dignidade humana e no potencial de contribuição para o seu próprio desenvolvimento.

No que tange aos Enfermeiros, esta forma de participação reflete-se numa:

- . intervenção dinâmica e progressiva;
- . intervenção apoiada em valores filosóficos, concebendo-se o cliente como um todo indivisível;
- . assistência socializadora e desenvolvimentista, estruturada por interação ativa, democrática e dinamização de status e papéis;
- . participação inserida no contexto político-social e desenvolvimentista, conforme expectativas da Política Nacional de Saúde vigente; MACEDO¹¹
- . identificação, cada vez maior, do posicionamento profissional, humano e social do Enfermeiro.

No que se refere às Instituições, a participação do cliente contribui para:

- . a oferta de assistência qualitativa e quantitativamente satisfatória;

- . o conhecimento da estrutura funcional da instituição ou setor;
- . o cumprimento do papel social e comunitário exigido pela nova política sanitária;
- . a projeção institucional ou setorial na família e comunidade.

Este tipo de intervenção, além de cientificamente pautada nas ciências biológicas, da conduta administrativa, social e metodológica, vai somar-se às vantagens já inerentes à prática dos Enfermeiros, que podem sobrepujar os demais profissionais que, segundo ORLANDO¹², não sabem tanto sobre o cliente, em virtude do processo interativo mais fugaz ocorrido entre estes.

As razões aqui apresentadas, constituem portanto, o motivo principal para a realização deste estudo.

✓ Objetivos

Na realização desta investigação, pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

- ✓. ~~Verificar as formas de intervenção do Enfermeiro para a participação do cliente cirúrgico no processo terapêutico.~~ *Tabelas 6 e 7*
- ✓. ~~Investigar as formas de participação do cliente cirúrgico no seu processo terapêutico em instituições hospitalares.~~ *Tab. 14, 15 e 16*

- ✓. Identificar limitações para a participação do en
fermeiro no processo terapêutico.
- ✓. Apresentar sugestões para a ampliação da partici
pação do enfermeiro e do cliente no processo tera
pêutico.

Referências Bibliográficas

1. ACUÑA, H.R. Participacion de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 82 (2):220, 1977.
2. AGUDELO, C. Participacion comunitaria en salud, conceptos y critérios de valoracion. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 1983, p. 36-42.
- ✓ 3. DANIEL, L.F. *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo, EPU, 1983, p.17-78.
4. NORONHA, R. *Experiência participativa mobilizadora da enfermagem: condições prévias para o autocuidado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Esc. Enf. Anna Nery UFRJ, 1984, p.1-2 (mimeografado).
5. SULLIVAN, H.S. Teoria culturalista. In: HALL, Chaves, S. & LINDZEY, G. *Teorias da personalidade*. 3. ed., São Paulo, Herder, 1972, p.158-181.
6. ARAGÃO, V.L. de. *A participação da mãe na assistência ao menor de cinco anos: formas de intervenção do enfermeiro centradas nesta participação*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UNI-RIO, 1985, p.1-8 (mimeografado).
7. NORONHA, R. Op. cit., p.5-10.
8. Id. *ibid.*, p.8.

9. MANZOLLI, M.C. *Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo, Sarvier, 1983, p.48-53.
10. OPAS/OMS. *Padrões mínimos de enfermagem na recuperação da saúde: informe final*. Brasília, *Org. Mundial de Saúde*. Serviços Gráficos do Ministério da Saúde, 1978, p.19-20.
11. MACÊDO, M. *Proposição de diretrizes: uma contribuição*. Ministério da Saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde, 7 (Versão Preliminar)*, Brasília, D.F., 1980, p.231-247.
12. ORLANDO, I.J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente*. São Paulo, EPU, 1978, p.18.

CAPÍTULO II
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para melhor compreensão deste capítulo, optou-se por uma abordagem centrada em quatro enfoques, quais sejam: Concepção de Participação, Aspectos Pragmáticos da Participação, Estratégias Adotadas pelo Enfermeiro para a Participação do Cliente, concluindo-se por Atividades Operacionais para a Participação do Cliente.

1) Concepção de Participação

A necessidade de participar coexiste com a própria história da civilização, onde se vê o homem interagindo com outras pessoas, compartilhando idéias e decisões.

Esta necessidade é destacada como humana, por NORONHA¹, uma vez que está presente no desejo de participar na família, nas instituições, no trabalho e na saúde.

Existe um consenso entre essa afirmativa e a de ARAGÃO², ao especificar que o conceito de participação do Homem na identificação e solução de seus problemas de saúde, acompanha todo o seu processo evolutivo. Já BORDENAVE³, a considera como o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata e social.

Esse conceito, entretanto, ficou submerso por muito

tempo no setor saúde, chegando somente nos dias atuais, a fazer parte das discussões com maior intensidade.

A ratificação do vínculo entre participação e assistência de saúde pode ser encontrada em SOARES⁴, que define a participação como uma estratégia para a compatibilização, adequação e democratização da assistência em Saúde Pública, estendendo-se ao setor hospitalar.

A estratégia "Participação", foi considerada pelo Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua 51.^a Reunião, citado por SOARES⁵, como um elemento essencial ao êxito de qualquer política de saúde e por MANZOLLI⁶, como uma medalha ou ponto-chave para a consecução dos objetivos assistenciais.

É enfatizado por PAIM⁷, como um Direito e um Dever do Cidadão, que tem como produtos:

- . contribuir para o aumento de recursos à execução de atividades;
- . globalizar (individual, social e comunitariamente) a inserção do homem no sistema.

Segundo o mesmo documento, esta participação deve envolver clientes, familiares, em face de suas múltiplas vantagens, podendo ser assim especificadas: é fundamental por oferecer diretrizes essenciais ao planejamento e implementação dos programas. CHAVES⁸

Na opinião de ROGERS⁹, a participação do cliente no processo terapêutico constitui uma forma de solução dos problemas atuais, como também dos futuros, de maneira mais inte-

grada e independente.

Merece ainda destacar como vantagens:

- . melhorar as alternativas de forma grupal;
- . colaborar no estabelecimento de metas, objetivos e de meios para satisfazer às necessidades de cunho eminentemente real.

Estas assertivas são explicitadas por AGUDELO¹⁰, ao destacar a participação como um dever dos povos, no plano individual, coletivo, estendendo-se desde o planejamento até a execução e avaliação de seus cuidados, como um processo que envolve:

- . aceitação do indivíduo, família e comunidade no sistema as sistencial;
- . a instrumentalização recíproca de desenvolvimento (pessoal e assistencial);
- . a contribuição simultânea e decisiva para a manutenção e conservação da saúde.

Para ARAGÃO¹¹, esta participação deve ser considerada em seu âmbito:

- . global, integrando os aspectos políticos, filosóficos, sociais e econômicos;
- . educativo, envolvendo a alteração de conduta, prática até então pouco utilizada;
- . desenvolvimentista, por se processar de forma evolutiva, que vai das limitações inerentes a cada ser humano, até a ampliação das concepções, da extensão das ações e dos objetivos pretendidos à prática sanitária.

Pode ser ainda:

- . gradual, como destacada por SOBREIRA¹², estendendo-se de fugaz, inconsciente, para uma participação ativa e consciente;
- . plena, considerada pela OMS/UNICEF¹³, como aquela marcada pela satisfação das necessidades e expectativas, em consonância com os objetivos dos programas;
- . habilitadora, por implicar a criação de habilidades para a participação, conforme destacado por BOEMER¹⁴;
- . ativa, por conduzir, segundo ACUÑA¹⁵, a uma reorganização estrutural e às mudanças necessárias ao atendimento real das necessidades.

Como se pode constatar, a participação do cliente no processo terapêutico constitui uma das estratégias cujo boojo reveste-se, por si só, de características socializadoras, pragmáticas, desenvolvimentistas, dinâmicas e progressivas.

1) Aspectos pragmáticos da participação

Por ser o Pragmatismo uma corrente filosófica, cuja idéia ou ação é julgada por sua funcionalidade, a participa-ção do cliente cirúrgico, sob a ótica pragmática, engloba filosofia e método científico, aspectos já inerentes à prática moderna de enfermagem.

Concebendo-se a participação sob este âmbito, pode se estabelecer como marcos referenciais, a participação do tipo pragmático, como um processo que contribui para que o homem construa uma visão unificada do mundo que o cerca.

A participação do cliente no processo cirúrgico, baseada neste marco, exige várias atividades, destacando-se:

- . orientar sobre a doença e a intervenção cirúrgica;
- . dar ciência aos clientes sobre a equipe de saúde e o material que envolve o ambiente terapêutico e psico-social;
- . incentivar e conduzir o cliente e a família ao envolvimento no processo terapêutico (pré, trans e pós-operatório e inclusive, pós-alta);
- . integrar a família no processo participativo da assistência, por ser esta e a comunidade de suma importância no diagnóstico e êxito terapêutico e assistencial;
- . operar dentro da hierarquia de necessidades, proposta por MASLOW¹⁶, moldada em níveis ascendentes de necessidades, nas quais estas devem ser pelo menos, parcialmente cuidadas, como explicitada por AQUINO¹⁷;
- . ajudar nas dificuldades que interferem na sua interação no ambiente em que vive;
- . adotar um sistema de socialização que atente para o respeito ao cliente como ser social e como pessoa que participa e interage no processo assistencial, conforme preceituado por CHUC¹⁸;
- . intervir, com base no pressuposto de que o homem é sujeito da ação de saúde; sujeito de autocuidado;
- . fortalecer o pensamento crítico do cliente, o que tem, como requisitos essenciais:
 - aguçar a sua capacidade de raciocinar com clareza e precisão;

- desenvolver uma estrutura racional de pensamento, enfatizando o livre arbítrio;
- estimular o senso crítico, alicerçando e renovando conceitos;
- fundamentar e refletir sobre as crenças que dirigem a sua vida;
- ajudar o cliente a ter possibilidade de começar a buscar o que lhe convém e a dirigir o seu comportamento lógico, além de aceitar novas experiências; STEFANELLI & ARANTES¹⁹;
- estabelecer um relacionamento terapêutico, situando-se como um processo interpessoal, que envolve, de um lado, o cliente necessitado de ajuda e, de outro, o enfermeiro profissional capaz de atender às necessidades deste; MANZOLLI²⁰
- utilizar técnicas de comunicação adequadas, no intuito de conduzir o cliente a examinar, de forma realista, seus problemas e procurar meios de resolvê-los;
- auxiliar o cliente a demonstrar coerência entre o que diz e faz. COMARU²¹
- atuar dentro de uma lógica, por ser a pragmática um ramo da filosofia que estuda regras e métodos do pensamento correto.

Para se intervir dentro deste contexto, torna-se indispensável:

- aproveitar as experiências do cliente para poder educar;
- propiciar a oportunidade de exprimir o seu potencial de realizar, construir coisas, afirmar-se a si mesmo e oferecer influência à natureza e ao mundo; BORDENAVE²²

- . pautar a educação no realismo, por ser esse uma doutrina de que as coisas existem por si próprias e independentes;
- . elaborar e avaliar planos conjuntos, configurados pela ope racionalidade, exeqüibilidade e objetividade;
- .. promover uma interação planejada, com objetivos definidos, claros, visando à maximização do relacionamento terapêutico; TRAVELBEE²³
- . conduzir a uma participação organizada, pautada na percep ção da necessidade de conjugar esforços no sentido de obje tivos comuns. ARAGÃO²⁴

- Ver o cliente como ser unificado e indivisível

Esta visão psicossomática implica o respeito às se guintes observações:

- . estabelecer uma base de confiança, definida por HOFLING et al.²⁵, como passo fundamental a respeito da realidade de ou tra pessoa e que faz com que se sinta segura. Este senti - mento de confiança favorece ao cliente, de acordo com FAUS - TI²⁶, no que tange:
 - a) ao conforto, devido ao aumento de consciência de si mes mo, de seus objetivos e motivações;
 - b) à participação, por permitir partilhar esta consciência com pessoas adequadas;
 - c) à aceitação, por respeitar as pessoas que não estão de acordo com o seu modo de pensar e sentir, sem desejar mu dar seu modo de ser.

A consideração do direito à individualidade de cada cliente em todas as situações, propiciará um relacionamento e

fetivo Enfermeiro/Cliente, podendo-se assim manifestar a pessoa do cliente, sem ansiedade.

Outro tipo de sentimento é o de liberdade de expressão, de participação e de intervenção, respeitando os limites éticos, culturais e profissionais.

O sentimento de aceitação é outro fator preponderante que ajuda o cliente a atuar de maneira construtiva, sem atitudes de defesa indesejáveis, STEFANELLI et al.²⁷

Para PEPLAU²⁸ e STEFANELLI²⁹, no momento em que o cliente sente-se participando e aceito pelo enfermeiro, na fase em que trabalham juntos para atender as necessidades e resolver os problemas já identificados, podem-se obter resultados mais gratificantes.

O dimensionamento do sentido de vida é enfatizado por BORDENAVE³⁰, que considera o somatório de potencial ligado aos valores, à riqueza, e à "tensão" interior de cada pessoa.

- *Atuar dentro de preceitos éticos e políticos*

Para atuar nesses moldes, é imprescindível atentar-se para:

- . auxiliar o cliente na formação de uma atitude de buscar em outras pessoas, pontos de identificação e equilíbrio, que conduzam ao somatório de potencial, de habilidades e experiências; COMARU³¹
- . conceber a participação como um direito e dever da pessoa, família e comunidade.

Na perspectiva ético-política, o povo tem o direito

e o dever de participar, individual e coletivamente, como ratifica SALGUEIRO³², tanto no planejamento, como na implementação de seus cuidados de saúde.

Os direitos do cliente e da família devem ser vistos à luz dos Direitos do Homem, do Cidadão, por serem eles, na opinião de BERNARD³³, inalienáveis em relação ao direito de ser tratado com a consideração e o respeito devidos à sua condição e dignidade humana.

A observância desses direitos é também alertada por FUKUDA et al.³⁴, destacando, como de responsabilidade daquele que presta assistência, como também do que é assistido, chegando a descrever que a interação torna-se destrutiva, quando os interesses e objetivos do outro não são considerados.

Ainda na dimensão ético-política, outros procedimentos merecem ser destacados, como:

- . conciliar a estratégia de participação adotada com os anseios da população carente;
- . intervir de acordo com o ritmo de cada cliente, uma vez que, segundo OPS/OMS³⁵, cada pessoa tem o seu potencial de intervenção peculiar, para servir a outrem, em termos sociais, políticos e sanitários. Esse potencial, que pode ser inato ou adquirido, redundando em participar, desde que a realidade individual seja considerada;
- . estimular os progressos apresentados;
- . ajudar nas deficiências que se manifestarem;
- . saber ouvir e calar, conforme as circunstâncias;
- . propiciar o atendimento das necessidades reais da clientela;

- . ajudar o cliente a expressar seus sentimentos e pensamentos; MANZOLLI³⁶
- . auxiliar as pessoas a assumir as responsabilidades pelos seus cuidados de saúde. CASTELLANOS³⁷

Esses procedimentos de intervenções oferecem múltiplas vantagens na participação terapêutica, preceituadas e destacadas por ROGERS & STEVENS³⁸, da seguinte forma:

- . a pessoa começa a ver-se de modo diferente;
- . torna-se auto-confiante e mais autônoma;
- . comporta-se de uma maneira mais amadurecida;
- . aceita, com maior facilidade, os outros;
- . torna-se mais flexível, menos rígida nas suas percepções.

Outros atributos são conferidos aos procedimentos mencionados. Entre esses, destacam-se os seguintes, referidos por MANZOLLI³⁹:

- . a interação consigo mesmo;
- . a visão realista de sua potencialidade histórica;
- . a resistência às imposições;
- . a conquista de espaços em sua participação.

3) - *Estratêgias adotadas pelo enfermeiro para a participação do cliente no processo terapêutico geral*

O processo de participação estimulado junto a clientes cirúrgicos desenvolve-se nas fases: pré, trans e pós-operatória, devendo-se estender até a pós-alta.

Todas essas fases requerem do enfermeiro uma intervenção multidirecional, configurando-se em atividades administrativas, técnicas, educativas e de ensino, onde a participação

ção do cliente pode e deve manifestar-se.

Em se tratando das *Atividades Administrativas*, podemos destacar como estratégias:

- . realizar um *diagnóstico situacional*, envolvendo:
 - a) realização do planejamento em saúde através de um levantamento das necessidades afetadas ou não do cliente, família e comunidade; ACUÑA⁴⁰
 - b) previsão e a provisão de recursos necessários (pessoal, instrumentais, materiais e econômicos) para a implementação e extensão das ações de enfermagem.
- . elaborar *planos de intervenção*, tendo como diretrizes:
 - a) o estabelecimento dos objetivos e metas a serem alcançadas;
 - b) a delimitação das atividades desejadas e outras iniciadas na rotina, com possibilidade de projeções no futuro;
 - c) o estabelecimento dos recursos necessários;
 - d) a elaboração do cronograma, para direcionar as ações.
- . *treinar pessoal*, incluindo:
 - a) implementação de novas abordagens e temas indispensáveis ao desempenho, inclusive o conceito de participação;
 - b) utilização de métodos e técnicas de cunho socializador (ensino sócio-individualizado e socializado);
 - c) verificação da aprendizagem, através do emprego de sistemas de fixação;
 - d) realimentação do campo de prática, por meio de sucessivas avaliações.

Este treinamento visa, segundo ACUÑA⁴¹, à capacita

ção de pessoal para a identificação e satisfação das necessi
dades do cliente.

. adotar um *processo de avaliação do desempenho*, constituído,
segundo ACUÑA⁴² de:

- a) elaboração de formulário para supervisão esporádica ou programática;
- b) indicação instrumental com delineamento de colunas destinadas aos aspectos observados;
- c) estruturação desta supervisão com objetivos pré-estabelecidos;
- d) especificação de formas de interação do supervisionado no processo avaliativo;
- e) avaliação conjunta com os clientes, quanto aos efeitos das ações recebidas. ACUÑA⁴³

. *tomar decisões*

A tomada de decisão em situações que exigem discer
nimento e execução de soluções pertinentes, e em casos de e-
mergências, como normas, inclui uma das funções mais importan
tes do Enfermeiro.

Para tal, ele precisa desenvolver juízo crítico e capacidade de iniciativa ante às necessidades de saúde.

Com referência à tomada de decisão outras atividades merecem realce, como:

- . promover a cronometragem do tempo versus procedimentos versus gastos, para o desenvolvimento das atividades técnicas, incluindo:
- a) recursos disponíveis;

- b) estrutura física versus circulação e
 - c) fluxograma do provisionamento e utilização do material.
- . Em se tratando das *Atividades Técnicas*, cabe ao enfermeiro:
- a) desenvolver prática de assistência ao cliente, centrada no autocuidado;
 - b) auxiliar o cliente nas dificuldades encontradas;
 - c) oferecer, ao mesmo, material simplificado para o seu desempenho;
 - d) convocar a participação de outros clientes na oferta de cuidados ao seu alcance;
 - e) maximizar o campo de formação de habilidades;
 - f) adaptar os cuidados às tendências, valores e nível do cliente, além do seu estado bio-psico-sócio-espiritual.

A manipulação do cliente é definida por FUKUDA et al.⁴⁴, como o processo em que uma pessoa exerce influência sobre outra, visando a levá-la a agir de acordo com seus propósitos.

. No que tange às *Atividades Educativas*, estas devem ter como parâmetros:

- a) identificação das necessidades educativas afetadas do cliente e equipe;
- b) elaboração de programas formais e informais, direcionados para as necessidades dominantes e fases que integram o processo cirúrgico;
- c) ênfase, do ponto de vista de conteúdo, na cultura e nas experiências vivenciadas direta ou indiretamente;
- d) adoção de técnicas dinâmicas e eficazes;
- e) orientação enfática da educação para o autocuidado, com

forme teoriza OREM⁴⁵, por considerá-lo como foco central, quando se pretende propiciar aos adultos confiança e responsabilidade por si e pelo bem-estar de seus dependen - tes.

A Educação em Saúde é considerada por PAIM⁴⁶, como atividade mais apropriada para se realizar concretamente a promoção da dignidade humana, além de permitir:

- a) uma tomada de consciência em nível individual e social da saúde como valor humano;
- b) a proteção e a salvaguarda, a confiança e a responsabilida de individual;
- c) uma visão consciente e participativa do cliente.

Essas atividades ampliam cada vez mais as funções exercidas pelo enfermeiro na prática, devendo entretanto, fundamentá-las em duas pressuposições básicas, destacadas por BRUNNER & SUDDARTH⁴⁷:

- a) a espécie de pessoa em que o enfermeiro se tornou, por ser um requisito substancial no aprendizado de cada cliente por ele assistido e na sua experiência com a doença;
- b) a função da educação em enfermagem, que se direciona para fomentar o desenvolvimento da personalidade.

. No que concerne às *Estratēgias de Ensino*, estas consistem em:

- a) prover a integração docente-assistencial, pautada numa discussão democrática dos objetivos, atividades e expectati - vas do ensino versus assistência;
- b) prover o campo de estágio para a integração da teoria ver

- sus prática e a formação plausível de habilidades e experiências reais;
- c) propiciar condições para o desenvolvimento da educação continuada do pessoal de enfermagem, no sentido de que o mesmo possa alcançar um nível de desempenho satisfatório;
 - d) programar, conjuntamente com o cliente, as oportunidades de prática, considerando expectativas assistenciais;
 - e) avaliar o ensino propiciado e a prática desenvolvida junto ao cliente;
 - f) promover uma atuação interdisciplinar, envolvendo docente, discente, pessoal de serviço, direcionada para a participação do cliente; ACUÑA⁴⁸

Ao se referir à *Estratêgia de Participação do Cliente*, propriamente dita, ARAGÃO⁴⁹ especifica como ações:

- mobilizar recursos para obter a participação no processo asistencial;
- observar o tipo de participação desejada;
- conhecer o potencial de intervenção das pessoas;
- promover o treinamento para o desempenho;
- inserir o cliente nos planos de ação de saúde;
- instituir um sistema de controle e avaliação da participação.

Convém ainda salientar como estratégias:

- cultivar a auto-independência do cliente;
- orientar e conduzir o cliente para a explicitação da necessidade de ajuda, em face das múltiplas vantagens por ela propiciadas, como:

- a) distinguir papéis; CARVALHO⁵⁰
- b) possibilitar segurança, acessibilidade e responsabilidade das atribuições; ARAGÃO⁵¹
- c) favorecer a responsabilidade de lidar com a problemática da clientela, procurando solucioná-la, dando seguimento aos cuidados e avaliando os resultados; DANIEL⁵²
- d) caracterizar uma função de destaque do cliente, favorecendo a mobilização de recursos para torná-los independentes, o mais rápido possível. HENDERSON⁵³

As formas de participação do cliente no processo cirúrgico em relação às estratégias estabelecidas, podem ser portanto, sintetizadas como segue:

- a) oferecer informações para o diagnóstico situacional;
- b) colaborar no plano de intervenção de cuidados, especialmente aqueles que lhe são destinados;
- c) integrar-se ao sistema avaliativo da assistência;
- d) participar ativamente na aplicação de técnicas desenvolvidas, que lhe são permitidas ética e cientificamente;
- e) participar nos trabalhos educativos de grupo, como expectador e como autor;
- f) colaborar na oferta de oportunidades para a prática acadêmica, técnica e auxiliar;
- g) promover meios para o processamento do nível das relações interpessoais, consideradas como importantíssimas por BERNARD⁵⁴, PEPLAU⁵⁵, TRAVELBEE⁵⁶, além de elaborar e desenvolver um instrumento de trabalho que dinamize as atividades do enfermeiro junto ao cliente.

Para tanto, o profissional de enfermagem precisa conhecer os métodos e técnicas voltados para a participação, com ênfase nos fatores de interação humana e científica, por ser esta, segundo MINZONI⁵⁷, variável importante na participação e na interação enfermeiro versus cliente.

4) ~~Atividades operacionais para a participação do cliente no processo terapêutico~~

Para se estudar a participação do cliente no processo, deve-se destacar as fases que caracterizam a assistência, quais sejam:

✓ a) Pré-operatório

Esta fase compreende, tanto a assistência ambulatorial, como a do período de internação até o encaminhamento do cliente para o centro cirúrgico. BRUNNER & SUDDARTH⁵⁸, BIANCHI & CASTELLANOS⁵⁹, SILVA & CESARETI⁶⁰

No ambulatório, deve-se iniciar o trabalho educativo, centrado:

- no diagnóstico cirúrgico;
- nas necessidades do cliente;
- nas formas de participação necessárias;
- no valor desta participação para a eficiência e eficácia da assistência.

