

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO CLIENTE
ADULTO, COM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS DOS
MEMBROS INFERIORES, VISANDO A PROMOÇÃO
DO AUTOCUIDADO*

*Laura Maria Dubois da Costa***
*Carlos Eduardo Moretto***
*Cary Sonia Gaudagnin da Silva***
*Maria Eloisa Fumegalli***
*Sigrun Schüttel***
*Virginia Leismann Moretto***

RESUMO: O presente estudo visa avaliar a correlação ou não entre a assistência de enfermagem prestada aos clientes portadores de afecções ortopédicas, com imobilização dos membros inferiores, no 1.º, 3.º e 6.º pós-operatório, observando se a mesma está ou não, dirigida para o autocuidado.

1 – INTRODUÇÃO

“O ser humano é um todo não divisível; portanto, qualquer desequilíbrio na dinâmica de seus fenômenos vitais vai refletir em todo o organismo”. (HORTA, 1974).

Com esta citação de HORTA procuramos mostrar que, no início da doença o indivíduo reage da mesma forma que em outras crises de sua vida, podendo ter reações complexas que envolvam seu intelecto e emoções. Já, no momento em que se torna necessária a internação e o indivíduo passa a depender de outros para satisfazer suas necessidades básicas, inicia-se um processo regressivo pois o mesmo estará ameaçado em sua auto-estima.

É de responsabilidade da enfermagem proporcionar medidas que o levem a conhecer, identificar e participar de sua terapêutica tornando-o, desta forma, mais independente e mais motivado para auxiliar na recuperação de sua saúde.

*Trabalho apresentado para conclusão da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto III, orientado pela Profa. Magny Maria Fontanive Becker.

**Alunos do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

O processo de enfermagem, mais especificamente o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, deve ser dirigido de modo a tornar o indivíduo hospitalizado independente dos cuidados de enfermagem tendo como finalidade alcançar o autocuidado.

1.1 — Justificativa do Trabalho

Ao entrarmos em contato com pacientes impossibilitados de usar os membros inferiores ou, até mesmo, movimentá-los no leito (em virtude de pós-operatório imediato e mediato) sentimos dificuldade para avaliar quais atividades e/ou procedimentos o paciente estava em condições de realizar sozinho, com auxílio ou, ainda, se havia a necessidade de que fossem realizados integralmente.

Com isso, surgiu a idéia de avaliarmos o nível de dependência dos clientes com restrição de movimentos dos membros inferiores, utilizando-se, para tanto, um instrumento baseado nos níveis de dependência sugeridos por HORTA.

Escolhemos, ainda, clientes com imobilização de movimentos dos membros inferiores porque estes, geralmente, se mostraram mais dependentes dos cuidados de enfermagem no atendimento de suas necessidades.

1.2 — Objetivos

Foram, após amplas discussões, formulados os seguintes objetivos:

- Avaliar a existência de correlação, ou não, entre a assistência de enfermagem prestada (constatada através dos itens da prescrição de enfermagem) e a evolução dos clientes (através de observações realizadas no 1.º, 3.º e 6.º pós-operatórios — P.O.).
- Observar se a prescrição de enfermagem está ou não dirigida ao auto-cuidado.

1.3 — Importância do Assunto

Na assistência ao cliente com restrição dos movimentos a enfermagem deve estar atenta para dois aspectos principais: evitar complicações secundárias e promover a reabilitação do cliente.

OLIVEIRA (1981) concluiu em sua dissertação que *“as complicações secundárias e as alterações psico-sócio-espirituais apresentadas pelos pacientes em tratamento cirúrgico ortopédico dos membros inferiores, não estão na dependência do tipo de cirurgia ou aparelho gessado*

utilizado no tratamento, mas relacionados à qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente”.

Este mesmo autor coloca que o enfermeiro que atua na área de ortopedia precisa ter um preparo que lhe permita diagnosticar e interpretar as situações, para prescrever cuidados compatíveis com as necessidades psicossomáticas do cliente.

Além disso, o cliente é um ser humano, que deve ser o sujeito das suas situações de vida e não apenas objeto, passivo. Observamos que a tendência da maioria dos clientes é tornarem-se dependentes da assistência de enfermagem.

Surge, então, a necessidade de incentivar o autocuidado nestes clientes, fazendo-os participantes do tratamento, sujeitos de sua reabilitação e readaptação na sociedade.

Devemos estar atentos para que estes dois aspectos — a prevenção de complicações secundárias e a busca da reabilitação do cliente e sua independência — estejam em equilíbrio dinâmico na assistência de enfermagem. Para conseguirmos atingir o equilíbrio é necessário que avaliação constante do nível real de dependência de cada cliente na situação em que o mesmo se encontra.

Além disto, é importante que haja integração entre o enfermeiro e a equipe multidisciplinar, pois cada caso é único, e nem todos os clientes têm a mesma evolução dentro do quadro clínico da patologia pela qual está acometido.

1.4 – Definição de Termos

Julgamos necessário fazer a definição de alguns termos, tendo em vista a importância de sua correta compreensão ao longo deste trabalho.

