

O DESAFIO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM ENFERMAGEM

-- RELATO DE CASOS --

Djair D. Nakamae *

NAKAMAE, D.D. — O desafio da assistência integral em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, 8(1): 38—44, 1974.

Neste artigo procuramos dar ênfase à necessidade por parte da enfermagem em dar atenção adequada aos problemas de natureza psicológica revelados pelos pacientes numa enfermaria geral. Relatamos aqui dois casos em que, a nosso ver, tipicamente tais obstáculos se mostraram relevantes do ponto de vista do atendimento, os quais exigiram urgente diagnóstico da situação e pronta tomada de decisões quanto às providências a adotar. O objetivo é salientar a grave necessidade de preparar os estudantes, na teoria e no campo prático para que tratem convenientemente os problemas psico-sociais de pacientes no âmbito da Enfermagem Médica.

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem englobando o homem como um complexo psicofísico vem desafiando, cada dia mais, os docentes no ensino de campo.

Relatamos aqui experiências vividas em Enfermagem Médica na área de assistência a pacientes portadores de endocrinopatias, os quais, a par de seus problemas de natureza puramente física, revelaram outros de natureza psíquica, que tiveram de ser enfrentados com diligência. Neste

* Auxiliar de ensino da disciplina Enfermagem Médica.

breve relato nosso objetivo é ressaltar que o atendimento aos problemas psico-sociais requer do docente, em certas condições, prioridade de atenção, análise cuidadosa da situação, motivação, orientação e condução criteriosa do estudante.

Como sabemos, o sistema nervoso e o sistema endócrino são os responsáveis pela coordenação das funções de todo organismo. Por isso, um desvio de função em um desses setores de controle poderá levar facilmente, além de outros, a distúrbios de comportamento. Os dois casos descritos, contudo, compunham um quadro caracterizado por um complexo de causas de natureza psico-social e de natureza fisiológica, interligadas, sem que se dispusesse de meios para determinar com certeza, se se tratava desta ou daquela etiologia atuando no desvio comportamental dos pacientes, ou ambas concomitantemente.

Caso 1. Paciente do sexo feminino, de cor branca, 58 anos de idade, com diagnóstico de hipoparatiroidismo, apresentando calcemia baixa. Sabemos que, em níveis baixos de calcemia, aparecem dificuldades no metabolismo, podendo surgir inclusive distúrbios de comportamento.

A paciente encontrava-se já no terceiro dia de internação quando uma aluna foi indicada para prestar-lhe assistência. As anotações mais frequentes da enfermagem eram de que a paciente se apresentava *confusa* e recusando tratamento. Identificamos como problemas prioritários da paciente nesse período os seguintes: pele, mucosa e anexos em precárias condições de limpeza; escabiose determinando lesões e prurido intenso por todo o corpo; abscesso, ocupando dois terços do quadrante superior externo do glúteo direito em fase aguda de supuração e drenando material purulento em quantidade razoável; comportamento negativista manifestado pela rejeição aos funcionários e a todo tratamento de enfermagem. Há três dias não tomava banho, recusava a aplicação de escabicida nas lesões e não permitia que lhe fizessem o curativo. Seu quadro mental se caracterizava pela irritabilidade, desconfiança, obstinação, diminuição da compreensão e da memória relativa a acontecimentos recentes, idéias delirantes, de perseguição (dizia conversar com Deus e receber mensagens do céu e do universo todos os dias pela manhã, manifestava idéias de delírio religioso em toda conversa, atribuindo tudo à vontade divina e, ao mesmo tempo, afirmava estar sendo perseguida e ameaçada por determinados funcionários). Apresentava ainda labilidade de humor: ora entrava em estado de depressão, chorando copiosa-

mente, sem motivo aparente, ora tornava-se excitada, falando e gesticulando muito, com ímpetos de agressividade. Era rejeitada e temida pelas demais pacientes da enfermaria, uma vez que costumava criar animosidades durante a noite.

O que se deveria fazer diante de tal quadro desafiador? Essa situação mostrava-se realmente difícil para uma docente de Enfermagem Médica, normalmente mais preocupada e treinada nos aspectos de terapêutica física. A questão, evidentemente, não poderia ser resolvida apenas com um pedido de transferência da paciente para a Clínica Psiquiátrica. Mesmo porque essa remoção só poderia ser levada a efeito depois que os endocrinologistas tivessem firmado o diagnóstico e tratamento do quadro físico. A visita do psiquiatra, por outro lado, deixou dúvidas sobre a causa daqueles distúrbios de comportamento, tendo sido até mesmo sugerida a hipótese de arteriosclerose cerebral.