As atividades específicas desta fase, consistem em:

- realizar consultas de enfermagem, a fim de verificar as necessidades do cliente e formas de dependência (total, parcial);
- verificar as condições de participação do cliente no pré-

- operatório e experiências anteriores;
- demonstrar os cuidados a que será submetido, como: higiene, tricotomia, clister, exercícios respiratórios, movimentação (ativa e passiva);
 - apresentar o cliente aos demais companheiros da unidade de internação e equipe cirúrgica;
 - auxiliar na identificação e localização do ambiente físico, que compõe a estrutura da Unidade Cirúrgica; treinar e estimular a comunicação verbal e não-verbal, a fim de facilitar a interação, quando esta for afetada, ainda que temporariamente;
 - solicitar, de forma pragmática ou não, a participação do cliente no processo terapêutico;
 - estimular cada avanço participativo e/ou auxiliar nas deficiências apresentadas;
 - estabelecer dinâmicas grupais, no intuito de estreitar o relacionamento e de propiciar a reciprocidade de experiências entre cliente versus clientes (seus companheiros).

✓ b) Trans-operatório.

Segundo SILVA & CEZARETI⁶¹, esta fase transcorre desde o encaminhamento do cliente ao Centro Cirúrgico, até a permanência no setor pós-anestésico.

As atividades precípuas desta fase, são:

- tranqüilizar o cliente, desde sua saída da enfermaria, até o momento da anestesia (estado de inconsciência anestésica); BIANCHI & CASTELLANOS⁶²

- ✓ - estimular a explicitação dos seus anseios, temores, medos, preocupações e outros fatores; BIANCHI & CASTELLANOS⁶³
- ✓ - acompanhar o cliente até o Centro Cirúrgico;
 - solicitar sua colaboração para a correta posição na mesa cirúrgica;
 - auxiliar a equipe nas atividades do Centro Cirúrgico; SILVA & CEZARETI⁶⁴
- ✓ - estar presente por ocasião do despertar da anestesia, identificando-o e estimulando-o;
- ✓ - estimular a comunicação (verbal ou não-verbal);
- ✓ - colaborar no repouso, acalmando-o e confortando-o, física e espiritualmente. BRUNNER & SUDDARTH⁶⁵

c) Pós-operatório

Para BRUNNER & SUDDARTH⁶⁶, o pós-operatório é configurado como a fase que envolve a saída da pós-anestesia até a alta do cliente.

As atividades principais, a serem desenvolvidas nesta fase são as seguintes:

- estimular e supervisionar a movimentação (ativa e passiva) no leito;
- verificar a execução dos exercícios respiratórios;
- estimular a comunicação verbal e/ou não-verbal, para a explicitação das necessidades sentidas;
- auxiliar nos cuidados higiênicos e destinados ao conforto;
- orientar para o autocuidado, solicitando, ao mesmo tempo, a manifestação de aprendizagem dos ensinamentos ministra -

dos preparando-o para a pós-alta;

- ✓ - convocar a família, se possível para a transmissão de conhecimentos e cuidados que não podem ser realizados pelo cliente, ou que necessitam de seu estímulo e/ou controle;
- avaliar em conjunto os cuidados prestados, as experiências do cliente, o que gostaria de fazer e de receber;
- ✓ - agendar a sua volta para o ambulatório;
- prescrever os cuidados de enfermagem a serem desenvolvidos no domicílio;
- instituir um sistema de comunicação (telefônica ou outro) para esclarecimentos do cliente e família, em caso de dúvidas.

Referências Bibliográficas

1. NORONHA, R. *Experiência participativa mobilizadora da enfermagem: condições prévias para o autocuidado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Esc.Enf.Anna Nery-UFRJ, 1984, p.11-17 (mimeografado).
2. ARAGÃO, V.L. de. *A participação da mãe na assistência ao menor de cinco anos: formas de intervenção do enfermeiro centradas nesta participação*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UNI-RIO, 1985, p. 17-36 (mimeografado).
3. BORDENAVE, J.E.D. *O que é participação*. São Paulo, Brasiliense, 1987, p.11-17.
4. SOARES, J. *Extensão de cobertura dos serviços de saúde mediante o uso das estratégias de assistência primária e participação da comunidade*. In: *Reunião Especial de Ministros da Saúde da América*. Washington, D.C., 1980, p.69-73.
5. Id. *ibid.*, p.71-72.
6. MANZOLLI, M.C. *Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo, Sarvier, 1983, p.50-58.
7. PAIM, J.N.S. *Saúde como direito inerente à cidadania*. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 8. Brasília, 1986, p.45-57.
8. CHAVES, M.M. *Saúde - uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois S.A., 1982, p.68-102.

9. ROGERS, C. *Liberdade para aprender: o ser em relacionamento*. Belo Horizonte, Interlivros, 1978, p.52-208.
10. AGUDELO, C. Participacion comunitaria en salud, conceptos y critérios de valoracion. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, D.C., 1983, p.205-216.
11. ARAGÃO, V.F. de. Op. cit., p.16-38.
12. SOBREIRA, N.R. *Enfermagem comunitária*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981, p.42-108.
13. OMS/UNICEF. *Alma-Ata. Cuidados primários de saúde*. Brasília, 1979, p.91-124.
14. BOEMER, M.R. Funções da enfermeira e suas perspectivas. *Rev. Enq. Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3):170-173, 1976.
15. ACUÑA, H.R. Participacion de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 82(2):93-97, 1977.
16. MASLOW, A.H. *Motivation and personality*. 2.ed., New York, Harper & Row Publishers, 1970, p.189-195.
17. AQUINO, G.S. dos. *Paciente adulto hospitalizado*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1984, p.2-9.
18. CHUC, W. Sistema Nacional de Saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 5. Brasília, 1975, p.31-41.
19. STEFANELLI, M.C. & ARANTES, E.C. Relacionamento terapêutico enfermeira/paciente e comunicação terapêutica. Revisão bibliográfica. *Rev. Paul. Enq.*, São Paulo, 5(1): 42-44, 1985.
20. MANZOLLI, M.C. Op. cit., p.64-69.

21. COMARU, M.N. O homem: sujeito ativo ou passivo de saúde? *Rev.Hosp.Adm. e Saúde*, São Paulo, 10(40):249-251, 4.trim. 1986.
22. BORDENAVE, J.E.D. Op. cit., p.10-16.
23. TRAVELBEE, J. *Interpersonal in psychiatric Nursing: process in the one to one relationship*. Philadelphia, Davis, 1972, p.118-327.
24. ARAGÃO, V.L. de. Op. cit., p.19-28.
25. HOFLING, C.K. et al. *Comprensión de las relaciones entre enfermera y paciente*. In: *Enfermería Psiquiátrica*, México, Interamericana, 1970, p.23-70.
26. FAUSTI, C.C. *Direitos do homem: novas interações para os profissionais da saúde*. *Rev. Servir*, Lisboa, 34(5/6): 229-235, 1986.
27. STEFANELLI, M.C. & ARANTES, G.C. Op. cit., p.245-253.
28. PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. New York, Putnam, 1962, p.330.
29. STEFANELLI, M.C. *Relacionamento terapêutico enfermeira/paciente*. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(1): 39-45, 1983.
30. BORDENAVE, J.E.D. Op. cit., p.16-17.
31. COMARU, M.N. Op. cit., p.250.
32. SALGUEIRO, N.R.M. *Direitos dos doentes e família*. *Rev. Servir*, Lisboa, ACEPS, 34(5-6):270-281, 1986.
33. BERNARD, P. *Manual del A.T.S. Psiquiátrico*. Barcelona, Toray-Masson, 1977, p.520-538.
34. FUKUDA, I.M.K. et al. *Comportamento manipulativo e rela*

- cionamento terapêutico. *Rev. Esc. Enq. USP*, São Paulo, 16(1):67-74, 1982.
35. OPS/OMS. Padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade. Informe final, 1.^a e 2.^a reimpressão, Brasília, *Org. Mundial de Saúde. Serviços... Saúde*, 1977, p. 71-78.
36. MANZOLLI, M.C. Op. cit., p.59-83.
37. CASTELLANOS, B.E.P. Necessidades básicas humanas: "liberdade". *Rev. Enq. Novas Dimensões*, SP, 4(5):245-253, 1978.
38. ROGERS, C. & STEVENS, B. *De pessoa para pessoa - a relação interpessoal: o núcleo de orientação*. São Paulo, Pioneira, 1978, p.16-78.
39. MANZOLLI, M.C. Op. cit., p.40-48.
40. ACUÑA, H.R. Op. cit., p.72-80.
41. Id. *ibid.*, p.65-69.
42. Id. *ibid.*, p.81-84.
43. Id. *ibid.*, p.63-68.
44. FUKUDA, I.M.K. et al. Op. cit., p.65-70.
45. OREM, D.E. *Nursing: concepts of practice*. New York, McGraw-Hill Book Company, 1971, p.229-230.
46. PAIM, J.N.S. Op. cit., p.45-47.
47. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. A doença como experiência humana. In: *Enfermagem médico-cirúrgica*, 4. ed., Rio de Janeiro, 1977, p.165-171.
48. ACUÑA, H.R. Op. cit., p.1-16.
49. ARAGÃO, V.L. de. Op. cit., p.17-22.
50. CARVALHO, V. de. A relação de ajuda e a totalidade da

- prática de enfermagem. In: *Anais... do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Brasília, 1980, p.65-72.
51. Id. *ibid.*, p.20.
52. DANIEL, L.F. *Atitudes interpessoais em enfermagem*. S.Paulo, EPU, 1983, p.63-87.
53. HENDERSON, V. *Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem*. Rio de Janeiro, ICN/ABEn, 1962, p.12-20.
54. BERNARD, P. *Op. cit.*, p.320-322.
55. PEPLAU, H.E. *Op. cit.*, p.320-329.
56. TRAVELBEE, J. *Op. cit.*, p.20-30.
57. MINZONI, M.A. *Atitudes do profissional de enfermagem, frente à pessoa que requer ajuda*. Ribeirão Preto, 1983, p.3 (mimeografado).
58. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. *Op. cit.*, p.168-170.
59. BIANCHI, G.R.F. & CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 3(5):161-166, out./nov./dez. 1983.
60. SILVA, M.A.A. da. & CEZARETI, I.V.R. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico centrada nas necessidades básicas. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 2(2):35-41, 1961.
61. *Ibid.*, p.35-41.
62. BIANCHI, E.R.F. & CASTELLANOS, B.E.P. *Op. cit.*, p.169-172.
63. *Ibid.*, p.169-172.

64. SILVA, M.A.A. da & CEZARETI, I.V.R. Op. cit., p.44.
65. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Op. cit., p.48.
66. Id. *ibid.*, p.52.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

7 Neste capítulo, além da caracterização do estudo, a apresentam-se os procedimentos metodológicos adotados para al cance de seus objetivos. Em vista disso, são aqui descritos: ✓ a população e ✓ amostra, os ✓ instrumentos de coleta de dados, os ✓ procedimentos de análise de dados, bem como as ✓ limitações do estudo.

✓. Tipo do estudo

O estudo visa a investigar as estratégias adotadas pelo Enfermeiro, tendo em vista a participação do cliente no processo cirúrgico. Trata-se pois de estudo descritivo.

. População

A população abrangeu 262 Clientes hospitalizados e 125 Enfermeiros que atuavam na Assistência de Cirurgia Geral de dois Hospitais Universitários situados na Cidade do Rio de Janeiro, no período compreendido entre março e junho de 1989.

A escolha dessas Instituições hospitalares decorreu de suas características docente-assistenciais, além de:

- manterem subordinação técnico-administrativa a or gãos oficiais do âmbito federal, podendo, por isso expressar condições possíveis de encontrar, também, em outros Estados da Federação, no que diz respeito ao tipo e qualidade de ser

viço prestado;

- apresentarem uma estrutura organizacional e funcional da Divisão de Enfermagem mais condizente com o que preconiza a literatura atual;

- serem mais acessíveis à realização de pesquisas, em virtude da própria política assistencial e filosófica que adotam.

. Seleção da Amostra

A amostra é do tipo probabilística, sendo constituída por 40% do universo de clientes internados em unidades cirúrgicas e de 40% de enfermeiros atuantes na assistência, à época da coleta de dados (março a junho de 1989).

Para a inclusão dessas pessoas no estudo, estabeleceram-se os seguintes critérios:

- em relação ao Cliente:

- ✓ a) ter sido submetido a uma cirurgia geral ou ter indicação à mesma;
- ✓ b) estar em pleno gozo de suas faculdades mentais;
- ✓ c) aceitar colaborar com o estudo.

- em relação ao Enfermeiro:

- ✓ a) estar atuando em Unidade Cirúrgica em um dos hospitais estudados;
- ✓ b) estar vivenciando tal experiência nesse setor há mais de três meses;
- ✓ c) estar em atividade, por ocasião da coleta de dados;

✓ d) aquiescer na participação da investigação.

Com base nesses critérios, a amostra foi constituída por 105 clientes e 50 enfermeiros que, sendo informados dos objetivos do estudo, aceitaram participar do mesmo.

. Instrumentos da Coleta de Dados

A este respeito, foram elaborados, especialmente para o estudo, dois formulários que serviram como roteiro para as entrevistas com clientes e questionários para os enfermeiros.

Para verificar a adequação da linguagem empregada nas entrevistas às características da população, realizou-se previamente uma testagem do roteiro. A partir desse procedimento, foi possível identificar a necessidade de algumas adaptações, tendo em vista suprir lacunas de informações e evitar ambigüidades.

Após a testagem, os instrumentos foram estruturados conforme se resume a seguir.

Em se tratando do formulário para o Cliente (Anexo I), foram abordados:

- ✓ . dados de identificação;
- ✓ . formas de participação do cliente no processo terapêutico;
- ✓ . formas de preparação para participação no processo terapêutico.

No que tange ao formulário para os Enfermeiros (Anexo II), focalizaram-se:

- . dados de identificação;

- . formas de participação no processo terapêutico;
- . limitações à participação no processo terapêutico;
- . formas de participação do cliente no processo terapêutico;
- . aspectos observados na preparação do cliente para a sua participação no processo terapêutico;
- . recursos empregados para preparar o cliente.

✓ . Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no período compreendido entre março - junho de 1989.

Para coletar os dados junto aos clientes, foram adotados os seguintes procedimentos:

- a) Contato preliminar com os clientes de determinada enfermaria para explicar os objetivos da pesquisa, garantir o anonimato das informações e verificar a existência de voluntários a serem entrevistados.
- b) Realização da entrevista junto ao leito do cliente, buscando encaminhá-la de modo tão informal quanto possível, num clima amistoso.
- c) Registro das respostas no formulário, à medida que o entrevistado prestava as informações.

Ao final da entrevista, além de agradecer pela colaboração ao estudo, procurou-se prestar conforto ao cliente, por meio de conversa informal.

Para a coleta de dados junto aos enfermeiros, o procedimento inicial foi idêntico ao dos clientes, no que se refere ao primeiro item, o que possibilitou a apresentação dos

profissionais voluntários.

Para estes, em lugar de se processar a entrevista, optou-se por entregar-lhes um questionário para que os mesmos o respondessem, acrescentando algumas informações quando julgassem oportuno.

Em momento posterior, os instrumentos, devidamente preenchidos foram entregues à pesquisadora para levantamento e análise dos dados.

. Procedimentos Estatísticos

Para tratamento dos dados, empregaram-se distribuição de frequência simples e relativa (percentual).

. Limitações do Estudo

Em face de seus objetivos, este estudo apresenta algumas limitações, entre as quais se destacam as seguintes:

- . As conclusões da investigação somente poderão aplicar-se às unidades onde a mesma foi realizada, não podendo estender-se a outras instituições hospitalares ou a unidades que, embora situadas nos hospitais que foram objeto de investigação, apresentem características distintas de unidade de cirurgia geral.
- . Devido à falta de recursos financeiros, e por consequência, de auxiliares de pesquisa, somente foram adotadas para coleta de dados as técnicas de entrevista e questionário. Tem-se consciência de que as conclusões do estudo poderiam ser enriquecidas, caso as técnicas citadas pudessem ter sido com

plementadas com observação sistemática, tanto da atuação dos enfermeiros, como da participação dos clientes.

- . Só foram envolvidos enfermeiros com experiência há mais ^{de} de três meses em Unidades de pré e pós-operatório de cirurgia geral, por considerar-se que estes profissionais tiveram mais oportunidades de participar do processo terapêutico. Se, por um lado, em função desses critérios, o estudo centrou sua atenção nas opiniões de profissionais com mais alguma experiência, por outro, deixou de focalizar outros enfermeiros recém incorporados ao setor.

Devido à coincidência entre a etapa de coleta de dados deste estudo e o movimento grevista de funcionários de universidades federais, o número de clientes hospitalizados manifestou-se bastante inferior ao habitual. É possível, pois, que algumas evidências do estudo tenham sofrido a interferência desse fenômeno.

Apesar dessas limitações, acredita-se que os objetivos do estudo foram alcançados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo tem o propósito de analisar e discutir os resultados do estudo. Em vista disso, procurou-se estruturá-lo de tal forma que, no primeiro momento, fossem abordados o perfil dos clientes e formas de participação dos mesmos no processo terapêutico. Em seqüência, além do perfil dos enfermeiros, focalizam-se as formas de sua participação no processo terapêutico.

✓ Perfil do Cliente

Procurou-se investigar junto aos clientes do estudo, as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, tipo de cirurgia e pessoa responsável pelo cliente durante a internação.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	f	%
✓ 18 a 28 anos	6	6,00
29 a 39 anos	12	11,00
40 a 49 anos	20	19,00
50 a 61 anos	20	19,00
✓ 62 e mais	47	45,00
TOTAL	105	100,00

Conforme se pode verificar na tabela 1, os participantes do estudo, em sua maioria, situam-se na faixa de idade igual ou superior a 50 anos (64%). Por outro lado, a grande concentração de clientes ocorreu na faixa de 62 anos e mais, que congregou (45%) dos clientes investigados, sendo que somente (6%) foram encontrados na faixa de 18 a 28 anos.

Pode-se inferir que este resultado tem relação com as unidades em que estavam internados os clientes, cujas patologias manifestam-se com maior frequência nas faixas etárias mais elevadas.

Para compreender esse fenômeno, é importante aprofundar a análise da possível correlação entre idade versus a doecimento com indicação terapêutica do ato cirúrgico. Observa-se que, com o decorrer da idade, o ser humano manifesta alterações no equilíbrio ácido-básico, o que pode determinar modificações de ordem biológica, configuradas por declínio, de geração ou modificação na evolução da patologia.

Essas complicações são comuns nas pessoas de idade mais avançada, por serem mais vulneráveis e expostas ao declínio físico e mental. Os idosos frequentemente, são acometidos por múltiplas patologias. Esse fenômeno foi detectado por vários estudiosos no assunto, destacando-se entre eles MARCONDES¹.

A grande incidência de pessoas de faixa etária mais elevada entre os clientes que participaram do estudo, está também associada com o aumento da esperança média de vida da população brasileira. Segundo HADDAD², esse dado pode ser in

terpretado como indicador de "melhoria da qualidade de vida e de bem-estar social".

Na verdade, a elevação da expectativa média de vida da população é variável relacionada com ampliação da oferta e de acesso a medidas profiláticas e de recuperação. Mas como lembra HADDAD³, isso não significa que tenham melhorado as condições objetivas de vida do trabalhador.

Outra abordagem do problema de envelhecimento é apontada por NAHOUN⁴, quando refere dois tipos de envelhecimento: o biológico e o social. Sob o ponto de vista social, o velho é marginalizado, oprimido, tratado como produto descartável. Mas esse autor coloca algumas questões fundamentais para o entendimento da velhice numa abordagem biológica. As questões são as seguintes: A sociedade determina as rugas da velhice? A cultura condiciona a atrofia genital? A história explica a maior incidência de patologias, como o câncer, hipertensão e diabetes? O modelo econômico traz a limitação funcional das articulações?

Como se pode observar, há também indicadores biológicos no processo de envelhecimento. Mas eles estão relacionados com fenômenos sociais, pois determinam como viver com a regressão fisiológica, como lidar com essa patologia e até mesmo como morrer em consequência dela, ou com ela. NAHOUN⁵.

A essas duas formas de compreensão do fenômeno envelhecimento, FRANKL⁶ acrescenta outra, também de particular interesse para profissionais de saúde. Enfatizando a questão sob o ponto de vista psicológico, esse autor refere que, nes

sa etapa de vida, se podem verificar diferenças significativas, tanto no organismo, como entre os seres humanos individualmente. Nesse processo, levanta a hipótese de que numerosas modificações psicológicas têm relação com o envelhecimento. E destaca: a despeito dessas modificações, e do aparente declínio orgânico, a maior parte da população idosa mantém suas capacidades funcionais.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES
SEGUNDO SEXO

SEXO	f	%
Feminino	61	58,00
Masculino	44	42,00
TOTAL	105	100,00

Como se pode verificar na Tabela acima, na amostra investigada, houve ligeira predominância de clientes do sexo feminino.

Esses resultados poderiam manter relação com a distribuição da população brasileira por sexo onde, segundo dados do Censo Demográfico de 1980, havia discreto predomínio de mulheres, com o tipo de cirurgia e de enfermagem selecionada para a realização da pesquisa.

✓ TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO TIPOS DE CIRURGIAS

TIPOS DE CIRURGIAS	f	%
✓ Colecistectomia	36	34,00
✓ Histerectomia	16	15,00
✓ Laparotomia	10	9,00
Hernioplastia	8	8,00
Colostomia	7	7,00
✓ Mastectomia	7	7,00
Apendicectomia	5	5,00
Osteossintese	4	4,00
Tireoidectomia	4	4,00
Outros	8	8,00
TOTAL	105	100,00

Nesta tabela, apresentam-se os tipos de cirurgias realizadas nos clientes entrevistados.

Como se pode verificar, a maior frequência incidu sobre Colecistectomia, com 34% dos casos; em segundo lugar, a Histerectomia com 15% e, em terceiro a Laparotomia, com 9%. Pode-se constatar também a partir das informações da tabela mencionada, a incidência de cirurgias específicas do sexo feminino como: a Histerectomia, com 15% e a Mastectomia, com 7% dos casos.

Estes resultados podem encontrar justificativa no sexo dominante dos clientes, conforme se mencionou na análise

se da tabela anterior.

Quanto aos outros tipos de cirurgias, num total de oito, essas são diversificadas: Amputação de coxa (1 caso), Nefrectomia (2 casos), Prostatectomia (2 casos), Simpatectomia (2 casos) e Ureterolitotomia (1 caso).

Cabe ressaltar que as cirurgias agrupadas na categoria "outros" (Tabela 3) foram cumulativas com algumas das demais referidas nessa tabela.

Considerando que o estudo não trabalhou com toda a população de clientes cirúrgicos, mas apenas com uma amostra e que, na seleção das pessoas para compor a amostra, não se procurou controlar a variável "tipo de cirurgia", é preciso cuidado ao contemplar as informações da Tabela 3. Isso porque, não se tem evidência de que esses resultados sejam extensivos a todos os clientes submetidos a intervenção cirúrgica à época da coleta de dados. De outra parte, cabe salientar que, naquele período, os funcionários desses hospitais encontravam-se em greve. Por essa razão, havia capacidade ociosa no hospital, atendendo-se apenas às necessidades mais prementes e/ou a clientes anteriormente hospitalizados. Tal circunstância pode ter interferido nos tipos de cirurgias predominantes entre os clientes que participaram do estudo.

Apenas um dado não pode deixar de ser mencionado: todas as cirurgias a que foram submetidos os clientes permitem e requerem sua participação no processo terapêutico.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO
RESPONSÁVEIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

RESPONSÁVEIS	f	%
→ O mesmo ✓	33	31,00
Esposa ✓	29	28,00
Filha ✓	22	21,00
Esposo	12	11,00
Mãe	6	6,00
Pai	1	1,00
Tia	1	1,00
Colega	1	1,00
TOTAL	105	100,00

No que se refere à pessoa responsável pelo cliente internado, pode-se verificar na Tabela 4, que a responsabilidade ^{+ frequente} maior fica com o próprio cliente (31%), seguido das esposas com (28%) e filha com (21%).

Outra informação que ressalta à vista refere-se a que, apesar de os clientes internados serem com maior frequência do sexo feminino (Tabela 2), os responsáveis, com maior incidência, também são do mesmo sexo. Note-se que, esposo, pai são mencionados com muito menor frequência do que esposa e mãe. Por outro lado, o filho sequer foi citado...

Esses resultados são da maior importância, na medida em que oferecem indicações acerca de questões relacionadas à solidariedade da família ao cliente cirúrgico. Por exemplo,

na ocasião da entrevista, alguns clientes declararam que, quando a responsabilidade da internação recai sobre si próprios, estes sentem maior insegurança em face de ter que submeter-se ao ato cirúrgico, sem o apoio psicológico dos familiares. Do mesmo modo, ficaria difícil enfrentar a hospitalização e o período pré-operatório, acrescidos das incertezas de sua recuperação e condições da alta hospitalar, sem ter com quem possa dividir ansiedades e responsabilidades.