Dependência — é um estado ou caráter de dependente; que por sua vez significa estar subordinado à alguém. FERREIRA (1975). Na enfermagem, entendemos esta relação como sendo o paciente o subordinado, dominado e a equipe de enfermagem os dominadores.

Paciente — (do latim, *patiens-tis*) que atura, que suporta, que sofre. TORRINHA apud BECKER (1983). Considerando a restrição ou limitação no contexto da área da saúde, significa *“pessoa doente, que está sob cuidados médicos”*. BECKER (1983). Tem sentido estático, não dinâmico.

Segundo FERREIRA (1975) é *“resignado, conformado, que espera serenamente resultado; pessoa que padece, doente, pessoa que está sob cuidados médicos; vítima, o que sofre ou que é objeto de uma ação praticada por um agente”*.

Cliente — (do latim *cliens-entis*) protegido; que está sob proteção de; que está sob o patrocínio de alguém. (TORRINHA apud BECKER (1983). O uso do termo no campo da saúde significa *"pessoa que confia na ação de quem possa satisfazer-lhe as expectativas. Tem sentido dinâmico, ativo"*. (BECKER, 1983).

Autocuidado — segundo NUNES & OREM, apud GALPERIM (1983), são aquelas *"ações que envolvem cuidado próprio, executadas com finalidade de promoção, manutenção, restauração da saúde e convivência com efeitos e limitações da saúde"*. NEVES, apud GALPERIM (1983), conceitua autocuidado como sendo um *"comportamento auto-iniciado, autodirigido que denota uma função mais ativa do que passiva do indivíduo"*

Mobilidade — segundo SILVEIRA (1976), é a *"habilidade para mover-se livremente, sendo um dos principais atributos pelos quais o homem se define e se expressa e pelo qual é medida a sua saúde e aptidão física"*.

Imobilidade — segundo FERREIRA (1975) é a *"qualidade ou estado do que é imóvel; estabilidade; fixidez; impossibilidade"*. SILVEIRA (1976) a conceitua como *"qualquer limitação dos movimentos dos clientes ou dos processos fisiológicos"*.

2 — REVISÃO DA LITERATURA

2.1 — Aspectos Relativos a Mobilização/Imobilização

O cliente com membros inferiores imobilizados devido à cirurgia ortopédica representa um desafio especial para a enfermagem. É um cliente que requer repouso no leito e que, portanto, requer mobilização precoce. PINTO (1979) refere que ocorre uma insuficiente mobilização desses clientes devido à equipe de saúde ter um número de membros insuficientes, não conhecendo o cliente, suas necessidades e sua doença e, também, pela falta de orientação do cliente pela enfermagem quanto a importância de sua mobilização precoce e mais rápida recuperação.

SILVEIRA (1976) relata que a mobilidade é uma necessidade psicobiológica. Esta autora compreende locomoção ou marcha como a *"resultante de um conjunto harmônico e sinérgico de movimentos, executados pelos membros e tronco sob o comando do sistema nervoso central"*.

Segundo DU GAS (1977), função motora normal depende dos sistemas esqueléticos, muscular e nervoso, principalmente, sendo que o sis-

tema circulatório também é indispensável para manter os três anteriormente citados.

Quando estes sistemas são afetados por traumatismos, doenças ou problemas congênitos, isto afeta a função motora. Clientes cirúrgicos geralmente têm seus movimentos restringidos pela dor e pela necessidade de evitar movimentos.

SILVEIRA (1976) refere-se, ainda, a limitação externa causada por monitores cardíacos, respiradores, cateteres intravenosos, e até as normas e rotinas, limitação na visita como sendo fator de orientação externa.

Quanto às habilidades motoras necessárias para a realização das atividades diárias, DU GAS (1977) coloca que o indivíduo as realiza usando sua capacidade de movimentar as partes do corpo e de controlar estes movimentos, desenvolvendo habilidades motoras. Habilidade motora significa uma série de movimentos coordenados que permitem o desenvolvimento de habilidades refinadas.

DU GAS (1977) cita ainda, como problemas que fazem com que o cliente necessite a ajuda do enfermeiro: incapacidade ou limitação para erguer a cabeça; segurar objetos; movimentar-se no leito; virar de um lado para o outro; erguer as nádegas quando em decúbito dorsal ou posição sentada (no uso da comadre); sentar-se; ficar em pé; mudar de lugar, da cama para a cadeira e vice-versa; andar.

Considerando a importância de ampliar o conceito de imobilidade, SILVEIRA (1976) considera que devemos levar em consideração não apenas nossos próprios pontos de vista, mas, acima de tudo, os valores dos clientes. Conseqüentemente, levanta quatro aspectos quanto a impossibilidade de movimentação: (a) imobilidade física que é a limitação dos movimentos ou dos processos fisiológicos; (b) imobilidade emocional, que ocorre em situações catastróficas ou esmagadoras, quando o "stress" excede a capacidade de luta; (c) imobilidade social, devido à alteração da interação social normal do paciente pelo seu estado de saúde e tratamento; e a (d) imobilidade intelectual, que se refere aos pacientes que não podem enfrentar sua doença sem conhecimento adequado sobre a mesma e seu tratamento.