Naturalmente, para a docente de enfermagem as indagações e hipóteses levantadas para a determinação das causas de tal desvio de comportamento eram igualmente significativas e importantes. Impunha-se a ela, todavia, a necessidade de uma imediata tomada de decisões acerca do conjunto de procedimentos, visando à adaptação da paciente às condições da enfermaria e à orientação a ser proporcionada à estudante responsável pela assistência. Sob o ponto de vista da docente, partia-se do pressuposto de que não se poderia perder a oportunidade de conduzir a estudante a enfrentar uma situação capaz de lhe propiciar uma experiência de grande valor. É certo que tomava-se essa decisão não sem antes ter na devida conta que se estaria expondo a aluna a possíveis traumas. Era preciso, antes de tudo, para evitar tal situação, mantê-la em contínua observação à distância e orientá-la sobre *o que fazer e o que não fazer*. Intentava-se, sobretudo, levá-la a compreender os desvios de comportamento da paciente, baseada tanto no conhecimento de Psicologia, quanto na empatia e intuição.

A estudante foi conduzida gradativamente a identificar certas unidades de reações afetivas e instintivas, que são inteligíveis e ressoam em nós porque afins ou iguais às nossas. Tal compreensão parece ser a base de todo ensino prático de enfermagem, hoje cada vez mais em evidência no trato diário com os alunos na enfermaria.

Nossos esforços não se revelaram infrutíferos. Pudemos obser-

var que a estudante dispôs-se a ajudar a paciente. Isso foi efetivamente de grande valia, pois houve, por assim dizer, uma ressonância afetiva. A doente passou a confiar na estudante, demonstrando sentir-se segura e aceitando todo o tratamento que esta lhe impunha. Concordou em ser levada diariamente ao chuveiro, colaborando em parte na sua higiene. Permitiu que fossem cuidados seus pés, unhas e cabelos. Deixou de oferecer resistência ao curativo, conquanto chorasse de dor. Não mais impediu que lhe aplicasse escabícida no corpo. Passou a tomar os medicamentos e a manter demorada conversa com a estudante, narrando seus temores. Concordou mesmo em entregar a esta um objeto cortante que portava, segundo disse, como arma de defesa.

Os relatórios de enfermagem dos períodos da tarde e da noite, porém, continuavam com anotação de recusas da paciente aos tratamentos, e *confusão mental*. Os incidentes na enfermaria à noite não cessaram, conquanto a estudante tivesse tido a preocupação de melhorar o ambiente para a paciente, esforçando-se por levar os outros doentes a entenderem que aquele comportamento se devia à moléstia, esclarecendo ainda como conviria reagir em relação a ela. Não é difícil entender porque tais iniciativas não se revelaram satisfatórias; é preciso atentar para o fato de que comumente os funcionários de uma enfermaria geral não têm preparo suficiente para tratar com pacientes dessa natureza e exatamente por esse motivo a transferência da doente para a Clínica Psiquiátrica se impôs, o que foi conseguido dias após.

Caso 2. Paciente feminina, 26 anos de idade, com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* descompensado com complicação de neurite periférica discreta. Filha de pastor protestante, residindo sozinha na Capital paulista, há dois anos, quando iniciou o curso de Letras na Universidade de São Paulo. Relata história de *nervosismo*, tendo sido submetida a psicoterapia de grupo há anos atrás.

Uma estudante foi indicada para dar-lhe assistência de enfermagem por estar apresentando constantes crises de hipoglicemia e necessitar mais intensamente dos cuidados de enfermagem. Os problemas prioritários identificados foram: queixas frequentes de dores pelo corpo e a exigência constante de sedativos injetáveis. Ressalte-se que, todavia, essas dores cediam totalmente com placebo (injeção de água destilada). Recebia insulina NPH 70 U. por dia; ao mesmo tempo, recusava alimento, embora comesse às escondidas. À noite solicitava insistentemente a presença do médico planto-

nista, queixando-se de insônia; ao exame físico simulava perfeitamente uma crise de hipoglicemia. Por exemplo: em certa manhã encontramos a paciente recebendo soro glicosado, gota a gota na veia. A papeleta acusava tres visitas do médico plantonista na noite anterior, o qual prescrevera na primeira vez uma ampola de Sossegon IM; na segunda vez, soro glicosado hipertônico 20 ml EV e, na terceira, 500 ml de soro glicosado a 5%, gota a gota na veia. Entre a primeira e segunda prescrição fora colhida uma amostra de urina, que ficara guardada sem ser examinada pelo médico. Na dosagem dessa urina pela manhã, encontramos duas cruces de glicose e de corpos cetônicos pelo método labstix. Constatamos então que a paciente estava em hiperglicemia, como provou o exame de urina, e que, no entanto, conseguiu simular perfeitamente o contrário, isto é, um quadro de hipoglicemia.

Estariamos diante de uma neurose agravada pelo quadro diabético ou de um Diabetes agravados pelo mecanismo neurótico? E como se deveria conduzir a estudante em tal situação?

Pareceu-nos fundamental, como no caso anterior, levar a aluna a estabelecer uma ressonância afetiva com a paciente, partindo, é claro, de uma compreensão, a mais perfeita possível, dos desvios de comportamento observados. Nesse caso, porém, a paciente opôs uma tenaz resistência. Embora a aluna tivesse sido estimulada a usar de muita firmeza, entremeada com bondade, no seu trato diário com a paciente, esta continuou resistindo, permanecendo fechada a qualquer interferência estranha.