Nessa situação, o cliente vê-se à mercê apenas dos profissionais do Hospital, que, por vários motivos, nem sempre, podem suprir esta lacuna, quer pela realidade dos "papeis" que exercem, quer mesmo, pela escassez de tempo, ou ainda por dificuldades de comunicação entre profissional e cliente. É esclarecedor nesse aspecto o depoimento de um cliente sobre o desejo de saber "qual o nome dos enfermeiros que lhe prestam cuidados, pois nem sempre eles se identificam..." !

É de se lastimar a ausência de responsáveis em caso de hospitalização, principalmente com indicação cirúrgica, cujos riscos podem independer da equipe de saúde. Em vista disso, a experiência requer apoio, carinho e segurança, que assumem significado especial quando exteriorizados por uma pessoa da família. Como destaca ALQUERES⁷, o envolvimento familiar pode constituir elemento importante na melhoria da qualidade de assistência. Essa tem, por sua vez, como pré-requisitos, a humanização da relação entre equipe de saúde e cliente e a co-participação dele e de sua família nas atividades de recuperação da saúde.

AZEVEDO⁸ acrescenta ao objetivo supramencionado o da conscientização das pessoas, por meio da educação para a saúde. Na sua concepção, é ponto básico que se estimule a participação de todos os segmentos populacionais nos diferentes níveis de ação de saúde. A partir dessa integração, menciona a necessidade de que se desenvolva um processo de reflexão e de conscientização referente ao binômio saúde-doença, considerando também a família como agente efetivo quanto ao processo decisório e de execução, dentro do possível, das ações de saúde, nos diferentes níveis em que essas ocorrem. Cabe aqui ressaltar, a ênfase em medidas de promoção, proteção e de recuperação da saúde, coerentes com a realidade da população a que se destinam. Esse posicionamento está melhor esclarecido quando se analisa a seguinte colocação de AZEVEDO⁹:

"Tal orientação torna necessária, dentro de um princípio de mínima intervenção, a utilização de sistemas alternativos da atenção à saúde (ex: utilização de parteiras leigas) e a necessidade de educar a população para que realize a automedicação quando segura, eficaz e complementar às ações do sistema formal de saúde".

Pelo exposto, torna-se evidente que, mais do que o envolvimento da família no processo terapêutico do cliente hospitalizado (cuja necessidade é óbvia), é imprescindível o desenvolvimento de um processo participativo-educativo da população, tendo em vista o encaminhamento adequado das soluções à problemática de saúde.

Participação do Cliente no
Processo Terapêutico

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO FORMA
DE PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO TERAPÊUTICO

FORMA DE PARTICIPAÇÃO	COM QUEM PARTICIPA		ENFERMEIRO		OUTROS*		NÃO RESPONDEU		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
. Prestando informações para o diagnóstico	74	70,00	03	3,00	28	27,00	105	100,00		
. Praticando os exercícios ensinados	54	51,00	23	22,00	28	27,00	105	100,00		
. Sugerindo o que gostaria de receber ou oferecer à equipe de saúde	9	8,00	68	65,00	28	27,00	105	100,00		
. Verificando o plano de assistência que lhe foi determinado	3	3,00	74	70,00	28	27,00	105	100,00		
. Auxiliando a equipe nas necessidades surgidas	30	28,00	47	45,00	28	27,00	105	100,00		
. Ajudando no cuidado aos outros clientes	28	27,00	49	47,00	28	27,00	105	100,00		
. Verificando o tipo da assistência oferecida	10	9,00	67	64,00	28	27,00	105	100,00		
. Colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos	63	60,00	14	13,00	28	27,00	105	100,00		
. Comparecendo às atividades educativas, como:										
- ouvinte	-	-	-	-	105	100,00	105	100,00		
- colaborador	-	-	-	-	105	100,00	105	100,00		
. Iniciando o autocuidado	29	28,00	48	46,00	28	27,00	105	100,00		

* A categoria "Outros" compreende médico e assistente social.

A tabela 5 vai ao encontro do segundo objetivo deste estudo. De acordo com a tabela mencionada, pode-se verificar que já se percebe a participação do cliente no processo terapêutico embora de forma incipiente.

No que se refere aos tipos de participação cuja orientação procede do enfermeiro, pelos resultados do estudo, merecem destaque os seguintes: Prestando informações para o diagnóstico (70%); Colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos (60%) e Praticando os exercícios ensinados (51%).

É importante registrar que, em alguns aspectos, parece ocorrer pouca participação junto ao enfermeiro. Esse fenômeno é mais evidente nas seguintes situações: Verificando o plano de assistência que lhe foi determinado (3%); Sugerindo o que gostaria de receber ou oferecer à equipe de saúde (8%); e Verificando o tipo de assistência oferecida (9%).

Embora não conste na citada tabela, considera-se importante acrescentar que alguns clientes entrevistados manifestaram ressentir-se da falta de orientação por parte do enfermeiro. Segundo estas pessoas, tal deficiência acarretou-lhes insatisfação e insegurança ao longo do processo terapêutico. Nestes casos, o desejo de informação referia-se expressamente às seguintes questões: "O que está acontecendo com meu estado de saúde?" "Por que não param para falar comigo sobre minha cirurgia?" "Qual é o processo normal de evolução nessa cirurgia?" "O que acontece antes e depois?" "Os enfermeiros parecem sempre ocupados com outras coisas..."

Estas questões assumem particular relevância na me

dida em que estão relacionadas à natureza intrínseca do papel do enfermeiro. Note-se que, entre suas competências, destaca-se, não só o cuidado ininterrupto do cliente, como também o apoio para que realize o autocuidado e para a identificação de eventuais problemas.

Por outro lado, cabe incentivar o cliente à participação no processo terapêutico e, para tanto, nada mais eficaz do que convencê-lo da convergência de interesses entre enfermeiro e cliente. Em outras palavras, da relação positiva entre esses dois pólos, poder-se-á obter valiosos subsídios ao cuidado e ao restabelecimento do cliente. AMORIM¹⁰, ressalta que, "*representa uma técnica influente e insubstituível para o enfermeiro o uso terapêutico de si mesmo na assistência ao paciente*".

Esta colocação é importante, porque reforça o papel do enfermeiro na conscientização do cliente sobre o direito e dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento e execução de seus cuidados de saúde. Pela colocação de AMORIM¹¹, pode-se ainda recordar que a participação efetiva não se manifesta espontaneamente. É preciso que os profissionais transmitam conhecimentos, e criem condições para que o cliente se envolva no processo. A participação é o resultado da satisfação de necessidades básicas da pessoa humana que, neste contexto, se articulará mais e mais com os diferentes setores do hospital, sentindo-se participe de seu tratamento, visualizado como uma responsabilidade coletiva. Ainda com relação a esse aspecto, cabe lembrar LEININGER¹², quando menciona

que "o papel primário do enfermeiro é fornecer o cuidado. Todavia, a prestação de assistência de enfermagem requer o conhecimento e respeito aos valores culturais do paciente". Este ponto de vista fica melhor explicitado, quando LEININGER¹³ acrescenta que o conhecimento, fundamentado nas perspectivas culturais dos clientes, serve essencialmente para dar um cuidado significativo e sugestivo a eles. Nesta forma de trabalho, a intervenção do enfermeiro, tendo em mente propiciar a participação do cliente em seu processo terapêutico, manifesta-se principalmente através da realização de um processo onde as ações são elementos facilitadores da descoberta de dimensões biopsicossociais e espirituais do cliente.

Como se pode verificar, a complexidade do problema participativo, e a falta de conhecimento do cliente podem servir para conscientizar os profissionais de enfermagem acerca da importância de preparar o cliente para participar do processo terapêutico.

PEPLAU¹⁴ parece coerente com essas idéias, quando a firma:

"Não é somente cuidar do paciente; põem assisti-lo em seu desenvolvimento. Agir de maneira a levá-lo a saber mais sobre ele mesmo, sobre a vida, sobre os outros, após ter estado doente".

Confrontando-se com as duas primeiras colunas de resultados da Tabela 5, encontram-se percentuais mais elevados de participação junto a outros profissionais, em detrimento do enfermeiro nos seguintes aspectos: Ajudando no cuidado de outros clientes (47% para "outros" e 27% para "enfermeiros");

Iniciando-se o autocuidado (46% para "outros" e 28% para "enfermeiros").

Considerando que, dos dez aspectos focalizados na Tabela 5, seis apresentaram percentuais superiores de participação do cliente no processo terapêutico junto a outros profissionais, torna-se necessário refletir com mais vagar sobre possíveis determinantes desse fenômeno.

Uma primeira aproximação da problemática referida, talvez seja possível, pela análise da manifestação de alguns entrevistados. Segundo eles, o enfermeiro não permite sua participação na elaboração do plano de cuidados. Isso porque, de acordo com seu depoimento, *"ela (a enfermeira) só chega aqui, faz perguntas e vai embora"*. *"O médico e assistente social, além de fazerem perguntas, tomam nota num papel aqui mesmo, na minha frente"*. Pode-se então inferir que, a partir desses depoimentos, a percepção da participação do cliente no processo terapêutico mantém relação com a atitude dos profissionais com que eles convivem no hospital.

Para compreender o fenômeno da sensação de distância que clientes manifestam em relação aos enfermeiros, é conveniente lembrar a variedade de atribuições e de tarefas que esses profissionais desenvolvem no seu dia-a-dia hospitalar. Nesse contexto, atividades de cunho burocrático-administrativo, por vezes, assumem caráter prioritário, em detrimento do cuidado direto com o cliente. Apesar de, no plano do discurso esta distorção ser criticada, observa-se na distribuição do tempo de profissionais de enfermagem nas instituições hos

pitalares, evidente contradição entre o discurso e as reais prioridades, definidas por enfermeiros, ou pelas equipes administrativas.

Esse aspecto merece atenção cuidadosa, partindo-se do princípio de que a necessidade de participação é crucial para o processo terapêutico e de que, nesse processo o enfermeiro pode desempenhar papel de extrema relevância. Cabe ainda salientar que, pelo menos sob o ponto de vista teórico, a tônica da assistência da enfermagem atual baseia-se na participação efetiva do cliente na identificação de seus problemas e na busca de soluções para as questões detectadas conjuntamente. Assim, visualizando o trabalho, não há como desconsiderar a importância do diálogo, que fundamentará uma relação de confiança e de cooperação entre cliente e enfermeiro.

É ainda necessário lembrar, que a participação pode conduzir a uma resposta adequada ao tratamento, esperando-se que o cliente que participa do processo terapêutico seja capaz de, se necessário, modificar seu comportamento em resposta a novas informações.

Retomando a Tabela 5, pode-se encontrar outro aspecto problemático que se refere a "Comparecendo as atividades educativas, como: ouvinte e colaborador", onde houve ausência total de respostas na participação junto ao enfermeiro.

Em face desse resultado, pode-se perguntar: como estão os clientes participando da orientação do enfermeiro ou de outros profissionais, sem comparecer às atividades educativas, seja como ouvinte, seja como colaborador? Por outro la

do: estariam sendo oferecidas essas atividades educativas? Em caso afirmativo, qual a forma de divulgação? Haveria coerência entre tais atividades e interesses, problemas, características e condições individuais dos clientes hospitalizados?

A combinação entre os processos terapêuticos e educativos encontra respaldo em trabalhos de diferentes instituições OPAS/OMS e de estudiosos da questão. CHAVES¹⁵, ROGERS¹⁶ e AGUDELO¹⁷. Isso, sob o ponto de vista teórico. O que se pode constatar, na prática profissional, é que, alguns enfermeiros não dão a devida importância ao fato de que o cliente deve ser preparado para tomar parte no processo terapêutico.

Na opinião de SOUZA et al.¹⁸, uma atitude de respeito do pessoal de enfermagem para com o cliente hospitalizado implica não só trabalhar no sentido de que se conscientize a respeito da assistência que recebe, mas também de familiarizá-lo com o ambiente físico, com os aparelhos e equipamentos. As autoras¹⁹ mencionadas destacam que "*clientes com vivência hospitalar e preparo pré-operatório aceitam e colaboram no seu tratamento com maior facilidade que os não preparados*".

Quando abordam as necessidades do cliente, com sua individualidade, sensibilidade, crença religiosa, experiências e vivências, TAKITO et al.²⁰, relatam a importância de que se procure adequar o ambiente do hospital às necessidades psicológicas, sociais e culturais desse cliente. Ao mesmo tempo em que destaca a importância da enfermagem na conscientização desse objetivo, TAKITO et al.²¹, apontam a consequência: "*quando não atendidas, poderão prejudicar seu bem-estar e, portan*

to o processo de cura".

Neste sentido TAKITO et al.²², sugerem que o enfermeiro utilize todo o seu talento e imaginação, visando a superar, ou, pelo menos minorar dificuldades vinculadas a fatores indesejáveis no ambiente hospitalar. Em linhas gerais, acerca desse ponto cabe ao enfermeiro atuar no sentido de desenvolver as provisões possíveis para que o cliente esteja em um ambiente seguro e confortável e que lhe proporcione o máximo de independência e os cuidados com nível mais intenso de eficácia.

Conforme se mencionou anteriormente, é da competência do enfermeiro estimular e proporcionar condições para que o cliente participe de sua assistência. O objetivo nesse caso é, não só aumentar conhecimento e habilidade no processo terapêutico mas principalmente e por consequência, obter alta precoce. EPSTEIN²³, diz que,

"Em nossa sociedade parece que estamos tentando perder nossas características humanas. Nós nos numeramos, nos catalogamos e nos computamos a fim de mantermos o mínimo de comunicação pessoal".

CASTELLANOS²⁴, apoia-se em Silva et al. para denunciar a evidente contradição entre o conteúdo do discurso ético-filosófico dominante nos cursos de formação do enfermeiro e a prática concreta desses profissionais. Realmente, as Escolas de Enfermagem costumam enfatizar a concepção globalizadora do cliente, sua natureza biopsicosocioespiritual e o tratamento direto com o mesmo. Mas, a prática profissional tende a encaminhar-se para direção oposta, visto que a fragmentação ten

de a ser a tônica. E, segundo CASTELLANOS²⁵, tal procedimento dirige-se para muitos objetivos, quais sejam:

"Para atender às diversas especialidades médicas, às diversas categorias profissionais de saúde; há ainda a fragmentação, consubstanciada no corte entre ações terapêuticas e preventivas (...)".

Forma de Preparação do Cliente para Participar do Processo Terapêutico

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO CONTEÚDOS TRABALHADOS TENDO EM VISTA A PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO

CONTEÚDO RECEBIDO PARA A PARTICIPAÇÃO	f *	%
O direito e dever de você participar da assistência	21	20,00
Como participar	29	28,00
Quando participar	25	24,00
A importância de participar	39	37,00
As vantagens da participação da família	23	22,00
A necessidade do preparo da família para ajudar nos cuidados	20	19,00
Como buscar a ajuda necessária para auto-cuidar-se	53	50,00
A realidade do processo cirúrgico	19	18,00
Como conviver com a equipe de saúde	11	10,00
Como conviver com o novo ambiente	12	11,00
Como conviver com os novos companheiros da enfermagem	10	9,00
Como conviver com a aparelhagem	9	8,00

* Tabela sem total devido à diversificação de respostas.

A participação do cliente na assistência de enfermagem, de acordo com as informações das Tabelas 6, 7 e 8, abrangem três aspectos fundamentais: Conteúdos trabalhados para a participação no processo terapêutico, Estratégias para levar à participação e Aspectos observados na Assistência de Enfermagem.

De acordo com os dados expressos na Tabela 6, pode-se verificar que os conteúdos trabalhados com mais frequência pelo enfermeiro tendo em vista a participação do cliente, foram os seguintes: Como buscar a ajuda necessária para autocuidar-se (50%); A importância de participar (37%) e Como participar (28%).

Estes achados refletem a tendência para os pontos básicos iniciais do processo de participação mais ativa. Os resultados apresentados pois evidenciam também que o conteúdo trabalhado pelo enfermeiro para a participação do cliente no seu processo terapêutico, está ainda distanciado do que preconizam os estudiosos do assunto.

Tal resultado é motivo de preocupação, particularmente quando se considera que toda pessoa tem o direito e dever à saúde, assim como o direito e dever a uma digna assistência de enfermagem. Por outro lado, BARNES²⁶, diz que:

"Os doentes estão a tornar-se cada vez mais, pessoas que conhecem os seus direitos e que estão dispostos a fazê-los valer. Mas são, ao mesmo tempo, pessoas doentes, que atravessam uma fase de confusão e cansaço".

Acatando-se a análise do autor citado, se torna evidente o de

ver de o enfermeiro atuar no sentido de estimular sua participação consciente no tratamento.

Os profissionais que participam da assistência ao cliente internado são muitos, mas poucos são os que param para ouvi-lo, ou falar de seu direito e dever de participar ativamente de seu tratamento; sobre a realidade do ato cirúrgico; como conviver com a equipe de saúde; com o novo ambiente hospitalar; com companheiros da enfermagem e com a aparelhagem da sala de cirurgia. O cliente necessita de alguém para escutar e diminuir suas dúvidas, seus temores, suas limitações e encorajar seus desejos, suas esperanças e expectativas acerca do tratamento cirúrgico.

Quando o enfermeiro introduz o cliente na equipe multiprofissional, ele não está envolvendo apenas conhecimentos científicos e técnicos, mas também as expectativas e preocupações do ser humano.

Neste momento, o enfermeiro tem que trabalhar *para o cliente e com o cliente* a fim de que o mesmo não se sinta apenas um *objeto*; deve combater a perspectiva onde os interesses da Instituição assumem toda a prioridade, e onde a equipe multiprofissional queira decidir pelo cliente e não com ele.

✓ Estratégias e Recursos Didáticos
Empregados na Preparação do Cliente

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO ESTRATÉGIAS E RECURSOS DIDÁTICOS ADOTADOS PELO ENFERMEIRO NA PREPARAÇÃO DO CLIENTE PARA ATUAR NO PROCESSO TERAPÊUTICO

ESTRATÉGIAS E RECURSOS DIDÁTICOS	f *	%
Palestras	2	2,00
Demonstrações	1	1,00
Orientações	74	70,00
Leituras	-	-
Projeções	1	1,00
Gravuras	1	1,00
Visitas aos setores	2	2,00
Discussão em grupo	5	5,00

* Tabela sem total em face da diversificação de opções.

Pelos resultados da Tabela acima, pode-se verificar que as estratégias usadas com predominância, ou quase exclusivamente foram orientações, mencionadas por (70%) dos clientes. É interessante destacar que as demais estratégias constantes na Tabela 7 (palestras, demonstrações, leituras, discussões), obtiveram percentuais muito baixos de respostas. O mesmo pode aplicar-se a recursos: tanto projeções, quanto gravuras foram apontadas por reduzida frequência de clientes.

A partir dessas evidências, podemos inferir que, no contexto estudado, ainda predomina uma perspectiva tradicional de educação para a saúde. Essa inferência poderá merecer preocupação especial, caso se considere, conforme CARVALHO²⁷, MATOS²⁸ e GONÇALVES²⁹, que esse processo requer, para sua eficácia e eficiência, o emprego de técnicas dinâmicas e diversificadas.

Isso em termos gerais. Entretanto, se considerarmos as patologias com que convive a maior parte dos clientes, seria de se esperar que a orientação fosse complementada com atividades tais como: conscientização para a importância do envolvimento do cliente em seu processo terapêutico.

Para obter tal resultado, cabe trabalhar previamente a motivação, que tem como requisito, a compreensão, pelo cliente, do objetivo a ser alcançado e de seu significado. Faz-se necessário ainda desenvolver procedimentos que permitam ao cliente sentir que tal objetivo mantém relação com seus níveis de aspiração e com suas condições pessoais para alcançá-lo. No processo de incentivação para a aprendizagem, há ainda alguns aspectos especiais a serem considerados: a) correlação com os problemas reais e concretos com que se defronta o cliente; b) a participação ativa do cliente, no limite de suas possibilidades. A esse respeito, ressalta-se contribuições da didática, aqui expressas no ponto de vista de CARVALHO³⁰, quando diz:

"Todo ensino tem de ser ativo, isto é, deve solicitar a atenção, a participação e a reação do educando, e toda aprendizagem

não pode deixar de ser ativa, pois ela somente se efetiva pelo esforço pessoal do aprendiz, visto que ninguém pode aprender por alguém".

Outro ponto fundamental no processo de instrução é a linguagem e a exposição didática. Quanto à linguagem, os requisitos principais são: clareza, simplicidade e acessibilidade do vocabulário, adequando-o ao do cliente, de forma a garantir a eficiência do processo de comunicação. No que concerne à exposição, entre outros, destacam-se os seguintes cuidados: limitá-la no tempo, tendo como critério as condições do cliente; alterná-la e reforçá-la com outras técnicas, procedimentos e recursos didáticos. É ainda de importância básica, ao longo da exposição, verificar se o cliente está efetivamente acompanhando e compreendendo a exposição.

Conforme se mencionou, a exposição pode e deve ser acompanhada de recursos audiovisuais, que contribuem para concretizar e facilitar a apreensão dos conteúdos. No caso de clientes hospitalizados, entre outros, destacam-se os seguintes recursos: ilustrações, sob a forma de desenhos, cartazes, figuras, fotografias, projeções fixas (transparências, diapositivos), projeções móveis (filmes mudos e sonoros); objetos para demonstração e treinamento de habilidades necessárias ao cliente em seu processo terapêutico.

No processo de instrução, além do ensino individualizado é possível e conveniente, dentro das possibilidades, empregar o ensino socializado. Essa estratégia tem como vantagens: promover a socialização e melhorar adaptação do cliente ao ambiente hospitalar; combater o excesso de individualismo,

desenvolvendo o espírito de solidariedade, tão importante para o bem-estar do cliente; desenvolver a motivação para participar do processo terapêutico, por meio de uma situação interativa.

Em face do exposto, fica evidente que são múltiplos os recursos teoricamente disponíveis para um processo de educação para a saúde. Entretanto, a falta de condições materiais em instituições hospitalares e até as deficiências do preparo do pessoal de enfermagem quanto a esses aspectos, determina que o que se realiza concretamente deixe muito a desejar. Assim, as atividades realizadas são rotineiras, mecânicas, talvez desinteressantes e monótonas para os clientes. E, com isso, seu preparo para participar do processo terapêutico pode resultar insatisfatório...

Aspectos Observados na
Assistência de Enfermagem

✓ TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES SEGUNDO ASPECTOS OBSERVADOS PELO ENFERMEIRO AO PRESTAR ASSISTÊNCIA

ASPECTOS OBSERVADOS	f *	%
✓ Sua individualidade	79	75,00
✓ Suas necessidades de saúde	39	37,00
✓ Suas vivências	15	14,00
✓ Sua liberdade	26	24,00
✓ Sua crença espiritual	42	40,00
✓ Suas dificuldades	50	47,00
✓ Suas expectativas	43	40,00

* Tabela sem total, devido à diversificação das respostas

Verifica-se na Tabela acima que, o item "Sua individualidade", ocupou a primeira posição, atingindo (75%) das respostas; em seqüência, encontra-se: "Suas dificuldades", com (47%) de respostas e, "Suas expectativas" e "Sua crença espiritual", ambas com (40%). Esses resultados são um tanto divergentes, com o que preconiza as Declarações dos Direitos Humanos, e com princípios defendidos pela OMS, citado por PAIM³¹ e ainda com preceitos educacionais citados por FERREIRA³².

É mister ressaltar que, a respeito do item "Sua crença espiritual", alguns clientes declararam ressentir-se de

diálogos mais freqüentes sobre o assunto, o que lhes aumenta o sentimento de ansiedade. Por outro lado, ressentiam-se da falta de informações sobre possibilidade de participação em cerimônias religiosas no hospital.

FUERST et al.³³, entendem a religião como uma tentativa do homem para perceber sua relação com o universo que o cerca, levando em consideração que todo cliente enfermo tende a buscar apoio na sua crença religiosa. Decorre daí, a necessidade de que o enfermeiro apóie e proporcione ao cliente o atendimento espiritual de que ele deseja e que seja atendido por pessoas especialmente preparadas para esse fim.

Para ARAÚJO³⁴, o ser humano procura atender às necessidades de sua individualidade. Conseqüentemente, é comum encontrar pessoas que adotam "*pontos de vista e prática religiosa que têm a ver não sō com uma, mas com várias religiões, em busca de uma filosofia própria*". SOUZA et al.³⁵ afirmam que: o Concílio Ecumênico Vaticano II, apresenta como um dos temas: "A liberdade religiosa, ou o direito da pessoa e da comunidade à liberdade em matéria religiosa", e ressaltam que, toda pessoa tem o direito de professar uma crença religiosa e de praticá-la, ficando assim, livre o direito do homem ao culto religioso.

Os resultados referentes aos demais itens "Suas necessidades de saúde", "Suas vivências", "Sua liberdade" receberam menor freqüência de respostas. Pode-se pois inferir que esses aspectos não têm merecido a devida importância por alguns enfermeiros que atuam nas instituições hospitalares onde

se realizou o estudo.

Outro dado a destacar, refere-se ao item "Sua individualidade", onde se verificou (75%) de respostas dos clientes. Este resultado assume particular importância quando se tem em conta a natural tendência à maior emotividade e sensibilidade de pessoas enfermas.