Deve-se também levar em consideração os clientes cujas capacidades intelectuais estão afetadas por arteriosclerose cerebral, acidente vascular, retardamento mental, presença de valores e cultura que formam uma barreira para a compreensão da doença.

A imobilização traz uma série de alterações para o organismo. Segundo DU GAS (1977), todos os sistemas do organismo funcionam melhor quando estão ativos. O desuso do sistema neuro-muscular, p.ex.,

leva rapidamente à degeneração e, conseqüentemente, perda de sua função. Se os músculos não são mobilizados, o processo degenerativo se inicia quase que imediatamente, diminuindo seu tônus diariamente 5% na ausência de qualquer contração muscular.

Por outro lado, a restauração do tônus muscular é um processo muito lento, podendo levar meses e até anos para se completar. SILVEIRA (1976) coloca que, embora o descanso signifique proteção para o órgão doente, ele resulta em perda progressiva da capacidade funcional para os órgãos normais.

Na maioria dos doentes, os exercícios podem ser iniciados assim que for ultrapassado o período crítico. Os clientes que não podem sair do leito devem ser exercitados no leito, por meio de exercícios ativos e passivos, conforme a tolerância. Estes exercícios são de responsabilidade da enfermeira.

DU GAS (1977) ressalta que o cliente não deve ser deixado sozinho enquanto sua comida esfria por não alcançá-la, deve ser movimentado a intervalos regulares, receber ajuda imediata nas suas necessidades de eliminação, bem como sair do leito, sentar na cadeira ou ir para a cadeira de rodas, etc. A enfermeira deverá ter o discernimento e ser flexível o suficiente para verificar e fazer o que é prioritário em cada situação.

2.2 – A reabilitação do cliente

DU GAS (1977) define reabilitação como sendo a *“devolução do indivíduo que esteve doente ao seu nível de saúde física, social e mental o mais completo possível”*. Ainda coloca que *“a reabilitação deve estar presente no plano terapêutico de cada paciente”*. Não começa apenas quando a enfermidade ultrapassou a sua fase aguda, nem com a responsabilidade única dos serviços especializados, mas que deve ser concomitante com o início do tratamento; a devolução do cliente a um papel ativo na sociedade, na medida do possível, deve ser objetivo de toda a assistência a ele prestada.

O fundamental é fazer o paciente acreditar em si mesmo e no seu próprio desenvolvimento, valorizar-se como cidadão e sentir-se parte integrante da sociedade com direitos e deveres.

Um dos métodos modernos usado na reabilitação é a terapia ocupacional. Proporciona atividades física e mental, descarga emocional e alívio das preocupações. Também os pacientes cirúrgicos que apresentam imobilização dos membros inferiores deve ter este tipo de ativi-

dade, manter vida social, gozar de ar livre, interessar-se pelas coisas que o cercam e conseqüentemente pelo seu próprio tratamento.

O preparo para alta inicia-se já na admissão do cliente. Para este momento, não só o cliente precisa estar em condições de alta, mas também a família e o lar que deve recebê-lo.

2.3 – Grau de Dependência

Segundo HORTA (1979), analisando os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de enfermagem. Estes, em nova análise, levam a identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do cliente em relação à enfermagem, para seu atendimento.

No caso do presente estudo, uma das necessidades básicas afetadas é a mobilidade do cliente, logo, avaliamos o grau de dependência em função deste aspecto.

HORTA (1979) prossegue relatando que quanto à natureza o grau de dependência pode ser parcial ou total. Na dependência total está implícita a extensão, compreendendo tudo aquilo que a enfermagem faz pelo ser humano, quando este não tem condições de fazer, seja qual for a causa.

Em dependência parcial, a assistência de enfermagem pode situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, havendo uma ordenação seqüencial e interrelacionada desta assistência, isto é, quando a dependência é de ajuda, esta implica necessariamente em orientação, supervisão e o encaminhamento quando couber.

2.4 – Aspectos Relativos à Prescrição de Enfermagem

PAIM (1976) define Prescrição de Enfermagem como sendo “*o modo formal e escrito, documentado com antecedência, em lugar apropriado, a ordem do enfermeiro para intervir com cuidados de enfermagem, em determinada situação do paciente*”.

PAIM et alii (1974), referindo-se a elaboração do plano de cuidado, afirmam que

“ . . . o enfermeiro é quem o prescreve e, portanto, assina; decide o que deve ser executado e delega o restante; supervisiona a execução, avalia a qualidade do cuidado prestado e registra a evolução da situação do paciente; mobiliza os recursos necessários a toda uma prestação de cuidados e, desenvolve com o paciente relações construtivas”.

O enfermeiro lidera sua equipe e é responsável pelas ordens de enfermagem no plano de cuidados do cliente. Este aspecto implica na responsabilidade quanto à assistência prestada, visto que a mesma provém do registro das intervenções sob a forma de prescrição de enfermagem, que é uma das partes deste plano de cuidados.