Pouco ou nada pudemos fazer para minorar os desencontros e sofrimentos físicos e mentais em que se debatia essa paciente. O tratamento de resistências, como sabemos, constitui-se em um autêntico desafio para os profissionais em doenças mentais. Certamente não faz parte de nossa orientação entrar em tais áreas tão especializadas. De qualquer modo, vale ressaltar aqui que esta foi mais uma de uma série de experiências, ora positivas, que nos encorajam a prosseguir, ora negativas, que nos levam a encaminhar os pacientes aos profissionais da especialidade.

No que toca ao aspecto da orientação aos alunos, no dia a dia de uma enfermaria geral, onde eles se defrontam a todo instante com pacientes apresentando problemas de natureza psíquica interferindo na doença orgânica e vice-versa, a experiência de situações como as relatadas parece ser de grande valia. Assim, acerca do primeiro caso, cabe ressaltar que o estudan-

te viveu uma experiência concreta de como compreender e abordar um paciente em condições psicológicas anormais, ganhar-lhe a confiança, tornando-se um seguro ponto de apoio em seu confuso e desesperador mundo mental. O objetivo visado naquelas circunstâncias foi plenamente alcançado, tendo-se conseguido que a paciente se submetesse a todos os tratamentos de enfermagem de que necessitava.

Por outro lado, para a docente foi igualmente muito positiva a experiência de como conduzir com cautela, gradativamente e sem traumas, um estudante no trato com paciente portador de desvios de comportamento. E, mais uma vez, tem-se a confirmação de como é básico no trabalho diário de uma enfermeira, saber induzir um eficiente relacionamento entre paciente e estudante. O primeiro caso relatado ilustra significativamente o fato de que, uma vez verificada essa transferência positiva, todo o tratamento de enfermagem pode ser conduzido com mais facilidade e eficiência.

O segundo caso, por sua vez, poderia ser mencionado como uma tentativa, digamos, fracassada, posto que a devida *transferência* efetivamente não se registrou. É possível que tenham sido errôneas a abordagem e a condução do caso, não se devendo também descartar a hipótese de que as anomalias apresentadas pela paciente fugissem ao âmbito geral, constituindo-se em problema inscrito em áreas especializadas da enfermagem e da medicina.

Não pretendemos aqui, todavia — é preciso que realcemos esse ponto — registrar os êxitos e malogros da assistência de enfermagem como tais. Interessa-nos, antes de tudo, dar relevo ao fato de que, sob o ponto de vista do aprendizado do aluno, o aspecto importante não reside propriamente na superação do obstáculo (é evidente que para o doente essa circunstância corresponderia ao resultado mais desejável), mas sim no treinamento e exercício da técnica de abordagem de pacientes, identificação e tratamento de seus problemas psico-sociais, no âmbito da Enfermagem Médica.

Se, saber superar dificuldades de tal ordem, encontradas na rotina de uma enfermeira, constitui-se em permanente desafio, não deixa de ser menos desafiadora a tarefa de docência em Enfermagem Médica em preparar adequadamente os alunos para que se tornem aptos a esse tipo de atendimento em sua vida profissional. É um desafio que temos de aceitar e sem nenhuma relutância.

NAKAMAE, D.D. – Complete assistance in Nursing—a challenge. (Case reports). *Rev. Esc. Enf. USP*, 8(1): 40–46, 1974.

In this article, we intend to emphasize the importance of identifying problems related to Psychology applied to Nursing, in a general ward. We report here, two incidents where these problems occurred and needed nursing intervention. Our aim is to point out the importance of training student nurses facing these crucial situations, particularly in the Medical Nursing area.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SEMINÁRIO – sobre Ensino Técnico de Enfermagem – Curitiba, PR–1966.
- BASES PARA ANÁLISE E PLANEJAMENTO DE CURSOS PROFISSIONAIS – Ministério da Educação e Cultura – Diretoria do Ensino Industrial – 1970.
- DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REFORMA DO ENSINO DE 1º E 2º GRAUS – Secretaria de Estado Dos Negócios da Educação do Estado de São Paulo – 1973.
- NOVA LEI DE DIRETRIZES E BASES – Para o ensino de 1º e 2º Graus, 1971. *Lei 5692/71*.
- HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS – Ensino de 2º Grau. Editora Expressão e Cultura – MEC, 1972.
- PARECER Nº 45/72 – Conselho Federal de Educação – Câmara de ensino de 1º e 2º Graus, 1972.
- RELATÓRIOS – Conclusões dos trabalhos da 8ª, 9ª e 10ª Reuniões da Comissão Técnica do Laboratório de Currículos – Área da Saúde – UTRAMIG, 1972.
- CARACTERIZAÇÃO DE HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS DE 2º GRAU Formulários do Centro de Integração Empresa-Escola (CIE-E), 1973.