Assim, quando o cliente se mostra exigente e agressivo, pode revelar sua necessidade de ser conhecido como um ser humano. E, nesse contexto, a assistência participativa poderá proporcionar maior conhecimento sobre o cliente e torná-lo mais seguro em relação à equipe de enfermagem.

✓ BRUTSCHER³⁶ analisa a interferência da hospitalização nas condições psicológicas do cliente e afirma: "a hospitalização, mais do que a própria doença, podem perturbar a vida de um paciente e sua família, contribuindo para a inquietação e ansiedade". E, lembra que, freqüentemente, demonstrações de coragem e segurança servem para mascarar uma verdadeira condição psicológica de desconforto e temor, decorrentes da turbulência da internação hospitalar.

Autores como EPSTEIN³⁷ e CASTELLANOS³⁸ oferecem importante contribuição à reflexão e à prática das ações de enfermagem quando desvelam a aparente contradição entre humanismo e tecnologia. SOUZA et al.³⁹, são consistentes com esse posicionamento quando dizem que o processo de humanização é vivencial e, por isso, envolve as pessoas e o próprio ambiente. No caso do cliente hospitalizado, faz-se pois necessário, considerar as peculiaridades de cada momento, visando a oferecer-lhe

o tratamento a que tem direito, como pessoa humana. Nesse sentido, é indispensável considerá-lo em sua totalidade biopsicosocioespiritual e oferecer-lhe atendimento individualizado.

Decorre daí o equívoco de se procurar atender apenas as necessidades de natureza biológica do cliente. A esse respeito, cumpre salientar que, apesar de complexas é desafiadoras, as necessidades de ordem psico-espiritual são fundamentais e exclusivas da natureza humana. SOUZA et al.⁴⁰ lembram contribuições importantes da antropologia, que comprovam que a religião faz parte de todas as culturas, isto porque o sentimento religioso constitui parte importante do esforço do homem no sentido de compreender sua relação com o universo. Admitindo-se essas colocações, parece evidente que, em situações difíceis, como pode ser a de hospitalização, é compreensível que a pessoa procure apoiar-se em alguma crença que re presente força e incentivo para lutar.

Pelo exposto, fica clara a existência de uma relação dialética entre humanismo e tecnologia. Veja-se que um cliente hospitalizado necessita de medidas terapêuticas e, portanto, de tecnologia para que o tratamento atinja êxito. Tais procedimentos, embora necessários, podem ser insuficientes, uma vez que, em muitos casos, o estado emocional pode estar tão comprometido quanto o físico. Esse ponto de vista é reforçado por SOUZA et al.⁴¹, quando afirmam que "os distúrbios psicológicos representam complicações potenciais de qualquer doença grave". Decorre daí, segundo esses autores, a impor

tância de que a equipe de enfermagem manifeste, ao mesmo tempo, conhecimento técnico-científico e atitude humana, afeto e sensibilidade na sua interação com o cliente.

Retomando a relação entre humanismo e tecnologia, BRUTSCHER⁴² destaca a necessidade de muito empenho para que o progresso científico e tecnológico não venha a esvaziar a enfermagem de seu conteúdo humano. Explicita ainda a premência de integrar, no exercício profissional, os recursos da tecnologia com a compreensão científica da personalidade do cliente, para que seja mantida a assistência em nível de um ser humano, com sua individualidade, sentimentos e pensamentos e não como um "amontoado de sinais, sintomas e reações".

LEONI⁴³, quando aborda a relação enfermeiro/cliente, também enfatiza o aspecto humanista e os fatores psicológicos envolvidos nessa relação. Nesse trabalho, a autora destaca as grandes expectativas do cliente para com o enfermeiro, que poderiam ser resumidas em: interesse, compreensão, honestidade. E esclarece:

"A maneira como cuidamos dele, o que dizemos, o que fazemos e como fazemos — nos trará se nos preocupamos ou não com ele, se estamos ou não suprimindo suas carências."

A partir da análise desse conjunto de atitudes, é viável inferir que o cuidado de enfermagem é terapêutico e fundamentado em valores humanos.

É importante mencionar que nem sempre é possível atender a todas as expectativas, havendo casos em que se faz necessário atuar tendo em vista minimizar tais expectativas. A esse respeito, GATTÁS⁴⁴ sugere a existência de dife-

rentes alternativas. Com apoio em FREITAS⁴⁵, a autora aponta que modificações nas expectativas do cliente podem resultar de acontecimentos casuais. Podem, entretanto, ser consequência de um trabalho estruturado, programado de forma objetiva com a intenção de desenvolver uma proposta formalizadora de adequação das mudanças a determinadas metas: a solução de problemas da personalidade e da vida do cliente.

É evidente que uma relação existe, ou se realiza somente quando dois seres humanos estão predispostos a concretizá-la. Decorre daí a necessidade de que se tenha em mente os dois pólos da relação: o enfermeiro e o cliente. De acordo com LEONI⁴⁶, além do traço característico de racionalidade, o ser humano se distingue das outras espécies animais por meio da racionalidade, capacidade de modificar e ser modificado, aptidão para antecipar condutas e de elegê-las, de afetividade consciente e de comunicação. Por meio da racionalidade e da afetividade consciente, entre tantos outros atributos,

"o homem-enfermeiro tem condições de estruturar sua conduta frente ao cliente - homem doente-homem que naquele determinado momento necessita de efetiva ajuda."

O que se pretende ressaltar aqui, é que o enfermeiro é um ser humano, da mesma forma como o cliente e que, a relação é afetada por fatores externos e internos a ambos.

Entre os fatores internos ao enfermeiro, LEONI⁴⁷ enfatiza a predisposição para a ajuda aos semelhantes. Para isso o enfermeiro estudou e preparou-se. Nesta perspectiva, a autora destaca:

✓ "A preocupação que a saúde do outro lhe suscita é o motivo pelo qual ele faz algo: torna-se um enfermeiro. Mas isso não é suficiente; ele precisa preparar-se para fornecer efetiva ajuda ao outro".

Perfil do Enfermeiro

No presente estudo, o perfil do enfermeiro é deli-
neado a partir dos seguintes indicadores: cargo ou função e-
xercida e habilitação (graduação e pós-graduação). Os dados
referentes a esses aspectos serão analisados a seguir, toman-
do como referência as informações das tabelas 9, 10 e 11.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO
CARGO OU FUNÇÃO PRINCIPAL EXERCIDA

CARGO OU FUNÇÃO PRINCIPAL EXERCIDA	f	%
Enfermeiro líder	24	48,00
Enfermeiro de cabeceira	20	40,00
Enfermeiro chefe de setor	6	12,00
TOTAL	50	100,00

Como se pode verificar na presente Tabela, os 50 enfermeiros do estudo distribuíram-se em três funções: enfermeiros de cabeceira, enfermeiro líder e enfermeiro chefe de setor. Entre essas funções, a predominante foi a de enfermeiro líder, com 48%, seguida de enfermeiros de cabeceira, com 40%.

Cabe salientar que a função de enfermeiro líder não é comum em instituições hospitalares brasileiras; pode ser considerada como inovação, utilizada somente em alguns hospi

tais universitários. Nota-se que este estudo desenvolveu-se em duas dessas instituições, mas somente numa delas encontrou-se a função de enfermeiro-líder.

Considerando que este profissional possui atribuições relacionadas principalmente com o cuidado direto com o cliente, da mesma forma que o enfermeiro de cabeceira (40% dos entrevistados do estudo), pode-se inferir que a grande maioria dos profissionais aqui investigados exercia funções específicas da área de enfermagem. Somente 12% atuavam em funções de chefia, ou seja, dedicavam-se predominantemente às atividades administrativo-burocráticas.

Esse resultado parece especialmente interessante na medida em que permite verificar que 88% dos enfermeiros exerciam com predominância funções específicas de enfermagem. A relevância dessa constatação é destacada, caso se considere que, no contexto brasileiro ainda se convive com o problema crucial da carência de profissionais de enfermagem.

De acordo com a OMS, para que se consiga realizar em nível satisfatório as ações preventivas e de recuperação de saúde, o mínimo necessário é de 01 (um) médico e 02 (dois) enfermeiros para cada grupo de 1000 habitantes. Segundo dados do IBGE, obtidos através do Censo Demográfico de 1980, no Brasil essa relação apresentava-se da seguinte forma: 01 (01) médico por 1.140 habitantes e de 01 (um) enfermeiro para 6.580 habitantes.⁴⁸

Essa informação permite verificar que, entre os diferentes problemas relacionados à infraestrutura nacional pa

ra realização de ações de saúde, cabe destacar o da falta de pessoal habilitado. Em 1980, o país precisaria de 203.000 enfermeiros, para atender ao critério da OMS e dispunha de ... 13.663⁴⁹ ... Tal problema parece agravado por dois outros, a ~~ela~~ associados: o do emprego racional desses profissionais e o da sua distribuição. Em outras palavras, quando se reflete sobre esses pontos, cabe ter em mente que, além de o país se deparar com número insuficiente de médicos e de enfermeiros, em muitos casos, são atribuídas aos profissionais, tarefas que poderiam ser realizadas por outras pessoas, pois não configuram ações específicas de medicina ou de enfermagem. O agravante, nesse caso, é que os profissionais de saúde são levados a ocupar parte de seu precioso e escasso tempo em atividades que podem caracterizar-se como desvio de função.

Outro problema, relacionado ao anterior em termos de política de pessoal de saúde no plano nacional diz respeito à concentração dos profissionais em determinadas regiões. Decorre daí que tem-se, no Brasil no final do século XX, ainda um grande número de municípios que não dispõem de serviço médico e de enfermagem, segundo MELLO FILHO, in PETRY & SCHNEIDER⁵⁰.

Esses dados referem-se à década de 1970, uma vez que o próximo Censo Demográfico só ocorrerá em 1990, quando se poderá dispor de informações mais sistemáticas relativas a década de 80. Mas, pelo que se contempla na política de pessoal de saúde no período, não se encontra qualquer indicador concreto que permita esperar mudança significativa nesse quadro.

Considerando-se ainda a grande carência de profissionais de enfermagem, conforme se mencionou anteriormente, pode-se afirmar embora não se disponha de dados atualizados, que o problema da má distribuição de enfermeiros no Brasil se manifeste com maior intensidade do que a de médicos.

Esse problema está relacionado com questões salariais e de condições de trabalho que, por sua vez, vinculam-se à política social brasileira.

Vendo-se a questão sob esse ângulo, as perspectivas não são animadoras. Quando aborda essa problemática, CASTELLANOS⁵¹ fundamenta-se em estudo sobre as funções da enfermeira de Saúde Pública, realizado por PEÑA. E afirma:

"(...) a escassez de profissionais de enfermagem dificulta, sem dúvida, a observação dos dispositivos legais. Entretanto, cabe dizer que para incentivar a procura da profissão pela juventude brasileira, é requisito criar condições para o seu desenvolvimento. Portanto, se o enfermeiro no presente é um profissional escasso, cada vez mais o será, se não contar com condições mínimas para exercer sua profissão... Em geral, ninguém se submete a uma preparação demorada e dispendiosa, se depois não encontrar recompensa moral, profissional e econômica a seu esforço".

Esse problema ainda se torna mais crítico, quando associado ao mau aproveitamento desses profissionais.

✓ ALVIM et al.⁵², realizaram estudos na Fundação SESP, Escola de Saúde Pública, para identificar as atividades que absorviam com predominância, o tempo de trabalho de enfermeiros. E os resultados da investigação são elucidativos:

"Na parte da manhã, o enfermeiro gasta mais da metade de seu tempo com orí-

entação individual a outros profissionais e, em seqüência, ocupa-se com atividades administrativas".

Na parte da tarde, a distribuição do seu tempo é estabelecida com cuidados diversos e ensino ao paciente. Note-se:

"praticamente é gasto tanto tempo longe do paciente, quanto em atividades desenvolvidas em sua presença".

Na mesma linha de raciocínio, encontram-se os trabalhos de HORTA, in CASTELLANOS⁵³. Segundo esses estudos, a maioria dos enfermeiros exerce atividades administrativas deixando que atendentes ou auxiliares de enfermagem executem as atividades de cuidado ao cliente. E acrescenta:

"(...) sendo esta delegação, sem risco de erro, em 95% dos casos, realizada de maneira absolutamente empírica".

Eis porque acredita-se positivo o resultado do estudo referente a que 88% dos enfermeiros tinham seu exercício profissional em ações prioritárias de sua área de trabalho.

✓ TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO HABILITAÇÃO

HABILITAÇÃO	f	%
Licenciatura em Enfermagem Obstétrica	3	6,00
Enfermagem Médico-Cirúrgica	23	46,00
Enfermagem Obstétrica	12	24,00
Enfermagem de Saúde Pública	12	24,00
TOTAL	50	100,00

Esta tabela mostra a predominância de enfermeiros habilitados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, totalizando 46%; obtêm-se, em seguida, uma homogeneidade quantitativa entre as habilitações em Enfermagem Obstétrica (24%) e de Saúde Pública, com o mesmo percentual.

Considerando a unidade onde se realizou o estudo (Cirurgia Geral), era esperado que se encontrassem, em maior número, enfermeiros habilitados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por outro lado, a situação detectada pode manter relação com a política de contratação em hospitais, cuja tendência recai sobre a área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta orientação contradiz a filosofia educacional vigente e até mesmo a Política Nacional de Saúde, que dá prioridade à prevenção primária, aspecto este amplamente focado nas Habilitações de Enfermagem de Saúde Pública. De forma paralela, as Escolas de Enfermagem têm inserido as disciplinas do curso de Licenciatura ao longo do currículo da graduação. Outro dado a salientar, diz respeito à presença de (6%) de profissionais de enfermagem habilitados em Licenciatura. Esse achado poderia manter relação com o reduzido mercado de trabalho para esse grupo de profissionais, em atividades especificamente vinculadas ao ensino. Entretanto, contemplando-se a realidade da educação escolar no Brasil, pode-se detectar, entre muitos outros problemas, o da absoluta deficiência de programas na área de Enfermagem Escolar.

Tendo em vista o desenvolvimento de ações de Saúde Pública, num enfoque preventivo, ganha destaque a Educação

para a Saúde e as ações primárias de saúde. Caso se assuma essa prioridade, num plano que ultrapasse o da retórica, naturalmente é de esperar o planejamento intensivo e extensivo da Enfermagem Escolar, junto a estudantes, professores e a respectiva comunidade. E, em tal contexto, com segurança pode-se afirmar que profissionais licenciados em Enfermagem não estarão disponíveis para atuar em unidades cirúrgicas..

✓ TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O INTERESSE POR EDUCAÇÃO CONTINUADA

CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	f	%
1. Stricto Sensu		
Mestrado	1	2,00
2. Lato Sensu		
Administração em Serviços de Enfermagem	3	6,00
Enfermagem do Trabalho	2	4,00
Metodologia da Assistência	1	2,00
✓ 3. Não realizaram cursos de pós-graduação	44	88,00
TOTAL	50	100,00

Conforme realçado na Tabela acima, elevado percentual de enfermeiros (88%) não realizaram qualquer tipo de curso de pós-graduação.

A atualização de enfermeiros é questão particularmente problemática. Para analisar este aspecto, além da necessidade de permanente reciclagem que as diferentes catego

rias profissionais requerem, cabe também lembrar dois pontos fundamentais: por um lado, a rápida evolução da pesquisa e do conhecimento na área impede que o profissional egresso do curso superior aceite a conclusão dos estudos como momento terminal de seu processo formativo-informativo. Por outro lado, não se pode desconsiderar a falta de estímulo das instituições de formação universitária em geral, que também se faz sentir no curso de enfermagem. Em vista disso, é premente que esses profissionais, em cujos ombros pesam responsabilidades intransferíveis, tenham a preocupação com educação permanente, seja para suprir eventuais lacunas em sua formação, seja com fim de atualização ou aperfeiçoamento.

NASCIMENTO⁵⁴ oferece contribuição importante para a reflexão sobre a necessidade de educação continuada do enfermeiro. Segundo a autora mencionada, o estudante egresso do curso de Enfermagem não pode ser considerado como um produto final. Isso porque o diploma, por si só, não é indicador de que sua formação está completa: sugere apenas o preenchimento de certos requisitos para uma vivência posterior na profissão escolhida. Em outras palavras: o curso propiciou as condições básicas, com seus princípios e conceitos, que deverão ser desenvolvidos através de processo de educação permanente.

Tendo presente essa realidade, NUÑEZ & LUCKESI⁵⁵ salientam que, para assegurar a assistência ao cliente em nível qualitativo desejável, a educação em serviço é alternativa básica. Segundo o ponto de vista das autoras citadas, por

meio de um processo educativo atualizado e coerente com as necessidades específicas da área, esse processo educativo contribui para manter o pessoal valorizado e capaz de manifestar bom desempenho profissional.

É conveniente analisar as áreas para onde se dirigem aqueles profissionais que buscam ampliar seus conhecimentos através de cursos de pós-graduação. Observa-se que, desses, o maior percentual (6%) realizou Especialização na área administrativa e somente (2%) procuraram especializar-se em Metodologia da Assistência de Enfermagem. Confrontando-se esses dados, pode-se inferir que poucos enfermeiros buscaram o apoio de uma educação continuada efetiva e, entre os que o fizeram, o menor percentual dirigiu-se à área voltada ao aprofundamento do trabalho com o cliente.

Esses resultados revelam sérias distorções no que diz respeito à formação e à adequação entre o profissional e a área onde trabalha. No caso presente, seria necessário o incremento de estudos complementares em nível de pós-gradua - ção na área de Metodologia da Assistência de Enfermagem. Isso porque, em termos gerais, essa área compreende conteúdos e experiências fundamentais às ações de enfermagem junto ao cliente.

Formas de Participação do Enfermeiro
no Processo Terapêutico

Outro aspecto focalizado pelo estudo diz respeito às formas de participação do enfermeiro no processo terapêutico. Os resultados do estudo referentes a esse objetivo são abaixo apresentados.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO FORMAS DE PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO TERAPÊUTICO DO CLIENTE

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
. Orientando sobre as normas e regimento da instituição hospitalar	33	66,00	17	34,00	50	100,00
. Orientando sobre as facilidades da instituição	22	44,00	28	56,00	50	100,00
. Prestando informações claras e concisas	49	98,00	1	2,00	50	100,00
. Prestando cuidados	50	100,0	-	-	50	100,00
. Participando do processo terapêutico do cliente:	48	96,00	2	4,00	50	100,00
- no planejamento	43	86,00	7	14,00	50	100,00
- na supervisão	42	84,00	8	16,00	50	100,00
- na execução	43	86,00	7	14,00	50	100,00
- na avaliação diária e contínua da evolução clínica - cirúrgica	44	88,00	6	12,00	50	100,00
. Orientando o cliente sobre como participar de tarefas simples	46	92,00	4	8,00	50	100,00
. Estimulando a participação do cliente no processo terapêutico	39	78,00	11	22,00	50	100,00
. Estimulando a participação da família no processo terapêutico	24	48,00	26	52,00	50	100,00
. Orientando o cliente para a alta hospitalar	36	72,00	15	30,00	50	100,00
. Orientando o cliente para o autocuidado	31	62,00	19	38,00	50	100,00

Entre as formas predominantes de participação do enfermeiro no processo terapêutico, encontram-se as seguintes, por ordem de frequência: *prestando cuidados (100%); prestando informações claras e concisas (98%); participando do processo terapêutico do cliente (96%), seja na avaliação diária e contínua da evolução clínica-cirúrgica (88%), no planejamento (84%) ou ainda orientando o cliente sobre como participar de tarefas simples no seu processo terapêutico (92%).*

Esses resultados sugerem o envolvimento do enfermeiro em atividades de assistência ao cliente, o que, por sua vez permite refletir a respeito da sua relação com o mesmo.

Sobre esse aspecto, PESSINI⁵⁶ oferece importantes esclarecimentos e sugestões. Salientando a interação, fundamentada no diálogo, no respeito e simplicidade, o autor⁵⁷ destaca, entre outros pontos: 1º) a apresentação, quando o cliente será informado sobre quem é o profissional, qual sua função no hospital e motivo da visita; 2º) criação de clima para interação favorável, tendo em mente a realidade física do hospital. A esse respeito, o autor sugere a formulação de perguntas apropriadas, que revelem interesse, respeito e vontade de ajudar. Aqui ganha destaque a habilidade de saber ouvir.

Os resultados do estudo, expressos na Tabela 12, indicam que a prática profissional dos enfermeiros que participaram do estudo entra em contradição com o que se propõe teoricamente, quanto à orientação e à relação com o cliente e com sua família. Esse ponto de vista é reforçado quando se examina a tabela referida com vagar, centrando a atenção nas fre-

quências mais elevadas da coluna "não". Com tal procedimento, pode-se encontrar por exemplo, "Orientando sobre as facilidades da instituição" (56% de respostas negativas); "Estimulando a participação da família no processo terapêutico" (52%) e "Orientando o cliente para o autocuidado" (38%), verificando-se também que a ação voltada para a integração do cliente e família no processo terapêutico, parece estar ainda sendo relegada a segundo plano. O mesmo parece aplicar-se ao autocuidado, tal qual o defendem, entre outros, os trabalhos de MINKLER⁵⁸, NORONHA⁵⁹ e POLETI⁶⁰.

De uma maneira geral, pode-se entender autocuidado como o conjunto de ações que os indivíduos realizam tendo em vista a manutenção de sua vida, saúde e bem-estar (OREM⁶¹). Nesse contexto, são destacadas por LEVIN⁶², as ações voltadas, tanto para a prevenção e promoção da saúde, como para a identificação e tratamento das doenças.

Apoiando-se em LEVIN & OREM, NORONHA⁶³ oferece importante contribuição para que se compreenda o sentido e a direção que se deve atribuir ao autocuidado. Para a autora citada, o autocuidado é entendido em enfermagem como o conjunto de práticas que colocam como núcleo a pessoa do cliente, e que buscam a prevenção e promoção da saúde, numa perspectiva bem abrangente.

Com referência a esse aspecto é oportuno ter em mente que o ser humano deve ser compreendido sempre em interação com o meio-ambiente. Decorre daí que as ações do autocuidado não são inatas, mas decorrem de aprendizado.

Conforme salienta POLETI⁶⁴, as atividades referidas mantêm íntima relação com as crenças, costumes e práticas do grupo a que pertence a pessoa.

Numa primeira abordagem, poder-se-ia incluir, por exemplo, o cuidado de higiene, hábitos nutricionais e de imunização, que costumam apresentar certas variações em diferentes classes sociais. Por outro lado, o autocuidado mantém alguma relação com idade. NORONHA⁶⁵ e OREM⁶⁶ lembram que, via de regra, os adultos costumam cuidar de si voluntariamente; entretanto crianças, pessoas muito idosas e/ou muito debilitadas tendem a requerer parcial ou total cuidado alheio.

Em face do exposto, acredita-se oportuno o alerta de POLETI⁶⁷, para o fato de que o autocuidado é consequência de decisão pessoal, cujo fundamento pode assentar-se no patrimônio cultural e/ou na experiência. Em verdade, a idéia de autocuidado traz implícito o reconhecimento de que cada indivíduo é o primeiro responsável por sua saúde. Considerando-se as diferenças de capital cultural e de história particular de vida, faz-se necessário mobilizar cada cliente para que utilize seu potencial em benefício de sua saúde (LEVIN⁶⁸).

Outro aspecto importante é destacado por CHANG⁶⁹ e PAIM⁷⁰, quando apontam a íntima ligação existente entre autocuidado e a participação consciente e efetiva do cliente no sentido da manutenção de um estado satisfatório de vida e de saúde. Segundo PAIM⁷¹, estimulando-se o autocuidado, evitar-se-á o cuidado imposto, cujos resultados tendem a manifestar-se adversos. A esse ponto, parece possível acrescentar o pro

vável aumento da satisfação do cliente, na medida em que se perceba como sujeito e participante de um processo que lhe diz respeito mais do que a ninguém.

Outro fundamento para a prática do autocuidado vincula-se à ampliação das possibilidades de conhecimento básico do cliente e do seu senso de auto-valorização.

ALMEIDA⁷², aponta o autocuidado como

"a prática de atividade que indivíduos iniciam e realizam em seu próprio favor da manutenção da vida, saúde e bem-estar. Normalmente, os adultos cuidam de si próprios voluntariamente. Infantes, crianças, idosos, doentes e incapazes necessitam de completo cuidado ou assistência com atividades de autocuidado (...)."

Limitações à Participação do Enfermeiro

✓ TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO LIMITAÇÕES ENCONTRADAS PARA PARTICIPAR NO PROCESSO TERAPÊUTICO

LIMITAÇÕES ENCONTRADAS	f	%
Sobrecarga das atividades exercidas	24	48,00 ✓
Dificuldade de integrar o cliente no processo do autocuidado	5	10,00
Falta de tempo, pessoal e material	21	42,00 ✓
TOTAL	50	100,00

Examinando-se a Tabela acima, verifica-se que, para 48% dos enfermeiros, a sobrecarga das atividades exercidas representa a principal dificuldade à sua participação no pro

cesso terapêutico. Em seqüência, encontrou-se falta de tempo, pessoal e material, referido por 42% dos profissionais entrevistados.