As ordens de enfermagem, ao serem dadas apenas verbalmente, correm o risco de se tornarem menos racionais, de serem erroneamente interpretadas pelo executor e de ficarem em nível apenas de relatório. Haverá dificuldade de se avaliar o processo de resolução de problemas que deve ter sido utilizado pelo enfermeiro ao emitir as ordens; e será difícil reconhecer a verdadeira responsabilidade do enfermeiro, que deve existir no ato de indicar o cuidado de enfermagem adequado a cada cliente.

JOHNSON apud PAIM (1976) coloca que a enfermagem se baseia em dois ramos de conhecimento:

"1 – previsão de necessidades, detectadas as que são afetadas – diagnóstico de enfermagem;

2 – intervenção adequada – plano de cuidados de enfermagem".

Conclui que, a atribuição específica do enfermeiro é a de satisfazer as necessidades do cliente.

A qualidade de enfermagem não é indicada pelo tempo gasto em outras atividades, mas essencialmente pelo tipo de cuidado que é indicado pelo enfermeiro e prestado ao cliente por todos os membros da equipe de enfermagem.

CIUCA apud PAIM (1976) divide historicamente o plano de cuidados em três etapas:

1.º) Comunicação;

2.º) Avaliação e diagnóstico;

3.º) Abordagem multidisciplinar.

2.4.1 – Aspectos que influenciam na não realização do plano de cuidados

Conforme BARRET (1973) há insatisfação dos enfermeiros com a qualidade dos cuidados de enfermagem e que estes alegam não poder se dedicar ao paciente, devido aos encargos administrativos que lhes são atribuídos. Chama os enfermeiros para uma análise dessas atividades no sentido de discriminar quais as suas próprias, e quais podem ser exercidas por outros.

FERREIRA-SANTOS (1973) coloca que o comportamento dos enfermeiros no sistema social hospitalar é evasivo, pois estes refugiam-se

em funções administrativas, ao invés de buscar o equilíbrio entre essas funções e aquelas que, segundo declara são as mais importantes, as relativas ao *"cuidado integral do paciente"*.

McMAIN apud PAIM (1977) discorre sobre a importância do levantamento de dados na prática profissional. Diz que a tendência dos enfermeiros é utilizar a intuição. Comparando a enfermagem com outras profissões, concluiu que somente os enfermeiros não definiram seus métodos na prática profissional.

2.4.2 – Implementação do Plano de Cuidados

Segundo PAIM (1978)

"O enfermeiro da Unidade de Internação precisa entender que sua principal responsabilidade está na qualidade do cuidado de enfermagem que é prestado às pessoas hospitalizadas. . . Quando os enfermeiros admitem essa afirmativa como verdadeira, de modo geral, interessam-se por estudar o próprio processo de assistência".

YURA apud PAIM (1977) trata sobre processo de enfermagem como uma forma sistemática de determinar os problemas dos clientes, elaborar planos para resolvê-los, implementar o plano e avaliar a extensão do efeito desses planos na resolução dos problemas identificados.

Dentro deste processo de assistência, em qualquer situação, há sempre um esquema básico, de referência, onde se identificam os seguintes elementos: identificação de problemas, prescrição de cuidados e controle da evolução do cliente.

Os próprios clientes aprendem a participar com demonstrações de interesse por sua auto-avaliação, expressando mais facilmente aos enfermeiros sobre a evolução de suas situações. Essa forma de cooperação dos clientes tem alta validade quando é aceita e entendida pelos enfermeiros como uma forma de estímulo ao autocuidado.

Dentro dessa fase, e relacionado ao cliente ortopédico, a enfermeira precisa saber avaliar a capacidade motora dos mesmos para poder desenvolver um plano de cuidados adequado. Deve estar a par do prognóstico do cliente, se realiza fisioterapia, se tem restrição de movimentos (como repouso no leito), se existe proibição de exercícios.

A segunda etapa compreende a tomada de decisão para indicar qual o tipo de cuidado a ser prestado, ou seja, em que categoria de necessidade ele incidirá predominantemente; qual o seu propósito; qual a possibilidade do cliente executá-lo ou não; e qual a melhor distribuição de horários para a execução de cada cuidado.

Nesta etapa, o enfermeiro, por conhecer o cliente, faz a determinação do nível de dependência (enfermagem-cliente), para a execução do cuidado indicado. Isso envolve um conceito de autocuidado para o cliente e para a abordagem de enfermagem.

Segundo PAIM (1978) deve prevalecer o seguinte critério:

- “– se o paciente nada pode fazer para a execução do cuidado. dependência total;*
- se o paciente pode ser estimulado a colaborar na execução do cuidado. dependência de ajuda;*
- se o paciente precisa apenas ser orientado para se cuidar dependência de orientação;*
- se o paciente depende de outro membro da equipe multiprofissional, interna ou externa em relação ao hospital, para ser cuidado ou cuidar-se. dependência de encaminhamento”.*

Os níveis de dependência enfermagem-cliente anteriormente referidos funcionam como guias para que o enfermeiro determine o modo de executar o cuidado. A classificação é uma aplicação prática dos níveis de dependência propostos por HORTA (1979) os quais, na sua proposição original, não se referem ao cuidado, mas aos problemas e necessidades do paciente.