Estes resultados encaminham à reflexão para uma análise mais apurada das condições de trabalho do profissional enfermeiro. E, em vista disso, pode-se inferir que essas dificuldades estejam calcadas na falta de logística de trabalho, tão enfocada por CALDAS⁷³.

Quando aborda o processo decisório, a autora cita da lembra que enfermagem é trabalho de equipe, visando à consecução de objetivos que requerem a participação do pessoal técnico e auxiliar.

SOUZA⁷⁴, estabelece a relação da Enfermagem com outras ciências e áreas de conhecimento: Anatomia, Fisiologia, Bacteriologia, Bioquímica, Medicina, Psicologia, Ética, Direito, Sociologia e Religião. Entre essas, a autora referida destaca as Ciências Médicas, com quem a Enfermagem mantém maior vínculo. A esse respeito, para SOUZA⁷⁵ salienta:

"Nos trabalhos pré e pós-operatórios, na permanente assistência nas enfermarias, nos cuidados exigidos para cada caso, no cumprimento às determinações quanto às prescrições do facultativo nas operações, nos tratamentos de qualquer natureza, a Enfermagem estabelece um verdadeiro vínculo entre a ciência e a arte, representa um elo necessário no encadeamento de providências indispensáveis a preservar a saúde e a vida".

Esse relacionamento é tão íntimo, segundo SOUZA⁷⁶, que o progresso da medicina incentiva e promove necessariamente o aperfeiçoamento da Enfermagem.

Para a autora referida, o vínculo entre a prática da Enfermagem e a Psicologia se manifesta principalmente nas atribuições do enfermeiro quanto ao "*estudo das predisposições, do comportamento e das reações do paciente, orientando-o de acordo com a sua capacidade de sentir e reagir (...).*"

A integração do enfermeiro, intra equipe e entre equipes, no âmbito do hospital dar-lhe-á melhores e mais enriquecedores elementos para envolver-se na tomada de decisão e na ação propriamente dita.

Apoiando-se em OISHAUGHENESSY, CALDAS⁷⁷ aponta as seguintes etapas como fundamentais ao processo decisório: estabelecimento de objetivos, identificação de possíveis cursos de ação, identificação das consequências, estabelecimento de critérios para avaliar as consequências, definição de regras de decisão.

Como se pode verificar, a complexidade e importância dessas atividades, para o êxito das ações de enfermagem, requer um mínimo de condições. Essa colocação ganha relevo, caso se considere que a tomada de decisão, na abordagem ora mencionada, envolve seleção de alternativas referentes a ações técnicas e administrativas. Isso porque a decisão e a ação executória precisarão contar com a participação das equipes dirigentes e também do pessoal de apoio, situado em posição hierarquicamente inferior.

A despeito de as idéias supramencionadas não constituírem grande novidade na bibliografia referente à teoria administrativa em geral, e à administração hospitalar em par-

ticular, a prática dos hospitais ainda se manifesta distante do que se propõe teoricamente. Tomando-se como foco de análise os resultados do presente estudo, fatores como sobrecarga de trabalho, falta de tempo, de material e similares estão obstruindo o processo de decisão e de ação dos enfermeiros. Na perspectiva de CALDAS⁷⁸, tais obstáculos, além de produzir insatisfação profissional, que costumam prejudicar os resultados do trabalho. Cabe ainda lembrar que, por vezes, a falta de planejamento é fator que pode conduzir à sensação de sobrecarga de trabalho, de falta de tempo e até de recursos... Não é sem motivo que, em países pobres, costuma-se dizer que planejar é administrar a escassez.

Formas de Participação do
Cliente no Processo Terapêutico

✓ TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO

PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
. Prestando informações claras para o diagnóstico e evolução	45	90,00	5	10,00	50	100,00
. Praticando os exercícios de forma voluntária	27	54,00	23	46,00	50	100,00
. Sugerindo medidas que gostaria de receber e/ou oferecer à equipe	10	20,00	40	80,00	50	100,00
. Verificando o plano de assistência que lhe foi determinado	6	12,00	44	88,00	50	100,00
. Auxiliando a equipe	45	90,00	5	10,00	50	100,00
. Ajudando no cuidado aos outros clientes	37	74,00	13	26,00	50	100,00
. Avaliando e participando da avaliação da assistência	7	14,00	43	86,00	50	100,00
. Colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos	43	86,00	7	14,00	50	100,00
. Comparecendo às atividades educativas como:	13	26,00	37	74,00	50	100,00
✓ - ouvinte	5	10,00	45	90,00	50	100,00
✓ - colaborador	5	10,00	45	90,00	50	100,00
. Iniciando o autocuidado	18	36,00	32	64,00	50	100,00

Podemos verificar na Tabela 14, pelas frequências de respostas na coluna "sim", que, na opinião dos entrevistados, as formas predominantes de participação do cliente são as seguintes: "Prestando informações claras para o diagnóstico e evolução" (90%); "Auxiliando a equipe" (90%) e "Colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos" (86%).

No extremo oposto, as menores frequências de respostas positivas referem-se a: "Comparecendo às atividades educativas como ouvinte" (10%); "Como colaborador" (10%). Esses dados merecem uma análise cuidadosa, especialmente quando se considera que também os clientes foram entrevistados a respeito. E, em face da consistência entre essas respostas, é possível inferir acerca da inexistência de oferta desse tipo de atividades nas unidades investigadas. Em vista disso, caberia perguntar: O que determina esse fenômeno? Falta de recursos? Falta de tempo? Despreparo dos profissionais de enfermagem para promover atividades educativas? Baixa valorização atribuída pelos enfermeiros às atividades dessa natureza? Seja qual for a explicação, cabe lembrar a esse respeito, a importância de que o trabalho de assistência seja complementado por ações de cunho formativo-informativo.

Na opinião de COMARU⁷⁹, a atitude de profissionais da área da saúde pode ser entendida como sério obstáculo à participação das pessoas em processo de prevenção/recuperação da saúde. Segundo a autora mencionada, essa atitude tem sua raiz na insegurança de grupos profissionais, que se sentem ameaçados pela possibilidade de que a população venha a apropriar -

se de conhecimentos até então sob seu exclusivo domínio.

Quando defende a necessidade de socializar esses conhecimentos, COMARU⁸⁰ lembra a premência de que a comunidade de esteja informada e assim torne-se capaz de

"identificar suas necessidades em termos de aprendizagem em saúde, aprender os métodos mais adequados à sua realidade e ter a liberdade de decidir por adotá-los."

Dessa forma, a pessoa passa a ser sujeito das ações de saúde, sujeito do autocuidado, tendo em vista o próprio benefício.

Outras formas de participação dos clientes que obtiveram baixa frequência de respostas positivas dos enfermeiros foram: "Verificando o plano de assistência que lhe foi de terminado" (12%) e "Avaliando e participando da avaliação da assistência" (14%), e finalmente, "Sugerindo medidas que gostaria de receber e/ou oferecer à equipe" (20%).

Por essas respostas, inferimos acerca de uma postura com certa tendência autoritária de alguns enfermeiros em relação aos clientes. Veja-se que os resultados referidos sugerem uma expectativa de passividade do cliente quanto à assistência que lhe é prestada. Nessa linha de pensamento, somente os profissionais, que detêm conhecimento técnico é que sabem o que convém ou não à determinada situação. Vendo-se a questão por este ângulo, para esses enfermeiros, cliente poderia ser entendido não somente como aquele que padece em função de moléstias, mas também como quem deve manifestar atitude passiva em face de outro agente, ainda que essa ação diga respeito a algo que lhe é muito próprio: "sua saúde".

Outro aspecto que parece merecer cuidadosa atenção refere-se a "Iniciar o autocuidado", que obteve 64% das respostas negativas. Está aqui reiterada a visão do cliente como alguém passivo, incapaz até mesmo de cuidar de si próprio.

A relação desigual do enfermeiro no cuidado da pessoa doente é salientada por COMARU⁸¹, que identifica uma postura tradicional, paternalista e assistencial. Diz a autora:

"O doente é passivo, é objeto. Há toda uma estrutura de saber-poder, que assume tudo por ele. A família, hoje como ontem, quase sempre é lembrada somente na hora da alta."

Nessa perspectiva, não se tem em mente a possibilidade de participação da família no cuidado do cliente. Isso porque os familiares são privados de informações sobre a doença, seus determinantes, evolução e resultantes e ainda sobre os tratamentos em execução e por realizar. Mas, ressalta COMARU⁸²,

"por ocasião do retorno, ou na ocorrência de complicações, a família é acusada de ter omitido algum cuidado ou de ter retardado o processo de convalescença",

o que, obviamente, desqualifica a ação familiar e aumenta a dependência do cliente.

A omissão de informações da equipe de saúde ao cliente foi corroborada em estudo realizado no Rio de Janeiro, por COMARU⁸³ junto a 53 clientes, acometidos de câncer e em tratamento hospitalar. Dessa população, os resultados da pesquisa indicam que somente 13, ou seja 24,5%, conheciam seu estado, tratamento e prognóstico. Diante da evidente sonegação de informações a grande maioria dos clientes, a autora formu

lou duas questões que, por sua seriedade, merecem reflexão e providências. As questões são as seguintes: "Como fazer para alterar a posição de passividade de paciente, para que ele se torne ativo, sujeito, cliente? (...) Será que os profissionais de saúde e as instituições desejam, de fato, que este paciente se torne cliente, participe de sua terapêutica e assumam finalmente o autocuidado?"

Aspectos Observados na
Preparação do Cliente

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO ASPECTOS OBSERVADOS NO PREPARO DO CLIENTE PARA PARTICIPAR DO PROCESSO TERAPÊUTICO

ASPECTOS VISADOS NO PREPARO DO CLIENTE	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
. Indivisibilidade do ser humano	28	56,00	22	44,00	50	100,00
. Necessidades mais afetadas	37	74,00	13	26,00	50	100,00
. Ajuda nas dificuldades	38	76,00	12	24,00	50	100,00
. Experiências e vivências	16	32,00	34	68,00	50	100,00
. Sentimento de liberdade	11	22,00	39	78,00	50	100,00
. Modo de agir e de pensar	11	22,00	39	78,00	50	100,00
. Ritmo de cada pessoa	16	32,00	34	68,00	50	100,00
. Sistematização da participação	18	36,00	32	64,00	50	100,00

De acordo com as informações constantes na Tabela 15, pode-se verificar que, na preparação do cliente para participar do processo terapêutico, os aspectos visados com pre

dominância são: "Ajuda nas dificuldades" (76%), "Necessidades mais afetadas" (74%) e "Indivisibilidade do ser humano" (56%), além de "Explicitações de experiências e vivências" (32%) e "ritmo de cada pessoa" (32%).

Apesar de que dois aspectos — "Ajuda nas dificuldades" e "Necessidades mais afetadas", encontram-se em torno de 75% de respostas positivas, as informações da Tabela citada constituem motivo de forte preocupação. Note-se que aspectos fundamentais numa relação de ajuda obtiveram frequências elevadas de respostas negativas. Entre essas, cabe salientar, por exemplo, "a individualidade do ser humano", com 44% de respostas negativas, "experiências e vivências do cliente" e "ritmo individual", com 68% de respostas negativas; "o sentido de liberdade" e "modo de agir e pensar", ambas com 78% de respostas negativas...

Em face desses resultados, a pergunta que, em primeiro lugar, ocorre ao pesquisador é a seguinte: desconsiderada a maior parte dos aspectos que, a rigor, constituem ou expressam a pessoa do cliente, como se pode esperar que esse cliente participe do processo terapêutico? Para responder devidamente a essa questão, cabe reafirmar que o cliente precisa ser visto em sua globalidade, como ser que tem necessidade de situar-se no tempo e no espaço. A hospitalização é uma experiência que pode representar a quebra de uma rotina de vida, tendo potencialmente, como conseqüências, a ansiedade, a insegurança e a angústia. Em vista disso, é fundamental que seja dedicada particular atenção às necessidades, expectati -

vas, características e ritmo próprio de cada cliente.

De acordo com TAKITO et al.⁸⁴, nesse processo, entre muitos aspectos, que devem ser respeitados, o direito à ^{a vida} intimidade é um fato universalmente aceito e debatido, mas nem sempre exercido. Essa distorção parece mais evidente quando se trata de hospital de ensino, onde, por vezes, os clientes são expostos aos seus companheiros, visitantes, ou outras pessoas, durante a realização do tratamento, sem que se tenha em mente preservar sua privacidade.

Apoiando-se em IRVING, LEONI⁸⁵ menciona duas grandes responsabilidades, fundamentais à equipe de enfermagem: o estabelecimento de um relacionamento terapêutico com o cliente, de forma individualizada e o estabelecimento de um ambiente terapêutico para todos os clientes. Nesse contexto, compete ao enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde, identificar as necessidades do cliente, confirmar essas necessidades junto ao mesmo e responder, dentro das possibilidades, às expectativas e desejos.

Ainda para analisar os resultados expressos na Tabela 15, cabe lembrar contribuições como as de LEONI⁸⁶, quando ressalta que o enfermeiro ao prestar cuidados ao cliente, precisa fundamentar seu trabalho na consideração de que o cliente é uma pessoa necessitando de ajuda. Assim entendida, a relação enfermeiro/cliente tem por propósito facilitar o alcance de necessidades de integração, identidade e auto-realização, possibilitando, ainda no contexto hospitalar, o cresci-

mento individual. Essa é uma tarefa complexa e requer o aproveitamento de vivências e de experiências anteriores do cliente. Segundo FREITAS⁸⁷ e LEONI⁸⁸, é na relação de ajuda que as experiências humanas se encontram, o que viabiliza a descoberta de novos caminhos, a análise de alternativas e a tomada de decisões.

LEONI⁸⁹ busca em IRVING alguns conceitos básicos que podem orientar a formulação de padrões para o estabelecimento de um enfermeiro eficiente, em sua relação com o cliente. São os seguintes os conceitos:

✓ 1) Para estabelecer um relacionamento que funcione, o enfermeiro tem que aceitar o cliente exatamente como ele é;

2) O único cuidado de enfermagem bem sucedido é o que se baseia na pessoa, não no sintoma, ou na doença;

✓ 3) As pessoas tendem a se comportar de acordo com o que se espera delas;

✓ 4) Uma ação eficiente de enfermagem está relacionada com uma identificação correta do problema;

5) Qualquer ação singular de enfermagem aumenta ou diminui o bem-estar do cliente;

6) A eficiência da ação se baseia na competência técnica e interpessoal do enfermeiro."

SHERTZER & STONE, in LEONI⁹⁰, mencionam as seguintes características, que devem configurar uma relação de ajuda:

"Ter significado para ambas as partes; expressar afeto; mobilizar a pessoa como totalidade, contar com o consentimento prévio dos participantes; apresen-

tar uma das partes que necessita de informação, instrução, conselho, compreensão, apoio ou tratamento que a outra parte pode oferecer; requerer comunicação e interação; ser uma situação estruturada; exigir esforço de cooperação; ser proposta por pessoa acessível e segura; orientar-se e objetivar-se pela mudança."

Como se pode verificar, a maior parte dos critérios orienta-se na direção de vivências, experiências e características de um e/ou de ambos os pólos da relação. De acordo com LEONI⁹¹, essa interação deve manifestar o empenho em oferecer ao cliente as melhores condições possíveis para que seja considerado como pessoa que necessita de ajuda, respeitando-se: sua individualidade, suas necessidades de saúde, sua liberdade, expectativas, crença espiritual e dificuldades.

Isso posto, é evidente que não se poderá contar com a participação efetiva do cliente no processo terapêutico, caso sua individualidade, totalidade e características pessoais sejam desconsideradas.

Estratégias e Recursos Didáticos Empregados
na Preparação do Cliente

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO ESTRATÉGIAS E RECURSOS DIDÁTICOS EMPREGADOS NA PREPARAÇÃO DO CLIENTE PARA A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO TERAPÊUTICO.

ESTRATÉGIAS E RECURSOS DIDÁTICOS EMPREGADOS	f*	%
. Palestras	2	4,00
. Demonstrações	6	12,00
. Orientações	49	98,00
. Leituras	2	4,00
. Projeções	-	-
. Gravuras	2	4,00
. Visitas aos setores	12	24,00
. Discussão de grupo	1	2,00

* Tabela com inexistência de total, devido à diversificação de respostas.

A Tabela 16 demonstra quase unanimidade de respostas quanto às estratégias para preparar o cliente para a participação no processo terapêutico. Veja-se, por exemplo, que "Orientações" alcançou 98% de respondentes. Em ordem decrescente de frequência de respostas, obteve-se "Visitas aos setores" com 24% afirmativas.

Confrontando-se esses resultados com a base teórica do estudo, particularmente no que se refere à fase pré-operatória, parecem evidentes algumas inconsistências. Observe-

se que, nesse caso, encontraram-se atividades que, em função de seus objetivos, podem ser distribuídas em dois grandes grupos: atividades de diagnóstico e atividades de educação para a saúde. Em se tratando dessa última, as ações sugeridas dirigem-se principalmente para: a) demonstrar os cuidados a que será submetido (higiene, tricotomia, diferentes exercícios e similares); b) treinar e estimular a comunicação verbal e não verbal, visando a otimizar a interação e comunicação; c) estimular a participação do cliente em todos os momentos do processo terapêutico, bem como valorizar suas conquistas nesse sentido.

Além dessas ações, são indicadas aquelas indispensáveis à adaptação do cliente ao ambiente físico do hospital e à equipe com quem deverá interagir. Pelo exposto, fica evidente a necessidade do emprego de estratégias cujo dinamismo viabilize, da melhor maneira possível, a eficácia do preparo do cliente para participar do processo terapêutico. Em tal contexto, além de orientações, visitas aos setores e atividades mais normativas, conforme se encontrou no estudo, tornam-se elementos valiosos a dinâmica de grupo e as atividades de simulação. Em síntese, é crucial a realização de toda uma gama de experiências em que o cliente é investido do papel principal, ativo, superando-se, desta forma sua colocação como mero expectador da ação do enfermeiro.

Retomando-se os resultados do estudo, podemos formular a seguinte questão: a falta de dinamismo dos enfermeiros na seleção de estratégias e de recursos que poderiam pre

parar os clientes à participação está relacionada com a importância que atribuem a esse tipo de atividade para o alcance do objetivo citado? Ou, por outro lado, esse fenômeno decorre da reduzida expectativa que atribuem à participação do cliente nesse processo?

Tomando-se como ponto de referência para reflexão o discurso acadêmico, é ponto pacífico atribuir importância à participação do cliente no processo terapêutico e, conseqüentemente, seu preparo para desempenhar a contento essa função. Em outro momento do presente estudo, esses aspectos foram mencionados e analisados.

Entretanto, o discurso é, por si só, insuficiente para que se possa perceber a correspondente prática no âmbito da instituição hospitalar. Esse ponto foi igualmente abordado em tópico anterior da presente investigação e parece manifestar-se também nas atividades de educação para a saúde do cliente hospitalizado, conforme o demonstram os resultados ora apreciados.

Referências Bibliográficas

1. MARCONDES, M. *Clínica médica - propedêutica e fisiopatologia*. São Paulo, Guanabara-Koogan, 1979. p.486.
2. HADDAD, E.G.M. de. *A ideologia da velhice*. São Paulo, Cortez, 1986, p.134.
3. Ibid., p.134.
4. NAHOUN, J.C. A velhice da pessoa. *Revista Médico Moderno*, SP, 1(2):53-55, maio/jun., 1982.
5. Ibid., p.53-55.
6. FRANKL, V.E. *Psicoterapia, terapia e sentido de vida*. 2. ed., São Paulo, Quadrante, 1986, p.352.
7. ALQUERES, H.V. Direito à saúde e formulação de políticas. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 5, Brasília, 1975, p. 31-41.
8. AZEVEDO, A.C. de. Política nacional de saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 6, Brasília, 1977, p.157-171.
9. Ibid., p.157-171.
- ✓ 10. AMORIM, M.T.A.B. Enfermagem - profissão humanitária? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 32(4):359-368, 1979.
11. Ibid., p.359-368.
12. LEININGER, M.M. *Caring - an essential human need*. Proceedings of the three national caring conferences. New Jersey, USA, 1981, p.13.
13. Ibid., p.13.

- ✓ 14. PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. New York, Putnam, 1962, p.323-325.
15. CHAVES, M.M. *Saúde - uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois S.A., 1982, p.128.
- ✓ 16. ROGERS, C. *De pessoa para pessoa - a relação interpessoal, o núcleo da orientação*. São Paulo, Pioneira, 1978, p. 126.
17. AGUDELO, C. *Participacion comunitaria en salud, conceptos y criterios de valoracion*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 1983, p.12.
18. SOUZA, M. de.; POSSARI, J.F.; MUGAIAR, K.H.B. *Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva*. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 5(2):77-79, abr./jun., 1985.
19. *Ibid.*, p.77-79.
20. TAKITO, C. & VALENTE, S.M.T.B. *Ambiente do paciente hospitalizado*. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 3(4):133-136, jul./ago./set., 1983.
21. *Id. ibid.*, p.134.
22. *Id. ibid.*, p.136.
23. EPSTEIN, C. *Interação afetiva na enfermagem*. São Paulo, EPU, 1977, p.165.
24. CASTELLANOS, B.E.P. *Necessidades básicas humanas: "liberdade"*. *Rev. Enf. Novas Dimensões*, SP,4(5):43, 1978.
25. *Ibid.*, p.43.
26. BARNES, E. *As relações humanas no hospital*. Coimbra, Almedina, 1973, p.83-104.

27. CARVALHO, V. de. A relação de ajuda na totalidade da prática de enfermagem. In: *Anais... do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Brasília, 1980, p.65-72.
28. MATOS, L.A. de. *Sumário de didática geral*. 2. ed., Rio de Janeiro, Aurora S.A., 1969, p.462.
29. GONÇALVES, R. *Didática geral*. 8. ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1972, p.380.
30. CARVALHO, I.M. *O processo didático*. 3. ed., Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1974, p.111.
31. PAIM, J.N.S. Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 8, Brasília, 1986, p.53.
32. FERREIRA, C.A. *A enfermagem como profissão*. São Paulo, Pioneira, 1983, p.130.
33. FUERST, E.V. et al. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1974, p.123-128.
34. ARAÚJO, C.P. A problemática da assistência religiosa em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 9(1):27-34, 1975.
35. SOUZA, et al. *Op. cit.*, p.78-82.
- ✓ 36. BRUTSCHER, O.P.S.M. Humanização: enfermeira do centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque*, São Paulo, 14(1):4-6, 1986.
37. EPSTEIN, C. *Op. cit.*, p.163.
38. CASTELLANOS, B.E.P. Algumas reflexões sobre nossa profissão: a enfermagem. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 2(2): 43, nov./dez., 1982.

39. SOUZA, M. de. et al. Op. cit., p.77.
40. Id. *ibid.*, p.18.
41. Id. *ibid.*, p.79.
42. BRUTSCHER, O.P.S.M. Op. cit., p.5.
43. LEONI, M.G. *Auto-conhecimento do enfermeiro - fator im prescindível na relação terapêutica com o cliente. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UNI-RIO, 1987, p.44 (Mimeografado).*
44. GATTÁS, M.L.B. *Relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 4(2):76, abr./jun., 1984.*
45. FREITAS, L.C.T. de. *Por que fazer terapia? São Paulo, Agora, 1985, p.76.*
46. LEONI, M.G. Op. cit., p.4.
47. Id. *ibid.*, p.5.
48. PETRY, A. & SCHNEIDER, J.O. *Realidade brasileira. 2.ed., Porto Alegre, Sulina, 1983, p.194.*
49. Id. *ibid.*, p.195.
50. Id. *ibid.*, p.196.
51. CASTELLANOS, B.E.P. Op. cit., p.43.
52. ALVIM, E.F. et al. *Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP. Revista Brasileira de Enfermagem, RJ, 19(4):237-248, ago., 1966.*
53. CASTELLANOS, B.E.P. Op. cit., p.48.
54. NASCIMENTO, Z.P. de. *O enfermeiro como agente educativo. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, 1(2):14-17, 1978.*
55. NUÑEZ, R.S. & LUCKESI, M.A.V. *Educação em serviço: fator*

- de desenvolvimento de recursos humanos em enfermagem.
Rev. Bras. Enf., Brasília, 33(4):54-80, 1980.
- ✓ 56. PESSINI, P.L. Conversando com os doentes. *Rev. Hosp. Adm. e Saúde*, São Paulo, 10(40):252-253, 4. trim., 1986.
57. *Ibid.*, p.252-253.
58. MINKLER, M. Criando uma consciência crítica em saúde: aplicação da filosofia e métodos de Paul Freire aos cuidados de saúde. *International Journal of Health Services* 10(2):311-322, 1981.
- ✓ 59. NORONHA, R. *Experiência participativa mobilizadora da enfermagem: condições prévias para o autocuidado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 1984, p.67 (mimeografado).
- ✓ 60. POLETI, R. *Enfermagem: teorias e conceitos*. Trad. de Cecília Pêcego Coelho, Paris, Le Centurion, 1978, p.158 - 1965.
61. OREM, D.E. *Nursing: concepts of practice*. 3. ed., New York, McGraw-Hill Book Company, 1976, p.76-187.
62. LEVIN, L.S. Patient education and self-care: how do they differ? *Nursing Outlook*, 26(3):170-175, mar., 1978.
63. NORONHA, R. *Op. cit.*, p.68-72.
64. POLETI, R. *Op. cit.*, p.160.
65. NORONHA, R. *Op. cit.*, p.70-71.
66. OREM, D.E. *Op. cit.*, p.67.
67. POLETI, R. *Op. cit.*, p.163.
68. LEVIN, L.S. *Op. cit.*, p.174.
69. CHANG, L.B. *Evaluation of health care professionals in*

- in facilitating self-care: review of the literature and a conceptual model. Advanced in Nursing Science, 3(1): 43-58, out., 1980.*
70. PAIM, L. *Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem.* João Pessoa, PB, Universitária, 1979, p.86.
71. Ibid., p.86.
72. ALMEIDA, M.C.P. de & ROCHA, J.S.Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática.* São Paulo, Cortez, 1986, p.69-118.
73. CALDAS, N.P. A tomada de decisões. *Rev. Enf. Atual, RJ, 4 (20):12-14, nov./dez., 1981.*
74. SOUZA, E.F. de. *Novo manual de enfermagem.* 6. ed., Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1977, p.9.
75. Ibid., p.9.
76. Ibid., p.9.
77. CALDAS, N.P. Id. *ibid.*, p.13.
78. Id. *ibid.*, p.12.
79. COMARU, M.N. O homem: sujeito ativo ou passivo de saúde? *Rev. Hosp. Adm. e Saúde., São Paulo, 10(40):250, 4. trim. 1986.*
80. Ibid., p.250.
81. Ibid., p.250.
82. Ibid., p.250.
83. Ibid., p.250.
84. TAKITO, C. & VALENTE, S.M.T.B. *Op. cit.*, p.134.
85. LEONI, M.G. *Op. cit.*, p.46.
86. Id. *ibid.*, p.5.

87. FREITAS, L.C.T. de. Op. cit., p.76.

88. LEONI, M.G. Op. cit., p.57.

89. Id. ibid., p.51.

90. Id. ibid., p.153.

91. Id. ibid., p.54.

✓ CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Neste capítulo, estão expressas as conclusões deste estudo, tomando-se como referência seus objetivos e resultados.

✓ Cabe salientar que, para melhor contextualizar o objeto do estudo, procurou-se, ainda que de forma genérica, traçar um perfil de clientes e de enfermeiros que foram abordados pela investigação.

Quanto aos clientes, os resultados permitem concluir que esses, em termos amplos, apresentavam as seguintes características: eram pessoas de ambos os sexos, com predomínio do sexo feminino, cujas faixas de idade distribuíam-se entre 18 a 62 anos e mais. ✓ Apesar da amplitude da faixa etária, mais da metade dos clientes investigados declarou ter ultrapassado os cinquenta anos.

Essa conclusão demanda da equipe de saúde permanente atenção a sinais e sintomas das manifestações patológicas, pois a literatura especializada tem reiterado que alterações na homeostase determinam redução progressiva da capacidade de resposta de certos tecidos e adaptação do organismo, no que se refere à regulação da temperatura, de líquidos e eletrólitos, entre outros. Em vista disso, cabe ainda lembrar que uma pessoa idosa pode encontrar-se com deficiência em quase todo o organismo; daí a incidência de maior adoecimento.

✓ ROSSI¹, menciona que o sistema renal e hepático po-
de estar degenerado pela insuficiência de eliminação e absor-
ção de fármacos, acarretando reações adversas e efeitos cola-
terais.

Por outro lado, devido à fibrose, rigidez e depôsi-
to de gordura, o metabolismo fica prejudicado diminuindo a e-
lasticidade das artérias. Em consequência, tem-se o aumento
da tensão arterial, particularmente da sistólica, já que a
diastólica varia pouco, bem como a tendência a que a capacida-
de do coração aumente o número e a força dos batimentos. Enfa-
tiza ainda MARCONDES² que, pode haver diminuição da ventila-
ção pulmonar, pela redução do seu volume e da elasticidade dos
alvéolos. O rim se atrofia, os néfrons diminuem de tamanho e,
conseqüentemente, sua irrigação. Podem ocorrer também algu-
mas alterações no sistema digestivo, tais como: maior dificultade de digestão, havendo assim uma diminuição do metabolismo basal. Por outro lado, é possível encontrar certa debilidade óssea: as fibras elásticas perdem sua resistência e se frag-
mentam, fibrosam-se e se calcificam; por isso, há maior inci-
dência de fratura.

✓ Cumpre portanto salientar, que as alterações decor-
rentes do envelhecimento são previsíveis; daí maior número de
patologias em pessoas de faixa etária elevada, conforme se de-
tectou neste estudo (Tabela 1). ✓

Considerando-se o contingente de idosos com que in-
terage o enfermeiro, seja no hospital, ou em outras circuns-
tâncias profissionais e ainda tendo-se em conta a importância

da participação do cliente no processo terapêutico, é da maior relevância que enfermeiros tenham consciência e fundamentem seu trabalho no conhecimento da problemática com que se depara o idoso.

Conforme as citações bibliográficas aqui mencionadas, podemos inferir que existe a tendência a focalizar a questão exclusivamente a partir da perspectiva físico-fisiológica... Além dessa, é preciso identificar variáveis de natureza social e/ou psicológica que, possivelmente estejam contribuindo para determinado quadro.

No que diz respeito às cirurgias a que foram submetidos os clientes, as maiores incidências ocorreram em colecistectomia, histerectomia e laparotomia.

→ Em relação à responsabilidade (Tabela 4), conclui-se que quase um terço dos clientes indicou a si próprio como responsável perante o hospital durante o período de sua internação. Entre os que indicaram parentes e amigos como responsável, esposas ou filhas tiveram referência destacada.

Quando se reflete acerca dos prováveis determinantes da ausência de responsáveis por clientes cirúrgicos (Tabela 4), algumas hipóteses vêm à tona. Entre essas, pode-se destacar a falta de tempo, que mantém relação com a rigidez de normas do mercado de trabalho, o que impediria, ou dificultaria às pessoas economicamente ativas de estar presentes junto aos seus familiares hospitalizados. Para ilustrar este ponto parece conveniente lembrar as discussões que antecederam a a provação do preceito constitucional — Art. 10, § 1º da Cons

tituição Brasileira, 06.10.88 — que concedeu cinco dias de licença-paternidade, a empregados, quando do nascimento de seu filho...

Outro fator pode estar vinculado à falta de esclarecimentos dos familiares sobre os riscos de cirurgias, ou ainda à inflexibilidade normativa dos hospitais, particularmente os da rede pública, que até impedem a presença de acompanhante.

Tal orientação diverge dos preceitos de participação, salientados pela V e VI Conferências Nacionais de Saúde e OPAS/OMS e reiterados por ALQUERES³. Observe-se que o autor enfatiza a participação dos familiares, pois essa constitui importante estratégia para aprimoramento da qualidade da assistência à saúde.

Esse objetivo se viabiliza pela íntima relação entre cliente, família e equipe de saúde, pela humanização da prestação dos serviços e pela co-participação nas atividades de educação, prevenção e de recuperação da saúde.

No que se refere às formas de participação do cliente no processo terapêutico, os resultados do estudo conduzem às seguintes conclusões:

- ✓ 1º) - a participação nesse processo ocorreu junto a enfermeiros, médicos e assistentes sociais;
- ✓ 2º) - na maior parte dos aspectos investigados, a participação dos clientes apresentou baixas frequências, seja junto aos enfermeiros, ou a outros profissionais atuantes nas instituições hospitalares onde se realizou o estudo;

39) - quanto às formas de participação do cliente junto ao enfermeiro, foram referidas com maior frequência as seguintes: prestando informações para o diagnóstico; praticando os exercícios ensinados e colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos.

Os resultados do estudo indicam sérias lacunas no que diz respeito à orientação e apoio do enfermeiro, o que certamente viabilizaria a aplicação de conhecimentos ao autocuidado, contribuindo, desta forma, para o processo terapêutico. Nunca é demais lembrar, por outro lado, que a participação leva a pessoa à autoconfiança, estimulando-a a desenvolver suas habilidades, como a conhecer tendências individuais e próprios limites. A esse respeito, é oportuno salientar que clientes hospitalizados costumam manifestar maior sensibilidade, insegurança e temores diversos. Daí decorre sua maior necessidade de calor humano. A contribuição do enfermeiro nesse momento é destacada por FELDMANN⁴, quando afirma que "*a enfermagem, por sua natureza e tradição, é uma profissão eminentemente humanitária*".

49) - No que concerne à participação junto a médicos e assistentes sociais, as formas detectadas com predominância foram: verificando o plano de assistência determinado; sugerindo o que gostaria de receber ou oferecer à equipe de saúde e verificando o tipo de assistência oferecida.

Confrontando-se as conclusões expressas nos itens 39 e 49, podemos inferir que, junto aos enfermeiros, médicos

e assistentes sociais a participação manifestou-se, em alguns itens com percentuais elevados para enfermeiros, em outros, para médicos e assistentes sociais. Nota-se que, nesse caso, mais da metade dos clientes indicou que havia apresentado, para esses profissionais, sugestões sobre suas necessidades e responsabilidades durante o processo terapêutico.

59) - Nenhum dos clientes manifestou participação referente a atividade de cunho educativo, seja como ouvinte, seja como colaborador.

Essa conclusão coloca em evidência que a preparação do cliente para participar do processo terapêutico apresenta-se deficitária. Neste sentido, atividades orientadas para familiarizar o cliente com o ambiente físico, com os equipamentos e com as equipes profissionais não foram devidamente realizadas. Além do mais, em havendo insuficiente preparo no período pré-operatório, torna-se mais difícil contar com o envolvimento do cliente nas demais fases do processo terapêutico.

No que diz respeito a conteúdos trabalhados pelo enfermeiro junto ao cliente, visando à sua participação no processo terapêutico, encontraram-se baixas frequências de respostas positivas nos diferentes aspectos focalizados pelo estudo, com exceção de: "como buscar a ajuda necessária para autocuidar-se" e "a importância de participar".

Tais resultados nos levam a concluir que alguns pontos fundamentais, não só para a participação do cliente, como também para o êxito da cirurgia, têm sido relegados a plano

secundário, ou até mesmo desconsiderados nas atividades de cunho educativo-informativo de clientes internados nas instituições hospitalares aqui focalizadas. Entre esses pontos, cabe salientar: a realidade do processo cirúrgico, e, dentro desse processo, como conviver com a aparelhagem, com a equipe de saúde, com os companheiros de enfermagem, e com o novo ambiente.

No que se relaciona com aspectos observados pelos enfermeiros na prestação de assistência, o estudo indica que a maior consideração dirigiu-se à individualidade dos clientes. Todos os demais pontos focalizados (necessidade de saúde, vivência, liberdade, crença espiritual, dificuldades e expectativas) obtiveram respostas positivas de menos da metade dos clientes.

Ao considerar essa conclusão, é oportuno lembrar observações como as de SARANO⁵, quando ressalta que:

✓ "Agir sobre... não precisa reciprocidade; agir com... exige, porém, o retorno do com. Necessitamos de colaboração dos nossos doentes, tanto quanto eles precisam de nós".

Além do que, todo ser humano tem necessidade de privacidade, anonimato, dignidade, autodeterminação, bem-estar social, segurança, conservação dos recursos pessoais, direito de não sofrer danos físicos e mentais. Por isso, o enfermeiro, além de conhecimentos técnicos da área, deve possuir "virtudes" que norteiam o desenvolvimento de suas ações, a fim de respeitar a dignidade e integridade do ser humano através de seu ciclo vital. Essa necessidade ganha maior importância,

quando se considera que, muitos autores, entre os quais se destaca PEREIRA⁶, salienta que o "ethos" da enfermagem

"é a fonte dos princípios morais que orientam a ação do enfermeiro e de seu pessoal auxiliar, exigindo deles o compromisso de estabelecer uma relação - tu e eu - positiva com o paciente",

tendo a vida como valor ético fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce da integração enfermeiro-cliente.

Em se tratando de estratégias e recursos didáticos adotados pelo enfermeiro na preparação dos clientes para participar do processo terapêutico, o estudo leva a concluir que esse trabalho é realizado de forma tradicional e rotineira, praticamente resumindo-se a orientação.

Outras formas de ação educativa, mesmo aquelas que prescindem de recursos mais sofisticados e onerosos, obtiveram frequências de respostas positivas muito baixas ou seja, iguais ou inferiores a 5%. Depreende-se daí que elementos fundamentais ao processo educativo, como motivação e a correspondente incentivação à participação efetiva do cliente nas atividades (aprender fazendo), têm sido desconsiderados, o que certamente interfere na preparação do cliente para participar do processo terapêutico.

Ao ter presente essa conclusão, é imprescindível ainda lembrar, que considerando as diferenças individuais, autores como BRUTSCHER⁷ salientam que cada pessoa reage diferente em face de situações similares. Daí a importância de que os profissionais de enfermagem estejam preparados para detectar reações diferentes e as necessidades humanas corresponden

tes. Somente desta forma será possível estudar cada cliente, suas diferenças individuais e os seus traços característicos. Procura conhecer sua personalidade, buscando prepará-lo para recuperar com eficiência e coragem sua saúde, apesar de estar vivendo uma situação de desavio e, quem sabe até de conflito.

Outro ponto fundamental no que concerne à interação enfermeiro-cliente é o sentimento de confiança, indispensável em qualquer relacionamento entre pessoas. Embora haja consenso acerca desse aspecto, e de que, mais do que ninguém o cliente precisa confiar na equipe de saúde, não se pode desconsiderar a complexidade e o trabalho de conquista que envolve uma relação apoiada na confiança. Isso porque experiências individuais anteriores contribuem ou dificultam o comportamento do ser humano, no sentido de que esteja predisposto a confiar em si e nos outros.

TEIXEIRA et al.⁸ salientam que, o desenvolvimento do sentimento de confiança guarda relação com o modo pelo qual foram satisfeitas as necessidades básicas da pessoa no período da infância. Em vista disso, atitudes de desconfiança e de insegurança na vida adulta, podem ter suas raízes no atendimento insuficiente de necessidades essenciais, de parte de pessoa a quem tais necessidades se dirigem.

TEIXEIRA et al.⁹ salientam que a necessidade de auto-estima, quando satisfeita, tem como resultado os sentimentos de auto-confiança, poder, força, capacidade, adequação e utilidade. A contrapartida produz sentimentos de inferior-

ridade, fraqueza e abandono.

Eis porque, segundo TEIXEIRA et al.¹⁰ afirmam, é inadmissível que o enfermeiro aceite razões superficiais para explicar comportamentos de clientes. Faz-se sempre necessário uma investigação e reflexão profunda e sistemática dos motivos que orientam o comportamento humano. A partir daí, será possível definir suas necessidades e estabelecer os procedimentos necessários ao atendimento dessas necessidades.

Para que se estabeleça um relacionamento apoiado na confiança mútua, é fundamental que o enfermeiro busque descobrir como o cliente costuma relacionar-se com outras pessoas, quais são seus problemas, suas frustrações, dificuldades e conquistas, seja no âmbito familiar, como social ou profissional. Segundo TEIXEIRA et al.¹¹, de posse desses dados, obtidos mediante consulta ao prontuário ou conversa com familiares e com cliente, além de observações de seu comportamento, o enfermeiro terá melhores condições de selecionar e planejar o tipo de abordagem terapêutica mais indicada.

No relacionamento terapêutico, a par dessas ações voltadas ao conhecimento do cliente, é fundamental que o enfermeiro dê-se a conhecer e assim seja capaz de conquistar a confiança. Para superar tal desafio, como lembram TEIXEIRA et al.¹², é preciso que o enfermeiro seja conhecido como um profissional capaz de compreender sua mensagem, de ajudá-lo a detectar seus problemas e a encontrar alternativas de solução para os mesmos.

Faz-se por isso premente que os profissionais de en

fermagem sejam capazes de combinar humanismo com tecnologia. Quer-se com isso mencionar a necessidade de empregar os recursos técnico-profissionais de que dispõem para oferecer ao cliente, considerado em suas dimensões bio-psico-sócio-espirituais, o atendimento individualizado a que tem direito. Cabe a crescer, a esse respeito, que as expectativas do cliente com relação ao desempenho do enfermeiro não se restringem ao domínio da técnica isolada da Arte de Enfermagem. Além disso, ele espera interesse, compreensão, honestidade; em síntese, deseja e espera ser tratado como uma pessoa, com todas as implicações subjacentes a esse conceito.

De forma paralela e complementar, as expectativas do próprio profissional de enfermagem voltam-se (ou devem voltar-se) para um atendimento ao cliente em sua totalidade. As motivações que o levam a optar por essa profissão estão relacionadas a uma forte inclinação para auxiliar outras pessoas, na prevenção, proteção e recuperação da saúde. Aliás, o Ser da enfermagem encontra aí seu fundamento e justificativa.

Na seqüência, o estudo buscou identificar formas de participação do enfermeiro no processo terapêutico do cliente cirúrgico.

Visando a contextualizar essa participação, procurou-se traçar um breve perfil dos enfermeiros. Nesse sentido, os dados permitem concluir que, do ponto de vista funcional e das atividades desenvolvidas, mais de (80%) dos profissionais investigados atuavam diretamente com clientes hospitalizados.

Essa conclusão guarda alguma distância em relação às de outros estudos como os de ALVIM et al.¹³ e VARGENS¹⁴, que denunciam o desvio de função ou o aproveitamento inadequado do tempo de trabalho de enfermeiros. Assim, de acordo com ALVIM et al.¹⁵, o enfermeiro assume maior participação nos cuidados de enfermagem, tanto ao nível de sua competência, como de pessoal auxiliar. Como consequência, falta-lhe tempo para desenvolver atividades de supervisão. Por outro lado, segundo a autora,

✓ "em qualquer unidade de enfermagem, é desenvolvida uma série de atividades que poderiam ficar a cargo de escrivães, liberando o pessoal de enfermagem para os cuidados diretos com o paciente".

VARGENS¹⁶, denuncia a indefinição do papel do enfermeiro, bem como o divórcio entre o seu pensar e o agir, no contexto da sociedade brasileira. Nesta perspectiva,

"o agir está entregue aos auxiliares e atendentes e o pensar é colocado até certo ponto sob responsabilidade de outros profissionais e não o enfermeiro. No entanto, quem deveria definir o quê, o como e o quando fazer a enfermagem, seria o enfermeiro, e não outro profissional. Assim quanto ao enfermeiro, resta-lhe outras áreas: burocracia, administração ou a própria enfermagem, mas no âmbito restrito das escolas".

E, de forma consistente com ALVIM et al.¹⁷, VARGENS¹⁸ destaca que o cotidiano do enfermeiro que atua em instituições assistenciais é ocupado com atividades que podem ser realizadas por outros profissionais. E acrescenta:

✓ "Cada vez mais, estamos nos distanciando do paciente - razão única da nossa existência - e nos perdendo em tarefas que poderiam ser delegadas a outros profissionais".

Nesse processo, o autor identifica na sociedade brasileira duas enfermagens:

"A enfermagem científica, filosófica e intelectual, preconizada e pretendida pelos enfermeiros e escolas de enfermagem e a enfermagem 'tarefeira' e servil, reconhecida e aceita na cultura e na prática social. Quanto à atuação, ou seja, a prática nas instituições, o que se observa é a tarefeira (...). A intelectual ainda não se libertou para a prática", diz VARGENS¹⁹.

De acordo com CHAVES²⁰ e CASTELLANOS²¹, o profissional bem aproveitado é o que encontra oportunidade de aplicar, ao máximo, os conhecimentos e habilidades profissionais de que dispõe. Por sua vez, a pessoa subtreinada procurará evitar tarefas que representam desafio superior à sua capacidade. No extremo oposto, o profissional supertreinado manifestará insatisfação, quando designado para realizar funções que poderiam ser executadas por pessoas situadas em condição inferior, do ponto de vista educacional ou ocupacional.

No caso do enfermeiro, a tendência dominante orienta-se para o desvio de função e para o sub-aproveitamento. Na opinião de CASTELLANOS²², a expectativa está centrada em ações diretamente relacionadas com o desempenho de funções domésticas e de tarefas médico-delegadas, ficando o atendimento pessoal e individualizado do cliente relegado a plano secundário.

Quanto à formação acadêmica, a habilitação predominante foi Enfermagem Médico-Cirúrgica, seguida de Enfermagem Obstétrica e de Saúde Pública e, em escala muito menor, encontrou-se a Licenciatura. De acordo com os dados obtidos, na grande maioria dos casos, a formação restringe-se ao nível de

graduação: pouco mais de (10%) dos enfermeiros declararam ter curso de especialização e, entre os que o fizeram, a área predominante foi a administrativa.

Como se pode concluir, entre os sujeitos do estudo, a idéia de educação permanente, num enfoque sistemático não tem sido enfatizada. E, a esse respeito, considerando a rápida evolução dos conhecimentos no mundo moderno, é fundamental o lugar da atualização e da especialização em serviço.

Na perspectiva aqui apresentada, educação em serviço é entendida como processo de mudança, possível de reorientar objetivos, métodos e técnicas de trabalho. Por essa razão NUÑEZ & LUCKESI²³ destacam, como positivas, as práticas de instituições que mantêm programa educativo de seu pessoal. Quando abordam esse ponto, é possível compreender melhor a aceção que as autoras já referidas atribuem à educação em serviço. Segundo suas palavras,

"é um processo contínuo e planejado que visa, de acordo com os interesses e objetivos da instituição, promover o desenvolvimento de seu pessoal; através de programas e planos educativos, a fim de propiciar ao homem ascensão individual e profissional e prover a instituição de pessoal qualificado satisfeito e estável".

Como se pode perceber, a iniciativa da promoção de oportunidades de educação em serviço é também competência das instituições hospitalares. Desta forma, NUÑEZ & LUCKESI²⁴, propõem que se desenvolva um processo contínuo e sistemático de planejamento, coordenação, de atividades educativas a serem oferecidas ao pessoal. Já o controle dos resultados desse processo é exequível mediante cuidadosa supervisão e ava

liação.

Uma política institucional que contemplasse, com a devida prioridade, a educação em serviço poderia alcançar objetivos bastante abrangentes cuja síntese é expressa da seguinte forma por NUÑEZ & LUCKESI²⁵:

" . Ajudar ao pessoal a adaptar os seus conhecimentos à situação atual e adquirir novos conhecimentos exigidos pelo serviço;

. Promover o desenvolvimento profissional, estimulando os funcionários a reconhecerem suas necessidades e potencialidades;

. Desenvolver atitude profissional;

. Garantir a organização de uma equipe preparada para executar as funções que lhe são atribuídas;

. Assegurar os interesses e objetivos da instituição, através de uma política educativa que conduza, de forma correta e eficiente, seus recursos humanos a alcançarem os resultados desejados".

Entretanto, apesar da relevância desses objetivos, o presente estudo nos levou à conclusão de que os enfermeiros não estão motivados para continuar a sua educação em serviço como constatado pela baixa frequência de enfermeiros em cursos e atividades similares. Em síntese, podemos inferir que os enfermeiros tentaram explicar as razões desse fenômeno, realçando entre outros fatores as características do trabalho, como rigidez de horário, aliada à sobrecarga de tarefas, além da situação econômica, que impinge a acumulação de empregos. Outro conjunto de fatores pode decorrer ainda da falta de uma política interna que incentive, conduza e facilite a atualização profissional.

Quanto às formas de participação do enfermeiro no

processo terapêutico do cliente, os resultados do estudo sugerem a seguinte conclusão:

- O enfermeiro participa desse processo desenvolvendo atividades como indicado na Tabela 12.

Esses resultados nos fazem concluir que a participação dos enfermeiros ainda está a desejar, no que se relaciona com ações que, sob o ponto de vista técnico, estão vinculadas à sua área profissional.

No que tange a ações que conferem à enfermagem uma perspectiva mais abrangente, ainda existem lacunas importantes a serem preenchidas. Nota-se que, além da realização das atividades tradicionalmente atribuídas ao enfermeiro, cabe desenvolver aquelas que ampliem o ângulo de visão e até mesmo alterem a ordem de prioridade, da doença para a saúde, do paciente para o cliente participativo, durante e após o processo terapêutico. E, pelos resultados do estudo, tais pontos não foram evidenciados.