YURA, OREM e KRON, apud PAIM (1977) destacam que sempre deve ser realizada uma avaliação da extensão do efeito desse plano, um controle das ações assistenciais e uma avaliação dos resultados das ações de enfermagem no estado do cliente.

2.5 – Aspectos sobre Autocuidado

O ser humano, segundo HORTA (1979) é participante ativo do seu autocuidado, entretanto, necessita o auxílio de profissional habilitado para o reconhecimento das suas necessidades, sendo que isto relaciona-se diretamente com a orientação dada pelo enfermeiro ao cliente no sentido de torná-lo o mais independente possível da assistência de enfermagem.

OREM apud GALPERIM (1983), refere que, do ponto de vista da enfermagem os seres humanos têm necessidade de auto-manutenção contínua que é feita através da auto-regulação, por um tipo de ação chamada autocuidado.

HORTA (1971) já se referia ao autocuidado ao dizer que tudo o que o paciente pode fazer por si mesmo, menor ansiedade lhe causará

fazê-lo, e será melhor para ele, ainda que a pessoa encarregada seja eficiente.

NUNES & OREM, apud GALPERIM (1983) conceituam autocuidado como *"ações que envolvem cuidado próprio, executadas com finalidade de promoção, manutenção, restauração da saúde e convivência com efeitos e limitações da saúde"*. OREM ainda coloca que o autocuidado é o cuidado que é desempenhado por uma pessoa para si própria, quando ela atinge um estado de maturidade que a capacita a agir de maneira consistente, controlada, efetiva e com objetivo.

SULLIVAN apud GALPERIM (1983) concluiu que *"a função ativa de um indivíduo como tomada de decisão, pressupõe necessidade de congruência entre as dimensões psicológicas, cognitivas, sociais e físicas do autocuidado"*.

Isto revela que o comportamento dos enfermeiros e outros profissionais da saúde, que dão ordem ao cliente, é um atentado ao autocuidado.

A competência para o autocuidado é caracterizada para esta autora como *"o poder inerente dos indivíduos de se engajarem no autocuidado de forma a atender suas necessidades individuais"*. Para o exercício desse poder são necessários alguns comportamentos ou habilidades, passando pelas etapas de discernimento do significado da necessidade, do cuidado, manutenção ou não deste, conhecimento de suas consequências, decisão se deve ou não ser feito, e a ação propriamente dita.

NEVES apud GALPERIM (1983) cita três elementos a serem incluídos no sistema de autocuidado do cliente. O primeiro deles é a competência do indivíduo para desempenhar as atividades que o leva ao autocuidado, seguindo-se a demanda terapêutica de autocuidado, que necessita de um objetivo pré-estabelecido; e ainda deve-se levar em consideração a competência do enfermeiro em planejar e implementar um sistema de enfermagem dirigido às necessidades de assistência do cliente.

Os fatores psicológicos e sociais que interferem no autocuidado segundo a NDCG são:

Grupo 1 – Fatores condicionadores;

Grupo 2 – Autocuidado na doença e na saúde;

Grupo 3 – Exigências comportamentais e de recursos de autocuidado.

2.5.1 – Implicações do autocuidado

GALPERIM (1983) coloca que, para o ensino e a prática da Enfermagem:

- os clientes valorizam comportamentos de autocuidado, que lhes dão maior autonomia durante a internação;
- tanto os docentes como a equipe de enfermagem poderiam buscar conhecer a opinião dos clientes relativa a cuidados, normas e rotinas as quais este deve submeter-se.

A partir disso, avaliar a validade dessas normas e rotinas, e a forma como prestam cuidado aos clientes.

3 – MATERIAL E MÉTODOS

3.1 – Local

A coleta de dados foi realizada em um hospital geral e de ensino de Porto Alegre, numa unidade de internação cirúrgica, ortopédica e traumatológica. Neste hospital existem enfermeiros nos três turnos de trabalho.

3.2 – População

A população constou de clientes em pós-operatório de cirurgia ortopédica de membros inferiores, hospitalizados na unidade de internação cirúrgica, ortopédica e traumatológica do referido hospital.

3.3 – Amostra

A amostra foi constituída de 15 clientes, no período de 15 de maio à 08 de junho de 1985. Os critérios para escolha da amostra foram:

- clientes que aceitassem participar do trabalho;
- clientes que realizaram cirurgia ortopédica, com imobilização dos membros inferiores, em primeiro pós-operatório imediato (1º P.O.).
- dados de todos os clientes em 1º P.O. naquele dia, responsabilizando-se, também, pelas observações subseqüentes dos mesmos no 3º e 6º P.O.

O instrumento foi aplicado pelos autores do trabalho, através da consulta aos prontuários, visita ao cliente e contribuição dos enfermeiros da Unidade.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir apresentaremos o tratamento estatístico dos dados coletados, obtidos através do instrumento de observação descrito anteriormente.

Os dados estão apresentados sob a forma de tabelas, sendo que as Tabelas de 1 a 7 referem-se aos dados observados através do modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão.

Na Tabela 8 estão apresentados os resultados referentes aos dados obtidos através da avaliação dos itens da prescrição de enfermagem.

TABELA 1

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO CLIENTE SOBRE
A SUA DOENÇA NO 1.º, 3.º E 6.º P.O.

P.O. Conhecimento	1.º		2.º		3.º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Correto (0)	5	33,34	4	26,67	4	26,67
Semi-correto (1)	8	53,33	7	46,67	5	33,33
Incorreto (2)	—	—	—	—	—	—
Ignora (3)	2	13,33	2	13,33	—	—
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

A maioria das avaliações efetuadas incidiu sobre a categoria semi-correto (53,33%; 46,67% e 33,33%) em todos os P.O. Observa-se uma redução no número de resposta sobre o conhecimento do cliente da sua doença no decorrer dos P.O., devido ao número crescente de altas hospitalares ocorridos antes do término da coleta de dados. Os dados nos mostram que 13,33% dos clientes ignora qualquer aspecto sobre sua doença no 1.º P.O., e continua ignorando no 2.º P.O. Com relação a esta categoria, no 3.º P.O., formulam-se duas alternativas: ou ocorreu melhora no nível de conhecimento, ou ocorreu a alta hospitalar.

TABELA 2

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE DEAMBULAÇÃO DO
CLIENTE NO 1º, 3º E 6º P.O.

P.O. Deambulação	1º		2º		3º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Ambulante (0)	—	—	—	—	—	—
Ambulante com auxílio (1)	1	6,67	—	—	1	6,67
Maca/cadeira (2)	—	—	7	46,67	5	33,33
Acamado (3)	14	93,33	6	40,00	3	20,00
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

Os dados desta tabela demonstram que o número de clientes acamados diminui no transcorrer do 1º, 3º e 6º P.O. (93,33%; 40,00% e 20,00%). Nota-se que no 1º P.O., apenas um cliente apresentou condições de deambulação com auxílio (6,67%). Podemos observar que a evolução dos clientes em termos de deambulação foi favorável, tendo ocorrido, até o 6º P.O., seis altas hospitalares (40,00%).

TABELA 3

AVALIAÇÃO DA MOTILIDADE DO CLIENTE NO
1º, 3º E 6º P.O.

P.O. Motilidade	1º		2º		3º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Total (0)	—	—	—	—	—	—
Parcial (1)	10	66,67	11	73,34	8	53,33
Mínima (2)	5	33,33	2	13,33	1	6,67
Nenhuma (3)	—	—	—	—	—	—
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

Os resultados apresentados nesta tabela nos demonstram que a categoria que mais ocorreu foi a motilidade parcial (66,67%; 73,34% e 53,33%). Houve uma diminuição importante na categoria mínima (33,33%; 13,33% e 6,67%) no decorrer dos P.O. Nota-se, também, que as categorias *total* e *nenhuma* não foram evidenciadas.

TABELA 4
 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL DO CLIENTE NO
 1.º, 3.º E 6.º P.O.

P.O. Estado mental	1.º		2.º		3.º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Consciente (0)	14	93,33	12	80,00	8	53,33
Desorientação no tempo e espaço (1)*	1	6,67	1	6,67	1	6,67
Semi-consciência (2)	—	—	—	—	—	—
Fases de inconsciência (3)	—	—	—	—	—	—
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

*O cliente que apresentou desorientação no tempo e espaço, manteve-se assim devido a problemas psiquiátricos.

Verifica-se com os resultados desta tabela que a quase totalidade dos clientes manteve-se consciente (93,33%; 80,00%; 53,33%) no transcorrer da coleta de dados.

TABELA 5

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO AMBIENTE DURANTE
O 1.º, 3.º E 6.º P.O.

P.O. Condições ambientais	1.º		2.º		3.º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Favorável (0)	2	13,33	1	6,67	—	—
Semi-favorável (1)	13	86,67	12	80,00	9	60,00
Difícil (2)	—	—	—	—	—	—
Desfavorável (3)	—	—	—	—	—	—
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

Observa-se por esta tabela que a maioria dos clientes tinha condições ambientais *semi-favoráveis* (86,67%; 80,00% e 60,00%) e estas se mantiveram. Pode-se constatar que o indicador condições ambientais não teve uma variação importante. A frequência diminuiu na medida em que ocorreram as altas hospitalares.

TABELA 6

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS
DO CLIENTE NO 1.º, 3.º E 6.º P.O.

P.O. Condições sócio-econômicas	1.º		2.º		3.º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Muito boa (0)	1	6,66	1	6,66	1	6,66
Boa (1)	7	46,67	6	40,00	4	26,67
Regular (2)	7	46,67	6	40,00	4	26,67
Má (3)	—	—	—	—	—	—
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

Pelos dados apresentados na tabela, observamos que a maioria dos clientes apresenta condições sócio-econômicas distribuídas entre as categorias *boa* e *regular* (46,67%; 40,00% e 26,67%). Notamos que não houve alterações quanto a frequência, uma vez que a diminuição da ocorrência, no decorrer dos P.O., é devida à alta hospitalar.

TABELA 7

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA, SEGUNDO O MODELO OPERACIONAL, NO 1.º, 3.º E 6.º P.O.

P.O.	1.º		2.º		3.º	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
0	—	—	—	—	—	—
1 (até 6 pontos)	4	26,67	7	46,67	6	40,00
2 (7 a 12)	11	73,33	6	40,00	3	20,00
3 (13 a 18)	—	—	—	—	—	—
Alta hospitalar	—	—	2	13,33	6	40,00
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00

O grau de dependência que teve maior frequência no 1.º P.O. foi o grau 2, tendo o mesmo diminuído sucessivamente no 3.º e 6.º P.O. Ao contrário, o grau 1 teve um aumento na sua frequência (26,67%; 46,67% e 40,00%). Notamos que esta diminuição no grau de dependência, observado através do aumento da frequência do grau 1, deve-se a evolução favorável dos pacientes e ao aspecto alta hospitalar.

TABELA 8

QUANTIFICAÇÃO DOS VERBOS ENCONTRADOS NAS PRESCRIÇÕES
DE ENFERMAGEM DOS CLIENTES NO 1.º, 3.º E 6.º P.O.

Aspecto avaliado/P.O. Verbo utilizado	Hig. Corporal					Hig. Oral					Ex. Ativos e Pass.					Ex. Isométricos					Massagem Panturrilhas					Total Parcial								
	10	15	30	45	60	10	15	30	45	60	10	15	30	45	60	10	15	30	45	60	10	15	30	45	60	10	15	30	45	60				
Realizar	5		33,33	1	6,66	-	-	-	-	-	1	6,66	1	6,66	-	-	-	-	-	-	9	60,00	7	46,66	5	33,33	15	20,00	9	12,00	3	6,66		
Auxiliar	5		33,33	6	40,00	7	46,66	1	3,33	1	3,33	1	3,33	1	3,33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	8,00	7	9,33	8	10,66		
Oferecer material	-	-	3	20,00	-	14	93,33	10	66,66	7	46,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	18,66	13	17,33	7	9,33		
Estimular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	13,33	2	13,33	4	26,66	-	-	-	-	1	6,66	-	-	-	-	-	2	2,66	2	2,66	5	6,66	
Orientar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,33	-	-	-	-			
Insistir	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,66	1	6,66	1	6,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,33	1	1,33	1	1,33		
Supervisionar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	13,33	2	13,33	2	13,33	-	-	-	-	1	6,66	-	-	-	-	-	2	2,66	2	2,66	3	4,00	
Sem verbo	5		33,33	2	13,33	1	6,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	6,66	2	2,66	1	1,33			
Sem prescrição para o item	-	-	-	-	-	-	-	1	6,66	-	8	53,33	6	40,00	1	6,66	15	100,00	12	80,00	6	40,00	6	40,00	5	33,33	3	20,00	29	38,66	24	32,00	10	13,33
Sem prescrição	-	-	1	6,66	1	6,66	-	-	1	6,66	-	-	1	6,66	1	6,66	-	-	1	6,66	1	6,66	-	-	1	6,66	1	6,66	-	-	5	6,66	5	6,66
Alta hospitalar	-	-	2	13,33	6	40,00	-	-	2	13,33	6	40,00	-	-	2	13,33	6	40,00	-	-	2	13,33	6	40,00	-	-	2	13,33	6	40,00	-	-	10	13,33
TOTAL	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	15	100,00	75	100,00	79	100,00	75	100,00

Constatamos que os verbos que indicam dependência total tiveram maior freqüência no 1º P.O. (20,00%), com importante diminuição no 3º e 6º P.O. (12,00%; 6,66%). Os verbos que indicam dependência de ajuda foram os mais empregados, mantendo a mesma freqüência no 1º e 3º P.O. (26,66%) e decrescendo no 6º P.O. (20,00%).

Observamos a ocorrência de um discreto aumento nos verbos que indicam dependência de orientação (5,33%; 4,00%; 8,00%), o mesmo acontecendo com os verbos que indicam dependência de supervisão (2,66%; 2,66%; 4,00%).

A Tabela mostra que é grande a ocorrência, nos aspectos exercícios passivos e ativos, exercícios isométricos e massagem nas panturrilhas da não prescrição para estes itens.

Constatamos a falta de prescrição de enfermagem para um cliente, tanto no 3º como no 6º P.O.

Ocorreram 2 altas por ocasião do 3º P.O. e 6 altas por ocasião do 6º P.O.

Observa-se a falta de verbo na prescrição do aspecto higiene corporal (33,3%; 13,33%; 6,66%) no decorrer da coleta de dados.

5 – CONCLUSÕES

Após a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho chegamos as seguintes conclusões:

- Houve uma evolução positiva no quadro clínico dos clientes quanto ao grau de dependência no decorrer dos pós-operatórios.
- Constatamos o emprego adequado dos verbos, de acordo com o grau de dependência evidenciado, na maioria dos itens analisados da prescrição de enfermagem.
- Em um item da prescrição de enfermagem, verificamos a ausência de verbo, bem como o uso inadequado do mesmo quanto ao grau de dependência do cliente (higiene corporal).
- Consideramos a prescrição de enfermagem incompleta, por não conter ordens de enfermagem com relação à saída do cliente do leito, sentar na cadeira, auxílio na deambulação.
- A prescrição de enfermagem proporciona evolução favorável do cliente quanto à sua independência.
- Com relação ao modelo operacional sugerido por Wanda Horta e utilizado pelo grupo, observamos que alguns indicadores tais como: conhecimento, estado mental, condições do ambiente e condições sócio-econômicas não modificaram seu valor ao longo da internação do cliente. Portanto, na contagem final para a ava-

liação do grau de dependência do cliente, o resultado não variava ou, quando o fazia era de forma que não alterava muito o resultado final (grau de dependência).

- Constatamos o uso inadequado do verbo *realizar* quanto ao item exercícios ativos, uma vez que quem realiza a ação é o próprio cliente.

6 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Tendo a amostra do presente trabalho sido muito pequena, surgiram, no decorrer de sua realização, os seguintes questionamentos:

- Se os funcionários conseguem interpretar o grau de dependência, manifesto através dos verbos utilizados na prescrição de enfermagem, bem como implementar a assistência, tendo em vista a implicação de suas ações na recuperação dos clientes.
- A validade da utilização do verbo *orientar* na prescrição de enfermagem, devido a esta atividade ser de competência específica do enfermeiro.
- Sendo os aspectos exercícios ativos e passivos, exercícios isométricos e massagem nas panturrilhas importantes para a manutenção do tônus muscular, ativação da circulação, etc., e portanto para a recuperação do cliente, sentimos que deveria ser dada uma maior atenção a estes itens na prescrição de enfermagem desde o primeiro pós-operatório.

SUMMARY: the present study aims to measure the correlation, if any, between nursing care given for clients with orthopedic affections and immobilization of the lower limbs during the 1st, 3rd, and 6th postoperative periods, checking whether it is directed towards self-care or not.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 – BARRET, Jean: *La enfermera jefe*. 2.ed. México, Interamericana, 1973. 493p.
- 02 – BECKER, Magny Maria F. *Clientes em tração trasesqueléticas; problemas prioritários, expectativas quanto ao atendimento*. Porto Alegre, UFRGS/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1983. 107p. Diss. Mest.

- 03 – DU GAS, Bervelly W. *Enfermagem prática*. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
- 04 – FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- 05 – FERREIRA-SANTOS, C.A. *A enfermagem como profissão*. São Paulo, EDU/EDUSP, 1973.
- 06 – GALPERIM, Mara Regina de O. *Percepção de clientes e membros da equipe de enfermagem de uma unidade de autocuidado acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle*. Porto Alegre, UFRGS/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1983. 172p. Diss. Mest.
- 07 – HORTA, Wanda de A. *A metodologia do processo de enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 26 (6): 81-95, out./dez. 1971.
- 08 – _____. *Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 8 (1): 7-17, mar., 1974.
- 09 – _____. *O processo de enfermagem – fundamentos e aplicação*. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*. São Paulo, 1 (1): 10-6, jan/fev., 1975.
- 10 – _____. *O processo de enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP 1979.
- 11 – OLIVEIRA, Antonia Mendes de. *Co-responsabilidade da enfermeira na equipe multiprofissional ortopédica: prevenção de complicações secundárias*. Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1981. 137p. Tese Mest.
- 12 – PAYM, Lygia. *A prescrição de enfermagem: unidade valorativa do plano de cuidado*. Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1976. 124p. Diss. Mest.
- 13 – _____. *Problemas, prescrições e planos: um estilo de assistência de enfermagem*. Brasília, ABEn 1978. 52p. (Cadernos Científicos, ABEn, 1).
- 14 – _____. *Qualitativos e quantitativos do cuidado de enfermagem*. Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1977. 125p. Tese Dout.
- 15 – PAYM, L. et alii. *Introdução à metodologia do processo de enfermagem*. Guanabara, ABEn, 1974.
- 16 – PINTO, Berenice Moraes. *Avaliação da orientação de enfermagem sobre mobilização em pacientes engessados e com tração dos membros inferiores*. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem, 1979, 115p. Diss. Mest.

- 17 – SILVEIRA, Gilka Xavier. Aspectos assistenciais de enfermagem nas necessidades de locomoção e mobilidade. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2 (5): 258-64, nov. 1976.

ANEXO 1

FICHA DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CLIENTES COM IMOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA E ORTOPÉDICA

Ficha de Observação

Nome do cliente: N.º do leito:
 Tipo de cirurgia: P.O. n.º:
 Idade: anos

Indicador	Conhecimento	Deambulação	Motilidade	Estado Mental	Condições do Ambiente	Condições sócio-econômicas
0	correto	ambulante	total	consciente	favorável	muito boa
1	semi-correto	ambulante c/auxílio	parcial	desorientação no tempo e espaço	semi-favorável	boa
2	incorreto	maca/cadeira	mínima	semi-consciente	difícil	regular
3	ignora	acamado	nenhuma	fase de inconsciência	desfavorável	má

Observações/prescrição de enfermagem:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nome do Observador:

Data:

Endereço do Autor: Laura Maria Dubois da Costa
Author's Address: Trav. Serafim Terra, 49/407
90.000 – Porto Alegre (RS)