Na linha de raciocínio de PESSINI²⁶, é crucial ^{o difícil} responder ao conteúdo dos sentimentos e significados apreendidos do cliente, de modo que ele sinta que alguém o está ouvindo e compreendendo. E mais: que se preste atenção à comunicação não-verbal (postura corporal, expressão facial, movimentos), que oferecem informações complementares àquelas expressas verbalmente. Tais atitudes, que favorecem a empatia em qualquer situação, parecem especialmente justificadas nesse caso, na medida em que "o doente é um radar de alta sensibilidade".

Quanto ao fazer, PESSINI²⁷ ainda indica que, além

da prestação de assistência e do atendimento a pedidos, se criem condições para que eles também sintam-se úteis, partilhem com as pessoas seus sentimentos e, se possível, realizem mútua ajuda. Pode-se dizer que, segundo o autor mencionado, cabe estar verdadeiramente presente, numa atitude de respeito, acolhimento e solidariedade.

CASTELLANOS & MANDELBAUM²⁸ oferecem contribuição relevante na definição de atividades que devem compor a participação do enfermeiro no processo terapêutico do cliente. Dividindo as atividades em técnicas e expressivas, propõem que o enfermeiro do Centro Cirúrgico atue principalmente no sentido de: 1º) definição do problema do cliente; 2º) análise das necessidades afetadas; 3º) planejamento dos cuidados de enfermagem, implementação e avaliação do plano.

Quanto à definição do problema do cliente, cabe-lhe realizar a avaliação pré-operatória, que envolve coleta de dados pessoais; informações sobre o estado de saúde e da doença, além da identificação de problemas relacionados com a experiência anestésico-cirúrgica.

Nessa etapa, para os autores mencionados, os problemas de enfermagem transoperatório podem ser de natureza físico-biológica, mas também podem ser de natureza psicossocial. E, a esse respeito, enumeram os seguintes: como lidar com a dor, a ansiedade e o medo; desconforto em face da invasão da privacidade, falta de afeição, atenção ou contacto social; problemas referentes a restrições para com a mesa cirúrgica ou com a posição especial para a cirurgia; com a interrupção de

padrões nutricionais normais, ou ainda dificuldades na interação do cliente com a família, com a equipe de saúde, ou com outros clientes. Cabe salientar que, de acordo com PANZA²⁹, CASTELLANOS & MANDELBAUM³⁰, as principais expectativas de cuidado de enfermagem nesse momento costumam dirigir-se para: ser tratado com delicadeza, receber mais amor e carinho, além dos cuidados necessários e ser observado adequadamente.

Pode-se, pois afirmar que, da interação enfermeiro/cliente no momento da definição do problema, poderão resultar informações e conseqüências importantes no sentido de reduzir a ansiedade e ampliar a confiança do cliente cirúrgico, o que, certamente resultará em benefícios ao mesmo.

Na análise das necessidades afetadas — etapa decisiva à identificação do problema —, deverão ser consideradas as dimensões psicobiológicas e psico-sócio-espirituais.

Já o processo de programação, implementação e avaliação, ou seja, o planejamento das ações de enfermagem tem como propósito atender às necessidades básicas, sob o ponto de vista do homem em sua totalidade.

AZEVEDO³¹ mostra, entretanto, uma certa limitação na orientação prestada ao cliente, em confronto com a nova política de participação, tão conclamada pela Organização Mundial de Saúde e VI Conferência Nacional de Saúde.

A par do atendimento às necessidades do cliente, a orientação que lhe presta o enfermeiro, tem em vista prepará-lo para o autocuidado. Apesar da importância indiscutível da implementação do autocuidado, há divergência entre os estudo

sos com relação a sua aplicabilidade. Na opinião de FOSTER et al.³², essas ações são viáveis e têm sido introduzidas com êxito. Já MULLIN³³ aponta que a visualização do autocuidado como elemento básico no processo de prevenção e promoção da saúde requer profundas alterações, tanto nos profissionais como no cliente e na própria prática. Entre as principais dificuldades, a autora mencionada salienta as seguintes:

"A abordagem da assistência, tendendo a incidir prioritariamente sobre a doença e sobre tarefas e rotinas; a forma de se estabelecer prioridades em saúde; as diferentes percepções a respeito do autocuidado, além de pura e simples resistência de clientes ou de profissionais".

Um desses aspectos parece muito bem explicitado por CARVALHO & CASTRO³⁴ quando afirmam que

"o que se observa atualmente é que os serviços assistenciais institucionalizados pretendem substituir de fato, aspectos essenciais da função do 'cuidar-se', a qual pertence de direito às pessoas, à família e à comunidade".

Em face dessas divergências, acredita-se que cabe aos profissionais de saúde e especialmente aos enfermeiros ter presente que a valorização do potencial do cliente é o início do processo. E, com tal orientação, o cliente é chamado a participar do processo de decisão e de planejamento, ou a optar por um plano que lhe foi proposto. Para tanto, faz-se necessário que disponha das informações básicas sobre sua saúde, seus problemas e possibilidades de tratamento. DICKSON & LEE-VILLASENOR³⁵

Nesse caso, a assistência passa a ser resultado de um esforço conjunto, envolvendo o cliente, sua família e os

profissionais com quem interage, conforme preconiza NORONHA³⁶. Trabalho dessa natureza vai requerer dos profissionais, habilidades específicas entre as quais se destaca a capacidade de mediação entre o saber científico e o popular.

O objetivo seguinte do estudo dirigiu-se a identificar limitações e dificuldades encontradas pelo enfermeiro em sua participação no processo terapêutico.

A esse respeito, a quase totalidade das respostas concentrou-se em sobrecarga de trabalho e em falta de tempo, falta de pessoal e material.

Esses resultados levam a concluir que, nas instituições investigadas, como de resto em outros hospitais do país, as condições de trabalho e a falta de racionalização no planejamento das ações de enfermagem são dificuldades que parecem obstruir a eficiência e eficácia das ações de saúde. Tal situação é consequência de distorções que, historicamente, tem-se manifestado na formulação e execução da política de saúde no Brasil.

Em tal contexto, a tomada de decisão fica restrita às equipes situadas na cúpula administrativa, alijando-se os demais níveis hierárquicos, particularmente aqueles encarregados da execução.

Esse aspecto é particularmente destacado por CALDAS³⁷, quando afirma:

"Enganam-se os que reconhecem apenas as decisões dos que dirigem. De tal forma é importante a decisão dos que são dirigidos, dos que realizam as tarefas físicas, que a sua decisão poderá alterar substancialmente a decisão dos dirigentes".

Na verdade, em se tratando de ações de enfermagem, a definição de objetivos e de estratégias de trabalho assim como os instrumentos e formas de avaliação tem duas vertentes principais: a técnica e a circunstancial. Segundo essa última vertente, procura-se fundamentar a tomada de decisão no âmbito da instituição ou unidade em que se pretende desenvolver o trabalho. Isso porque, de pouco adianta tomar decisões tecnicamente adequadas, se não se dispuser das condições materiais, humanas ou financeiras para realizá-las. Sobre esse ponto, encontra-se igualmente apoio em CALDAS³⁸ que coloca a opção (seleção de alternativas) como a mais viável, o que não significa que essa seja a idealmente melhor. Isso porque,

"no peso de todos os elementos circunstanciais, conclui-se em função de variáveis que, inevitavelmente, influenciam na escolha das alternativas". CALDAS³⁹

Entre essas variáveis, é importante considerar a forma organizacional e conjuntural da instituição em que se trabalha. CASTELLANOS⁴⁰ denuncia a relação entre estrutura e funcionamento de instituições hospitalares e a ineficácia dos serviços de enfermagem. Para a autora⁴¹, essas distorções decorrem de práticas administrativas autoritárias e inflexíveis, cujo resultado é o incentivo à dependência e ao cerceamento do potencial criativo e de iniciativa dos enfermeiros.

Além disso, lembra as expectativas equivocadas no sentido do desempenho de funções médico-delegadas e tarefas centradas. Nesse processo, onde se deve acrescentar o aumento das atribuições burocráticas, ocorre o cerceamento da liberdade e do tempo do enfermeiro para atender às necessidades

do cliente.

Para resumir, achamos relevante destacar que, tendo em mente a fundamental importância da participação do enfermeiro no processo terapêutico do cliente, e considerando ainda a precariedade em termos de infra-estrutura de algumas instituições hospitalares brasileiras, faz-se necessário e urgente estruturar e organizar as ações de enfermagem de forma a integrá-las ao processo de decisão e de ação da unidade em que estão situadas. Um processo dessa natureza terá, como um dos requisitos essenciais, o domínio, pelo enfermeiro, do conhecimento em diferentes áreas. Isso porque, sentimentos como "boa vontade", "responsabilidade" e "idealismo" são importantes, mas, por si sós, insuficientes para o desenvolvimento de um trabalho com um mínimo de racionalidade, como requer o processo terapêutico do cliente hospitalizado. Se a participação do enfermeiro nesse processo é fundamental para o alcance de seus objetivos, é igualmente imprescindível que o profissional domine os conhecimentos que permitam sua contribuição eficiente e efetiva nas áreas de sua competência.

Em continuidade, procurou-se detectar, na opinião dos enfermeiros, as formas de participação do cliente no processo terapêutico, como indicado na Tabela 14.

De acordo com esses resultados, pode-se concluir que, conforme mencionado anteriormente, a participação dos clientes se realiza de forma passiva, quase que como numa atitude de resposta a determinados estímulos do enfermeiro.

Em sentido oposto, na opinião dos enfermeiros, a

participação dos clientes ocorre em nível menor de intensidade (Tabela 14).

Esses resultados, em confronto com os anteriores, reforçam a sua conclusão. Veja-se que a intensidade da participação é reduzida, quando se trata de o cliente ocupar seu espaço e sugerir, avaliar, autocuidar-se e realizar atividades que demandem sua iniciativa.

Nesse processo, a prestação de informações ao cliente e sua família, elemento fundamental para que a participação ocorra de forma satisfatória, é feita incompleta configurando, por consequência, uma relação paternalista e desigual, que obstrui a participação e o autocuidado.

Com o propósito de superar, tanto o paternalismo, como os problemas dele decorrentes CHIAFFIN⁴² menciona que a convivência e o apoio à pessoa no sentido de atender as suas necessidades básicas se fundamenta em conhecer, aceitar e compreender o modo de ser de uma pessoa, com seu mundo pessoal próprio.

Nesse contexto, o ser humano acometido de alguma doença vê desorganizar-se o processo de seu desenvolvimento corporal e fisiológico, com todas as consequências de fenômenos específicos, repercutindo na realização global da pessoa, seja criança, adolescente, adulto ou idoso.

Segundo CHIAFFIN⁴³, esse fenômeno determina a multiplicação de tipos de clientes, em função dos diferentes tipos de personalidade, formação e condicionamentos sociais.

"Desde o doente sensível, calmo, inibi-

do, social, até o agressivo, nervoso, neurastênico, bilioso, neurótico, fleumático, anti-social, exigindo, cada tipo de pessoa acolhimento, compreensão e terapia adequada".

A posição de CHIAFFIN⁴⁴ é consistente com a de PES SINI⁴⁵, no que se refere à relação de empatia entre profissional-cliente.

Note-se que, segundo CHIAFFIN⁴⁶, o paciente precisa de

"muito acolhimento sereno e aberto, necessita de segurança, de ser ouvido em suas necessidades, diálogo e confiança, encorajamento, franqueza e bom clima de alegria".

Outro ponto focalizado pelo estudo foi o aspecto visado pelo enfermeiro no preparo do cliente para participação do processo terapêutico. Pelos resultados da Tabela 15 pode-se concluir que, na opinião dos enfermeiros participantes do estudo, sua função restringiu-se principalmente ao cuidado do cliente, como alguém que se encontra fisicamente doente e que, por isso apresenta dificuldades e necessidades a serem atendidas. Nesse sentido, a visão humanística, e mais abrangente das funções do enfermeiro foi desconsiderada. Nota-se que todos os aspectos referentes à visão do cliente em sua totalidade, como alguém que apresenta uma história de vida, com suas opiniões, expectativas e formas de agir, foram deixadas para segundo plano.

No estudo procurou-se ainda identificar estratégias e recursos didáticos empregados pelos enfermeiros para preparar os clientes para participar do processo cirúrgico. Os resultados do estudo indicam que, nesse caso, tiveram referên-

cia destacada as orientações e visitas aos setores.

A partir desses resultados, podemos concluir que as estratégias e recursos empregados seguem uma orientação tradicional e pouco dinâmica. Cabe salientar a importância das orientações no sentido de prestar ao cliente as informações básicas, visando a que, na medida do possível, adquira segurança, supere receios e tenha condições de avaliar a evolução provável de sua recuperação. Entretanto, considerando a importância da participação do cliente no processo cirúrgico, a orientação isolada das demais, embora necessária, é insuficiente. Numa perspectiva mais moderna e dinâmica, a preparação do cliente deve incorporar demonstrações e toda uma gama de procedimentos e recursos pedagógicos para dinamizar as atividades educativas e, desta forma, oferecer ao cliente o preparo adequado para participar do processo terapêutico.

Referências Bibliográficas

1. ROSSI, A.E.A. *A medicina clínica na terceira idade. Envelhecimento e velhice: uma nova realidade.* São Paulo, Paulinas, 1981, p.33-53.
2. MARCONDES, M. *Clínica Médica - propedêutica e fisiopatologia.* São Paulo, Guanabara Koogan, 1979, p.486.
3. ALQUERES, H.V. *Direito à saúde e formulação de políticas.* In: *Conferência Nacional de Saúde, 5, Brasília, 1977,* p.31-41.
4. FELDMANN, M.A. *Aspectos de humanização do serviço de enfermagem no Hospital do Servidor Público Estadual de S. Paulo.* *Rev. Bras. Enf., RJ, 26(6):515-516, 1973.*
5. SARANO, J. *O relacionamento com o doente.* São Paulo, Paulista Universitária, 1978, p.113.
6. PEREIRA, A.C. *O "Ethos" da enfermagem - aspectos fenomenológicos para uma fundamentação da deontologia da enfermagem.* Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Filosofia da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1981, p.69.
7. BRUTSCHER, O.P.S.M. *Humanização: enfermeiro de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia.* *Enfoque, SP, 14(1): 4-6, 1986.*
8. TEIXEIRA, M.T.; FORCELLA, H.T.; ROLIM, M.A. *Relacionamento enfermeira-paciente.* *Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5 (1);12-14, jan./mar., 1985.*
9. *Ibid., p.12-14.*

10. Ibid., p.12-14.
11. Id. *ibid.*, p.13.
12. Ibid., p.14.
13. ALVIM, E.F. et al. Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na FUND-SESP. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 19(4):236, ago., 1976.
14. VARGENS, O.M.da C. Em busca de um espaço. *Rev. Paul. Enf.*, SP, 7(1):28-30, jun./dez., 1987.
15. ALVIM, E.F. et al. *Op. cit.*, p.235.
16. VARGENS, O.M. da C. *Op. cit.*, p.28.
17. ALVIM, E.F. et al. *Id. Ibid.*, p.231.
18. VARGENS, O.M. da C. *Ibid.*, p.28.
19. *Ibid.*, p.28.
20. CHAVES, M.M. *Saúde uma Estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois S.A., 1982, p.128.
21. CASTELLANOS, B.E.P. Necessidades básicas humanas. "Liberdade". *Rev.Enf.Novas Dimensões*, SP, 4(5):43, 1978.
22. *Ibid.*, p.43.
23. NUÑEZ, R.S. & LUCKESI, M.A.V. Educação em serviço— fator de desenvolvimento de recursos humanos em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 33(4):54-80, 1980.
24. *Ibid.*, p.54-80.
25. *Ibid.*, p.54-80.
26. PESSINI, P.L. Conversando com os doentes. *Rev. Hosp. Adm. e Saúde*, São Paulo, 10(40):252-253, 4. trim., 1986.
27. *Ibid.*, p.252-253.
28. CASTELLANOS, B.E.P. & MANDELBAUM, M.H.S.A. Uma proposta

- para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. *Rev. Paul. Enf.*, SP, 5(1):14-17, janeiro/março, 1985.
29. PANZA, A.M.M. *Efeito da visita pré-operatória da enfermeira de centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Esc. Enf. USP, 1977, p.3. (mimeografado)
30. CASTELLANOS, B.E.P. & MANDELBAUM, M.H.S.A. *Op. cit.*, p. 15-20.
31. AZEVEDO, A.C. de. Política nacional de saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 6, Brasília, 1977. p.157-171.
32. FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P.; OREM, D.E. (Org.) *Nursing theories: the basis for professional nursing practice*. New Jersey, Prentice-Hall, 1980, p.72.
33. MULLIN, V. Implementing the self-care concept in the acute care setting. *Nur. Clin. North Amer.*, 15(1):177-190, mar., 1980.
34. CARVALHO, V. de & CASTRO, I.B. e. Reflexões sobre a prática de enfermagem. In: *Anais... do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Fortaleza, 1979, p.51-59.
35. DICKSON, L.G. e LEE-VILLASENOR, H. Nursing theory and practice: a self-care approach, advanced in *Nursing Science*, 5(1):29-40, out., 1982.
- ✓ 36. NORONHA, R. *Experiência participativa mobilizadora da enfermagem - condições prévias para o autocuidado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), EEAN-UFRJ, Rio de Janeiro, 1984, p.68-72 (mimeografado).

37. CALDAS, N.P. A tomada de decisão. *Rev. Enf. Atual*, RJ, 4 (20):12-14, nov./dez., 1981.
38. *Ibid.*, p.12-14.
39. *Ibid.*, p.12-14.
40. CASTELLANOS, B.E.P. *Op. cit.*, p. 43-46.
41. *Ibid.*, p.43-46.
42. CHIAFFIN, F.A. Vivência de vida e morte na doença. *Rev. Hosp. Adm. e Saúde*, São Paulo, 10(40):256, 4. trim., 1986.
43. *Id. ibid.*, p.257.
44. *Id. ibid.*, p.256.
45. PESSINI, P.L. *Op. cit.*, p.254-258.
46. CHIAFFIN, F.A. *Op. cit.*, p.257.

CAPÍTULO VI
RECOMENDAÇÕES

Com o propósito de aprimorar estratégias de assistência de Enfermagem, tendo em vista a participação de clientes e de enfermeiros no processo terapêutico, apresentamos as seguintes recomendações:

. que os cursos de formação de enfermeiros, em nível de graduação e de pós-graduação, enfatizem, em seus currículos, aspectos teóricos referentes à participação do cliente no processo terapêutico, ao autocuidado e à importância da consideração de aspectos humanos na sua relação com o cliente. Por outro lado, que essas abordagens teóricas sejam complementadas, ainda no processo de formação, com experiências práticas de aplicação dos princípios teóricos estudados na relação enfermeiro-cliente;

. que as Escolas de Enfermagem incluam no planejamento didático, conteúdos que destaquem o trabalho pré-operatório e pós-operatório, a fim de que, ao entrar no mercado de trabalho, os profissionais disponham de conhecimentos e reflexão para a inserção de ações dessa natureza na prática profissional;

. que as instituições hospitalares dêem prioridade em sua política de pessoal, à educação continuada e, particu-

larmente, à atualização, em serviço, de profissionais de enfermagem, tendo em vista reorientar a relação enfermeiro-cliente, em seus aspectos técnicos, profissionais e humanos.

Neste sentido, além de cursos de atualização, que sejam programadas estratégias de aplicação, ao cotidiano do exercício profissional, de ações de enfermagem centradas no cliente, no autocuidado e na relação humana com o mesmo. Que essas ações sejam objeto de acompanhamento, controle e avaliação sistemáticos, para verificar, na prática concreta da Instituição de saúde, as possibilidades e condições locais para a otimização desse processo.

. que seja valorizada a contribuição dos familiares dos clientes, como ponto de apoio para fortalecer a relação enfermeiro-cliente e também, como ajuda na aprendizagem e supervisão da prática do autocuidado, pelo cliente. Para isto, é necessário que os familiares participem do processo terapêutico do cliente, recebendo do enfermeiro e dos outros profissionais de saúde as devidas orientações e informações;

. que se estimule o enfermeiro a derivar, do convívio íntimo e prolongado com o cliente, conhecimentos acerca de características individuais e coletivas do ser humano em sua totalidade e de como comportar-se diante delas;

. que sejam incentivados os profissionais de saúde para que ofereçam maior atenção aos clientes nos seguintes as

pectos:

- esclarecimentos sobre seu estado de saúde;
- vantagens resultantes de um tratamento regular, ou da observância das medidas preventivas indicadas;
- recursos disponíveis no hospital, no sentido de remover obstáculos porventura existentes, de modo a permitir atendimento rápido dos clientes em suas necessidades básicas de saúde;

. que sejam colocadas em prática perspectivas de trabalho, para que o enfermeiro assuma, junto ao cliente, o papel de profissional, onde se manifestem associadas, de forma dialética, as vertentes de humanismo e tecnologia;

. que sejam programadas atividades de conscientização do cliente sobre a importância de sua participação junto ao enfermeiro. Neste sentido, para que se convença da ajuda que o enfermeiro pode proporcionar-lhe na realização do autocuidado e na identificação de eventuais problemas, nada mais eficaz do que a demonstração de interesse e o trabalho na direção de uma relação positiva enfermeiro-cliente;

. que as instituições universitárias, por meio de projetos de Extensão, contribuam com as equipes de enfermagem atuantes em hospitais, no sentido de instrumentalizá-las, sob o ponto de vista teórico e prático, para o desempenho de suas

funções referentes ao preparo do cliente para o autocuidado. Nesta perspectiva, é fundamental a elaboração e testagem de propostas dinâmicas e coerentes com a realidade concreta dos hospitais, enfermeiros e clientes;

. que as Instituições hospitalares sejam dotadas de recursos técnicos que permitam ao enfermeiro dispor do material de apoio indispensável à efetivação do preparo do cliente para participar do processo terapêutico e para assumir seu papel no que diz respeito ao autocuidado;

. que as Instituições hospitalares revejam sua política de aproveitamento de pessoal, evitando desvios de função e considerando que as ações de enfermagem devem voltar-se, de forma prioritária, para a assistência ao cliente. É inadmissível que a falta de profissionais de enfermagem em hospitais seja agravada por distorções quanto ao emprego adequado do preparo e do tempo desses profissionais;

. que se dinamize a supervisão de enfermagem, para que dê especial atenção à orientação dos enfermeiros nos seguintes aspectos:

- distribuição adequada do seu tempo entre as atividades de sua responsabilidade;
- educação para a saúde à clientela assistida;
- atividades de supervisão da responsabilidade do enfermeiro atuante em seu setor de trabalho;

. que a política nacional de saúde considere resultados de estudos que, ao longo da história brasileira, vêm reiterando, de forma consistente, a situação de precariedade em que se encontram as instituições hospitalares brasileiras quanto a recursos de toda a natureza: físicos, financeiros, materiais e de pessoal. Já existe consenso acerca de que uma política de enfermagem centrada no cliente guarda íntima relação com as condições materiais e profissionais para a operacionalização dessa política. A esse respeito, não pode ser desconsiderada a questão salarial de profissionais da saúde em geral, e de enfermeiros em particular;

. que no caso especial de enfermeiros atuantes em Centro Cirúrgico:

- se incluam, obrigatoriamente, nas instruções normativas de serviço, visitas pré-operatórias às unidades em que se encontram os clientes a serem submetidos ao ato cirúrgico: para ouvi-los, para falar de seu direito de participar ativamente do tratamento, para conversar sobre a realidade do ato cirúrgico e familiarizá-los com o ambiente hospitalar e com a aparelhagem da sala de cirurgia.

Assim, o cliente poderá sentir-se mais seguro, na medida em que encontre apoio profissional e humano para fazer face aos desafios e ansiedades que acompanham a hospitalização. Esse apoio também servirá para encorajá-lo no sentido de lutar pelos seus desejos, esperanças e expectativas acerca

do tratamento cirúrgico e sua recuperação.

Com a visita pré-operatória, o enfermeiro de Centro Cirúrgico, terá oportunidade de conhecer aspectos da personalidade do cliente, e de dados essenciais à elaboração do plano de ação de enfermagem voltada à recuperação e ao bem-estar do cliente.

De forma específica, é preciso mobilizar recursos para a participação enfermeiro-cliente no processo terapêutico, envolvendo as seguintes ações:

- incentivar a verbalização de sentimentos, expectativas e necessidades;
- avaliar o estado fisiológico e emocional do cliente e das idéias que tem sobre a cirurgia a que irá submeter-se;
- dirimir dúvidas dos clientes, na medida em que se manifestem;
- esclarecer aos clientes e seus familiares sobre os procedimentos pré, trans e pós-operatórios e as normas hospitalares;

. que as Instituições de saúde possibilitem, ao serviço de enfermagem, disponibilidade de profissionais e tempo suficiente para realização desse importante trabalho;

. que seja promovido e estimulado um intercâmbio de experiências positivas e um relacionamento efetivo e afetivo com o cliente, durante todo o processo, desde a visita pré-operatória, no período transoperatório até o encaminhamento à

sala de recuperação;

. que seja concretizada a ação cooperativa de toda a equipe de saúde atuante no hospital, com o objetivo de minimizar as dificuldades de participação do cliente junto ao enfermeiro e vice-versa;

. que sejam realizados outros estudos, que abordem aspectos para elucidação do problema da participação do cliente e do enfermeiro no processo terapêutico, bem como do conhecimento do cliente hospitalizado e de suas necessidades, expectativas e aspirações.

Obter informações sistemáticas sobre formas de relacionamento de clientes no contexto extra-hospitalar seria outro objetivo de fundamental contribuição, no sentido de melhor interagir com o mesmo, quando hospitalizado.

. que sejam estabelecidos mecanismos de ação cooperativa entre instituições de pesquisa e de ensino e instituições de assistência de enfermagem, visando à reversão da dicotomia entre pesquisa-teoria versus prática;

. que sejam promovidos eventos de intercâmbio e de discussão, entre agências de pesquisa, ensino e instituições de assistência à saúde, para detectar problemas emergentes da prática profissional, elaborar, testar e avaliar alternativas de solução para esses problemas;

. que sejam instrumentalizados os profissionais de enfermagem para identificar diferentes reações e correspondentes necessidades humanas, na participação do cliente no processo terapêutico;

. que sejam oferecidas aos enfermeiros em geral e enfermeiros da assistência, em particular, oportunidades de reflexão sistemática tendo em vista o auto-conhecimento e a auto-avaliação na perspectiva de sua relação com o cliente e suas ações junto a este.

— BIBLIOGRAFIA —

- ACUÑA, H.R. Participacion de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 1977.
- AGUDELO, C. Participacion comunitaria en salud, conceptos y criterios de valoracion. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 1983.
- ✓ ALMEIDA, M.C.P. de & ROCHA, J.S.Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986.
- ALQUERES, H.V. Direito à saúde e formulação de políticas: In: *Conferência Nacional de Saúde, 5*, Brasília, 1977.
- ALVIM, E.F. et al. Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1976.
- ✓ AMORIM, M.J.A.B. Enfermagem profissão humanitária? *RBEn*, Brasília, 1979.
- ANDRADE, M.D.L. de. A enfermagem e a relação de ajuda. In: *Anais...do XXXII CBEn*, Brasília, 1980.
- ✓ AQUINO, G.dos S. *Pacientes Adultos Hospitalizados*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1984.
- ✓ ARAGÃO, V.L. de. *A participação da mãe na assistência ao menor de cinco anos: formas de intervenção do enfermeiro centradas nesta participação*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UNI-RIO, 1985. (Mimeografado)
- ✓ ARANTES, E.C. et al. Estabelecimento de limites como medida terapêutica de relacionamento enfermeiro versus cliente. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 1981.
- ARAÚJO, C.P. A problemática da assistência religiosa em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 1975.
- AZEVEDO, A.C. de. Política Nacional de Saúde. In: *Conferên-*

cia Nacional de Saúde, 6. Brasília, 1977.

AXLINE, V.M. *Diba: em busca de si mesmo*. 11. ed. Rio de Janeiro, Agir, 1985.

✓ BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.

✓ BALINT, M. & NOREL, J.S. *Seis minutos para o paciente*. São Paulo, Manole, 1978.

BARNES, E. *As relações humanas no hospital*. Coimbra, Almedina, 1973.

BARTHES, R. *Fragmentos de um discurso amoroso*. 5. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1985.

✓ BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BASTOS, O. *O adoecer e a morte*. *Jornal Bras. de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 1983.

BENJAMIN, A. *A entrevista de ajuda*. São Paulo, Martins Fontes, 1978.

BERNARD, P. *Manual del A.T.S. Psiquiátrico*. Barcelona, Torray-Masson, 1977.

BIANCHI, E.R.F. & CASTELLANOS, B.E.P. *Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro na unidade de centro-cirúrgico: resenha da literatura estrangeira*. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1983.

✓ BIRD, B. *Conversando com o paciente*. São Paulo, Manole, 1978.

✓ BLAYA, M. *A relação médico-paciente*. *Rev. Psiq. Dinâmica*, São Paulo, 1967.

BOEMER, M.R. *Abordagem do carinho*. In: *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1984.

- BOEMER, M.R. Funções da enfermeira e suas perspectivas. *Rev. Enf. Novas Dimensões*, São Paulo, 1976.
- BORDENAVE, J.E.D. *O que é participação*. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. A doença como experiência humana. In: *Enfermagem médico-cirúrgica*, 4. ed., Rio de Janeiro, 1977.
- BRUTSCHER, O.P.S.M. Humanização: enfermeira do centro-cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque*, São Paulo, 1986.
- BUSCAGLIA, L. *Vivendo, amando e aprendendo*. 2. ed., Rio de Janeiro, Record, 1982.
- _____. *Amor*. 6. ed., Rio de Janeiro, Record, 1972.
- CALL, C.S. & LINDZEY, G. *Teorias da personalidade*. São Paulo, Henden, 1966.
- CALDAS, N.P. A tomada de decisão. *Rev. Enf. Atual*, Rio de Janeiro, 1981.
- ✓ CARKHUFF, R.B. *O relacionamento de ajuda*. Belo Horizonte, 1979.
- CARUSO, I. *Psicanálise e dialética*. Rio de Janeiro, Bloch, 1967.
- CARVALHO, I.M. *O processo didático*. 3. ed. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1974.
- ✓ CARVALHO, V. de. A relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem. In: *Anais... do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Brasília, 1980.
- CARVALHO, V. de & CASTRO, I.B. e. Reflexões sobre a prática de enfermagem. In: *Anais... do XXXI Congresso Brasileiro de*

- Enfermagem, Fortaleza, 1979.
- CASTELLANOS, B.E.P. Necessidades básicas humanas: "liberdade". *Rev. Enf. Novas Dimensões*, São Paulo, 1978.
- _____. Algumas reflexões sobre nossa profissão: a enfermagem. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1982.
- CASTELLANOS, B.E.P. & MANDELBAUM, M.H.S.A. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1985.
- CHANG, L.B. *Evaluation of health care professional in facilitating self-care: review of the literatura and a conceptual model*. *Advanced in Nursing Science*, 1980.
- ✓ CHAVES, M.M. *Saúde: uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois S.A., 1982.
- CHIAFFIN, F.A. Vivência de vida e morte na doença. *Rev. Hosp. Adm. e Saúde*, São Paulo, 4. trim. 1986.
- CHUC, W. Sistema nacional de saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 5. Brasília, 1975.
- COMARU, M.N. O homem: sujeito ativo ou passivo de saúde? *Rev. Hosp. Adm. e Saúde*, São Paulo, 4. trim., 1986.
- CORDIOLI, A.V. A relação paciente-terapeuta e os resultados em psicoterapia breve. Aspectos quantitativos. *Jornal Bras. Psíqu.*, São Paulo, 1986.
- ✓ DANIEL, L.F. *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo, EPU, 1983.
- DICKSON, L.G. e LEE-VILLASENOR, H. *Nursing theory and practice: a self-care approach, advanced*, in *Nursing Science* 1982.

- EPSTEIN, C. *Interação afetiva na enfermagem*. São Paulo, EPU, 1977.
- ✓ ESPÍRITO SANTO, T.J.M. *Segurança emocional como necessidade humana básica*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) UNI-RIO, 1984 (Mimeografado).
- FAUSTI, C.C. *Direitos do homem: novas interações para os profissionais da saúde*. *Rev. Servir*, Lisboa, 1986.
- FELDMANN, M.A. *Aspectos de humanização do serviço de enfermagem no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo*. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 1973.
- ✓ FERREIRA, C.A. *A enfermagem como profissão*. São Paulo, Pioneira, 1983.
- FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P.; OREM, D.E. (Org.) *Nursing theories: the basis for professional nursing practice*. New Jersey, Prentice-Hall, 1980.
- FRANKL, V.E. *Psicoterapia, terapia e sentido de vida*. 2. ed. São Paulo, Quadrante, 1986.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- _____. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- FREITAS, L.C.T. de. *Por que fazer terapia?* São Paulo, Agora, 1985.
- ✓ FREUD, A. *O ego e os mecanismos de defesa*. 7.ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1983.
- ✓ FROMM, E. *Análise do homem*. 12. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

- FUERST, E.V. et al. *Fundamentos de enfermagem*. 5. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1974.
- FUKUDA, I.M.K. et al. Comportamento manipulativo e relacionamento terapêutico. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 1982.
- GATTÁS, M.L.B. Relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1984.
- GEORGE, J.B. *Nursing theories, the base for professional nursing practice*. New York, Prentice-Hall, 1980.
- GONÇALVES, R. *Didática geral*. 8. ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1972.
- HADDAD, E.G.M. de. *A ideologia da velhice*. São Paulo, Cortez, 1986.
- ✓ HENDERSON, V. *Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem*. Rio de Janeiro, ICN/ABEN, 1962.
- ✓ HOFLING, C.K. et al. Compreensão de las relaciones entre enfermera y paciente. In: *Enfermería Psiquiátrica*, 2.ed., México, Interamericana, 1970.
- KLEIN, M. et al. *Desarrollos em psicoanálise*. Buenos Aires, Hormé, 1962.
- ✓ LAING, R.D. *O eu e os outros*. 5. ed., Petrópolis, Vozes, 1982.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicoanálise*. 4. ed. Lisboa, Moraes, 1977.
- LEININGER, M.M. *Caring an essential human need*. Proceedings of the three national caring conferences, New Jersey, USA, 1981.
- LEITE, J.L. et al. A relação de ajuda a um grupo de clientes com problemas de locomoção. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1981.

- ✓ LEONI, M.G. *Auto-conhecimento do enfermeiro fator imprescindível na relação terapêutica com o cliente*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UNI-RIO, 1987 (Mimeografado).
- LERCH, E.I. *Humanização no hospital*. Enfoque, S.Paulo, 1983.
- LEVIN, L.S. *Patient education and self-care: how do they differ?* Nursing Outlook, 1978.
- LIMA, L.P. *Dicionário de psicologia prática*. São Paulo, Honor, 1970.
- LODI, J.B. *A entrevista: teoria e prática*. 2. ed., S. Paulo, Pioneira, 1974.
- LOFFREDI, L.E. *Relação de ajuda*. In: *Anais... do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Brasília, 1980.
- MACEDO, C.G. de. *Extensão das ações de saúde através de serviços básicos*. In: *Conferência Nacional de Saúde, 7*. Brasília, 1980.
- MACEDO, M. *Proposição de diretrizes: uma contribuição*. Ministério da Saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde, 7*. (Versão Preliminar), Brasília, 1980.
- MANZOLLI, M.C. *Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo, Sarvier, 1983.
- MANZOLLI, M.C. et al. *Psicologia em enfermagem: teoria e pesquisa*. São Paulo, Sarvier, 1981.
- MARCONDES, M. *Clínica médica - propedêutica e fisiopatologia*. São Paulo, Guanabara Koogan, 1979.
- ✓ MASLOW, A.H. *Motivation and personality*. 2. ed., New York, Harper & Row Publishers, 1970.
- MATOS, L.A. de. *Sumário de didática geral*. 2. ed. Rio de Ja

- neiro, Aurora S.A., 1969.
- ✓ MAY, R. *O homem à procura de si mesmo*. 2. ed. Petrópolis, Vo
zes, 1963.
- _____. *A psicologia e o dilema humano*. Rio de Janeiro, Za -
har, 1977.
- McGURK, H. *Crescimento e mudança*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- MEZOMO, J.C. *Hospital humanizado*. Centro São Camiló de De-
senvolvimento, São Paulo, 1979.
- MINKLER, M. *Criando uma consciência crítica em saúde: aplica*
ção da filosofia e métodos de Paulo Freire aos cuidados de
saúde. *International Journal of Health Services*, 1981.
- ✓ MINZONI, M.A. *Atitudes do profissional de enfermagem frente*
à pessoa que requer ajuda. Ribeirão Preto, 1983. (Mimeogra
fado)
- _____. *Uma conceituação de enfermagem psiquiátrica, es*
tudo das funções do enfermeiro com pacientes internados.
(xerox)
- MOREIRA, D. *Psiquiatria: controle e repressão social*. Belo Ho
rizonte, Vozes, 1983.
- MORLEY, D. *Pediatria no mundo em desenvolvimento*. São Paulo,
Paulinas, 1980.
- ✓ MOFFAT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da*
psiquiatria popular. 4. ed. São Paulo, Cortez, 1983.
- MULLIN, V. *Implementing the self-care concept in the acute*
care setting. *Nur. Clin. North Amer.*, 1980.
- NAHOUN, J.C. *A velhice da pessoa*. São Paulo, *Revista Médico*
Moderno, 1982.

- NASCIMENTO, Z.P. de. O enfermeiro como agente educativo. *Rev. Enf. Atual*, Rio de Janeiro, 1978.
- ✓ NOGUEIRA, M.J.C. de. Assistência de enfermagem à família. *Rev. Enf. Novas Dimensões*, São Paulo, 1977.
- _____. Terapêuticas alternativas em enfermagem - Por que não? *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1983.
- ✓ NORONHA, R. *Experiência participativa mobilizadora da enfermagem: condições prévias para o autocuidado*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Esc. Enf. Anna Nery, UFRJ, 1984. (mimeografado)
- NUÑEZ, R.S. & LUCKESI, M.A.V. Educação em serviço: fator de desenvolvimento de recursos humanos em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1980.
- OMS/UNICEF. *Alma-Ata. Cuidados primários de saúde*. Brasília, 1979.
- OPAS/OMS. Padrões mínimos de assistência em enfermagem à comunidade: informe final. 1.^a e 2.^a reimpressão, *Org. Mundial de Saúde*, Brasília, Serviços Gráficos do Ministério da Saúde, 1977.
- _____. Padrões mínimos de assistência em enfermagem na recuperação da saúde: informe final. *Org. Mundial de Saúde*, Brasília, Serviços Gráficos do Ministério da Saúde, 1978.
- ✓ OREM, D.E. *Nursing concepts of practice*. New York, McGraw - Hill Book Company, 1971.
- ✓ ORLANDO, I.J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente*. 16. ed. São Paulo, EPU, 1978.
- OVERSTREET, H.A. *A maturidade mental*. 4. ed. São Paulo, Na-

- cional, 1978.
- PAIM, J.N.S. Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade. In: *Conferência Nacional de Saúde*, 8, Brasília, 1986.
- ✓ PAIM, L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1979.
- _____. *Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem*. João Pessoa - PB, Universitária, 1979.
- PANZA, A.M.M. *Efeito da visita pré-operatória da enfermeira de centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Esc. Enf. da USP, 1977 (mimeografado).
- PARSONS, T. & SHILL, E.A. A interação social. In: CARDOSO, *Homem e sociedade*. 7. ed. São Paulo, Nacional, 1971.
- ✓ PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. New York, Putnam, 1962.
- PERALTA, E.C. del. La educación en el logro de una meta: salud para todos en el año 2000. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington D.C., 1981.
- PEREIRA, A.C. *O "Ethos" da enfermagem - aspectos fenomenológicos para uma fundamentação da deontologia de enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de filosofia da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1981.
- PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. 3. ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.
- ✓ PESSINI, P.L. Conversando com os doentes. *Rev. Hosp. Adm. e*

- Saúde*, São Paulo, 4. trim., 1986.
- PETRY, A. & SCHNEIDER, J.O. *Realidade brasileira*. 2. ed., Porto Alegre, Sulina, 1983.
- PIMONT, R.P. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 1977.
- POLETI, R. *Enfermagem: teorias e conceitos*. Trad. de Cecília Pêcego Coelho. Paris, Le Centurion, 1978.
- RESENDE, M.C. et al. Atuação da enfermagem em um sistema de saúde comunitária. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1980.
- ROBAYO, J.C. Investigación en los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington D.C., 1980.
- ROCHA, D.N. A enfermagem e a criança. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1979.
- ROCKENBACH, L.H. A enfermagem e a humanização do paciente. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1985.
- RODRIGUES, B.A. de. Saúde materna e da criança. In: *Fundamentos da administração sanitária*. 2. ed. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1979.
- RODRIGUES, J.C. *Tabu do corpo*. 2. ed. Rio de Janeiro, Achiamê, 1975.
- RODRIGUES, M.A. Componentes básicos da assistência primária de saúde. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1983.
- ROGERS, C. *Liberdade para aprender: o ser em relacionamento*. 4. ed. Belo Horizonte, Interlivros, 1978.
- _____. *Tornar-se pessoa*. 3. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1978.

- ROGERS, C. & STEVENS, B. *De pessoa para pessoa - a relação interpessoal, o núcleo da orientação*. 2. ed. São Paulo, Pioneira, 1978.
- ROGERS, C. & KINGET, M.G. *Psicoterapia e relações humanas*. 2. ed., Belo Horizonte, 1977.
- ROSSELOT, J. *Salud materno infantil en Latino América*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., 1971.
- ROSSI, A.E.A. *A medicina clínica na terceira idade: envelhecimento e velhice: uma nova realidade*. São Paulo, Paulinas, 1981.
- SAKODA, L.T.P. *Relacionamento terapêutico aluna versus paciente: relato de uma experiência*. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1984.
- SALGUEIRO, N.R.M. *Direitos dos doentes e família*. *Rev. Serviço*, Lisboa, ACEPS, 1986.
- SARANO, J. *O relacionamento com o doente*. São Paulo, EPU, 1978.
- SENA, T.de J. *Interconsulta: uma atividade do enfermeiro*. In: *Anais... do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Brasília, 1980.
- SERRANO, C.V. *Salud de la mujer y de la familia en América Latina y el Caribe*. In: *OPAS/OMS. Salud materno-infantil y atención primaria en las Americas, hechos y tendencias, programa de salud materno-infantil*, Washington, D.C., 1984.
- SILVA, M.A.A. de & CEZARETI, I.V.R. *Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico centrada nas necessidades básicas*. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1982.

- SOARES, J. Extensão de cobertura dos serviços de saúde mediante o uso das estratégias de assistência primária e participação da comunidade. In: *Reunião Especial de Ministros de Saúde da América*. Washington, D.C., 1980.
- SOBREIRA, N.R. *Enfermagem comunitária*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981.
- SOUZA, E.F. De. *Novo manual de enfermagem: procedimentos e cuidados básicos*. 6. ed., Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1977.
- SOUZA, M. de.; POSSARI, J.F.; MUGAIAR, K.H.B. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1985.
- ✓ STEFANELLI, M.C. Comunicação terapêutica. *Rev. Paul. Enf.*, SP, 1983.
- _____ . Relacionamento terapêutico enfermeira/paciente. *Rev. Esc. Enf. USP*, SP, 1983.
- STEFANELLI, M.C.; ARANTES, E.C.; FUKUDA, I.M.K. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeiro/paciente. *Rev. Esc. Enf. USP*, SP, 1982.
- STEFANELLI, M.C. & ARANTES, E.C. Relacionamento terapêutico enfermeiro/paciente e comunicação terapêutica. Revisão bibliográfica, *Rev. Paul. Enf.*, SP, 1985.
- SULLIVAN, H.S. Teoria culturalista. In: HALL & GARDNER. *Teorias da personalidade*. 3. ed., São Paulo, Herder, 1972.
- TAKITO, C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido para o hospital. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 1985.
- TAKITO, C. & VALENTE, S.M.T.B. Ambiente do paciente hospitalizado. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1983.

TEIXEIRA, M.T.; FORCELLA, H.T.; ROLIM, M.A. Relacionamento enfermeira/paciente. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1985.

/TRAVELBEE, J. *Interpersonal in psychiatric nursing: process in the one to one relationship*. Philadelphia, Davis, 1972.

VARGENS, O.M.da C. Em busca de um espaço. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 1987.

VELA, J.A. *Técnicas e prática das relações humanas*. São Paulo, Loyola, 1975.

WELL, P. *Relações humanas na família e no trabalho*. 23. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1969.

— A N E X O S —

ANEXOS

I - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA
COM CLIENTES

II - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA
COM ENFERMEIROS

ANEXO I - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM CLIENTES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 - Iniciais do Cliente: _____

1.2 - Faixa etária de:

 18 a 28 anos 29 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 61 anos 62 e mais

1.3 - Sexo:

 feminino masculino

1.4 - Tipo de cirurgia:

1.5 - Data da cirurgia: ___/___/___

1.6 - Responsáveis pelo cliente durante a hospitalização:

2. FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO

2.1 - Como participa e com quem participa do processo terapêutico?

COM QUEM PARTICIPA	Enfermeiro	Outros*	Não Respondeu
FORMA DE PARTICIPAÇÃO			
. Prestando informações para o diagnóstico			
. Praticando os exercícios ensinados			
. Sugerindo o que gostaria de receber ou oferecer à equipe de saúde			
. Verificando o plano de assistência que lhe foi determinado			
. Auxiliando a equipe nas necessidades surgidas			
. Ajudando no cuidado aos outros clientes			
. Verificando o tipo da assistência oferecida			
. Colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos			
. Comparecendo às atividades educativas, como:			
- ouvinte			
- colaborador			
. Iniciando o autocuidado			

* Médico e Assistente Social

OBSERVAÇÕES DE OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO:

✓ 3. FORMAS DE PREPARAÇÃO PARA PARTICIPAR DO PROCESSO TERAPÊU -
TICO

3.1 - O Enfermeiro ao lhe preparar para a assistência, ori-
entou sobre:

- () o direito e dever de você participar da assistên-
cia
- () como participar
- () quando participar
- () a importância de participar
- () as vantagens da participação da família
- () a necessidade do preparo da família para ajudar
nos cuidados
- () como buscar a ajuda necessária para auto-cuidar-
se
- () a realidade do processo cirúrgico
- () como conviver com a equipe de saúde
- () como conviver com o novo ambiente
- () como conviver com os novos companheiros
da enfermaria
- () como conviver com a aparelhagem

3.2 - Ao lhe prestar assistência, o enfermeiro respeitou:

- () sua individualidade
- () suas necessidades de saúde
- () suas vivências
- () sua liberdade
- () sua crença espiritual
- () suas dificuldades
- () suas expectativas

Especificar outras formas de respeito:

3.3 - Como o enfermeiro lhe preparou para a sua participação na assistência à saúde no Hospital e na Residência. Foi por meio de:

- palestras
- demonstrações
- orientações
- leituras
- projeções
- gravuras
- visitas aos setores
- discussão em grupo

Especificar outros meios utilizados:

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 1989

Assinatura do Entrevistador

ANEXO II - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 - Cargo ou Função Principal que exerce:

- Enfermeiro líder
- Enfermeiro de cabeceira
- Enfermeiro chefe de setor

1.2 - Habilitação feita em Enfermagem:

- Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia
- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem em Saúde Pública

1.3 - Fez alguma Especialização dentro destas áreas?

Qual(is)?

2. FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO TERAPÊUTICO

2.1 - Quais as suas formas de participação no processo terapêutico?

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO	Sim	Não	Não Respondeu
<ul style="list-style-type: none"> . Orientando sobre as normas e regimento da Instituição hospitalar . Orientando sobre as facilidades da Instituição . Prestando informações claras e concisas ✓. Prestando cuidados ✓. Participando do processo terapêutico do cliente: <ul style="list-style-type: none"> - no planejamento - na supervisão ✓ - na execução - na avaliação diária e contínua da evolução clínica-cirúrgica ✓. Orientando o cliente sobre como participar de tarefas simples ✓. Estimulando a participação do cliente no processo terapêutico ✓. Estimulando a participação da família no processo terapêutico ✓. Orientando o cliente para a alta hospitalar ✓. Orientando o cliente para o autocuidado 			

Caso não participe, quais as limitações que encontra?

✓ 3. FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO

3.1 - Quais as formas de participação do cliente no processo terapêutico?

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO CLIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO	Sim	Não	Não Respondeu
<ul style="list-style-type: none"> . Prestando informações claras para o diagnóstico e evolução . Praticando os exercícios de forma voluntária . Sugerindo medidas que gostaria de receber e/ou oferecer à equipe . Verificando o plano de assistência que lhe foi determinado . Auxiliando a equipe . Ajudando no cuidado aos outros clientes . Avaliando e participando da avaliação da assistência ✓. Colaborando nos cuidados que lhe foram oferecidos ✓. Comparecendo às atividades educativas como: <ul style="list-style-type: none"> - ouvinte - colaborador . Iniciando o autocuidado 			

OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO OBSERVADAS:

3.2 - Ao preparar o cliente, atentou para:

- () indivisibilidade do ser humano
- () necessidades mais afetadas
- () ajuda nas dificuldades
- () experiências e vivências
- () sentimento de liberdade
- () modo de agir e de pensar
- () ritmo de cada pessoa
- () sistematização da participação

Especificar outros aspectos:

3.3 - Quais os recursos empregados para preparar o cliente para a participação?

- () palestras
- () demonstrações
- () orientações
- () leituras
- () projeções
- () gravuras
- () visitas aos setores
- () discussão de grupo

Especificar outros meios adotados:
