

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: A VISÃO DO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE AMPUTADO:
RELATOS DE EXPÊRIENCIA**

**EUNÉIA SOLER DOS SANTOS
LUCIANA DE ALMEIDA**

**ASSIS-SP
NOVEMBRO/2009**

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: A VISÃO DO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE AMPUTADO:
RELATOS DE EXPERIÊNCIA**

**EUNÉIA SOLER DOS SANTOS
LUCIANA DE ALMEIDA**

**Monografia apresentada no curso de enfermagem como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em enfermagem**

Orientadora: Enf^a Ms Ivana da Silva Semeghini

**ASSIS-SP
NOVEMBRO /2009**

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

ALUNAS: EUNÉIA SOLER DOS SANTOS
LUCIANA DE ALMEIDA

**TÍTULO: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: A VISÃO DO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE AMPUTADO: RELATOS DE
EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada no curso de enfermagem como parte
dos requisitos para obtenção do título de bacharel em enfermagem

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a Enf^a Ms Ivana da Silva Semeghini

DEDICATÓRIA

A minha família, por todo amor, confiança e paciência para comigo durante toda trajetória.

Aos meus filhos, Jaqueline e Henrique, pessoas especiais, presença constante de amor e motivação, que sempre acreditaram em mim, e não me deixaram desistir no meio do caminho, mesmo quando tudo parecia impossível, me deram toda força e compreensão para que essa vitória fosse alcançada.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por me dar a vida, saúde, força nas lutas e dificuldades, onde assim me concebeu essa vitória.

A minha irmã Eunice, por estar ao meu lado me apoiando e ajudando em todos os momentos.

A minha orientadora Ivana da Silva Semeghini, pela paciência e compreensão, que me motivou nos momentos de desânimo.

A banca examinadora, por confiar e aceitar o convite para participar da minha apresentação.

Ao meu grupo de estágio: Ana, Anne, Christina, Eloísa, Fernanda, Junior, Inês e Nilsa, por tudo que vivenciamos ao longo dessa caminhada, pelo companheirismo e pela amizade.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação, para que eu chegasse até aqui e conquistasse a vitória.

As minhas supervisoras do hospital, por confiar em mim, e me ajudar nessa caminhada.

Por último á minha companheira de trabalho Luciana, que sofreu junto comigo em cada momento na angústia de saber se daríamos conta. Amiga... nós demos!

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Ana Carolina e Beatriz, luz da minha vida e motivo maior pra continuar a batalhar todos os dias por um amanhã melhor, dedico essa vitória, que é tão de vocês quanto minha. Por de uma forma tão especial compreenderem cada ausência minha, por cada beijo e abraço dados no momento em que a exaustão tomava conta de mim. Por cada “eu te amo mãe” dita de maneira tão doce que me motivava a seguir em frente. Amo vocês do fundo do meu coração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me dar força naqueles momentos em que achei que não iria conseguir. Vivenciei a cada dia a verdade da passagem bíblica que diz que aqueles que confiam no Senhor renovarão as suas forças e que em todo tempo Deus está ao nosso lado nos apoiando. Obrigada Deus pela realização desse sonho!

Aos meus pais Luzia e Urandi, que estiveram cuidando dos meus tesouros para que eu pudesse me dedicar ao aprendizado. Saber que elas estavam bem cuidadas fez com que me sentisse mais segura. Obrigada. Amo vocês.

Ao Marcos, grande companheiro, sempre presente nas horas mais difíceis. Contar com você para educar nossas filhas é um bem que não tem preço..

Aos meus colegas de trabalho que direta ou indiretamente me ajudaram nessa estrada. Obrigada por cada troca de plantão, por cada descanso na madrugada quando a exaustão já tomava conta de mim. Não teria conseguido sem vocês! Ao nomeá-los correria o risco do esquecimento de alguém, por isso digo a todos "MUITO OBRIGADA!"

Aos meus professores de todos esses anos, responsáveis pelo profissional que vou me tornar. Obrigada por cada cobrança, por cada exigência e por cada aprendizado. O alicerce foi dado por vocês, a partir de agora construirei as paredes!

A professora e orientadora Enfermeira Ivana e a coordenadora e professora Enfermeira Daniela por me apoiarem nos momentos difíceis incentivando a não desistir em um momento que já não sabia mais como agir. Vocês são modelos que levo comigo em minha vida profissional.

A meu grupo de estágio, que seguraram muitas barras comigo. Desejo que levem para a vida profissional a harmonia da equipe do grupo de estágio. Sucesso a todos nesse caminho que se inicia.

A minha companheira de trabalho Eunéia, por todos os momentos de angústia que passamos juntas nesse caminho diário e por toda ansiedade transformada em riso. Valeu amiga! Chegamos!

“Combati o bom combate, terminei minha corrida, conservei a fé. Agora só me resta a coroa da justiça que o Senhor, justo juiz me entregará naquele dia, e não somente para mim, mas para todos os que tiverem esperado com amor a sua manifestação.”

(2º Timóteo 4: 6-8)

SUMÁRIO

RESUMO	02
<hr/>	
1 INTRODUÇÃO	
2 REVISÃO DE LITERATURA	03
2.1 Humanização	04
2.2 Modelo de cuidar não humanizado	07
2.3 História da amputação	09
2.4 Epidemiologia	12
<hr/>	
3 METODOLOGIA	
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

RESUMO

A humanização na enfermagem nos setores de saúde pública a muito vem sendo abordado em meio aos profissionais da saúde. O interesse neste trabalho surgiu da experiência do cuidado prestado ao paciente amputado vivenciado pelas autoras, ao longo de vários anos num hospital da rede pública, onde foi possível observar a necessidade do planejamento e implementação de um programa especializado na assistência integral ao paciente amputado. Foi realizada revisão bibliográfica, literaturas e relatos de experiências, vividos pelas autoras. Concluindo assim, que se torna fundamental a integração da equipe multidisciplinar no tratamento dos pacientes que irão se submeter a uma amputação, para identificar, em tempo, qualquer sinal que possa comprometer o resultado do processo de reabilitação.

Palavras chaves: Humanização, amputação, enfermagem

RESUMO

A humanização na enfermagem nos setores de saúde pública a muito vem sendo abordado em meio aos profissionais da saúde. O interesse neste trabalho surgiu da experiência do cuidado prestado ao paciente amputado vivenciado pelas autoras, ao longo de vários anos num hospital da rede pública, onde foi possível observar a necessidade do planejamento e implementação de um programa especializado na assistência integral ao paciente amputado. Foi realizada revisão bibliográfica, literaturas e relatos de experiências, vividos pelas autoras. Concluindo assim, que se torna fundamental a integração da equipe multidisciplinar no tratamento dos pacientes que irão se submeter a uma amputação, para identificar, em tempo, qualquer sinal que possa comprometer o resultado do processo de reabilitação.

Palavras chaves: Humanização, amputação, enfermagem

1 INTRODUÇÃO

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente hospitalar faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente (VILA e ROSSI, 2002).

A enfermagem trabalha com seres humanos, que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivados e tão pouco considerados como elementos separados. A enfermagem é uma ciência humana, não podendo estar limitada a utilização de conhecimento relativo às ciências naturais (DOMINGUES e CHAVES, 2005).

É frequente a enfermagem deparar-se com situações que requerem ações e decisões para as quais não há respostas científicas (WALDOW, 2005).

A humanização inclui a equipe, o ambiente, a família e nosso principal foco, o paciente amputado, dotado de valores, crenças, aspectos sociais e culturais, os quais não devem ser esquecidos. (WALDOW, 2005).

O paciente, dentro do hospital, fora de seu ambiente familiar, se mostra muito fragilizado devido ao seu estado de saúde, com todos os seus medos e ansiedades, em especial aquele que sofrerá uma amputação. Na realidade, a amputação deve ser concebida pelo paciente como o início de uma nova fase, sem quaisquer patologia ou deformidades sérias, as quais possivelmente poderiam se ainda existentes, incapacitar tais indivíduos. O importante é informar ao paciente que a amputação, muitas vezes, propicia uma qualidade de vida relativamente melhor, sem dor e sem o sofrimento antes presente. (CARVALHO, 2002, p. 12).

Neste contexto acreditamos que a humanização torna-se um fator primordial para a aceitação e recuperação da saúde biopsicossocial desse paciente, que conta com a equipe de enfermagem para dar-lhe o apoio necessário para superar as angústias e dificuldades encontradas nesse período da vida (PAIM, 1979). Humanizar, segundo o Ministério da Saúde, significa agregar a eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano, devem ser pautados no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano.

O significado da palavra amputação, para o paciente e seus familiares, leva a sentimentos de temor, derrota e incapacidade, pois na sua concepção, perder uma parte do corpo é ter alterada toda uma existência, é uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir. É ter que se adaptar/readaptar, aprender a viver novamente, agora assumindo outra perspectiva no mundo para si, para outros, para os objetos. (CHINI E BOEMER, 2007). O mais importante é a pessoa e não o membro amputado, por isso torna-se imprescindível uma abordagem holística do paciente, assegurando o máximo de suas potencialidades físicas e psicológicas. De qualquer forma, deve ficar claro para o paciente, segundo GUIMARÃES (2001), que o conceito atual de amputação de membros é de uma cirurgia reconstrutiva e não de simples ablação e deve ser o primeiro passo para o retorno do paciente a um lugar normal na sociedade.

Diante deste trabalho propomos um questionamento: o que faz com esse paciente aceite a amputação colabore com a reabilitação e principalmente se mantenha motivado e dedicado ao seu tratamento, ao mesmo tempo em que mantém seu bem estar físico mental e social? (SAÚDE, OMS, 1947).

A idealização desse trabalho surgiu da experiência das autoras, enquanto graduandos em enfermagem e trabalhando na assistência ao paciente amputado, na ala cirúrgica de um Hospital estadual em um município do interior do Estado de São Paulo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Assim humanizar em saúde é resgatar o respeito á vida humana, levando-se em conta as circunstancia sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano... é resgatar a importância dos aspectos emocionais indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (Brasil / PNHAH, 2002, p. 33).

Dado o aumento da discussão sobre a humanização da saúde, podem ser encontradas na literatura muitas definições do termo.

Segundo VILA e ROSSI (2002), o termo “humanizar” significa: tornar humano, dar condição humana.

A crescente discussão sobre humanização dos profissionais de saúde pode ser percebido pela criação de programas político-sociais que visam à humanização do ambiente hospitalar e da assistência em saúde.

A humanização em saúde pode ser definida como resgate ao respeito á vida humana, levando-se em consideração as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento (BOEIRA et al.2004).

SOUZA (2004) conceitua a humanização hospitalar como a principal característica de uma administração eficaz e com o objetivo primordial de qualquer profissional prestador de serviço em saúde.

Nos anos 70, a saúde no Brasil era assegurada apenas aos trabalhadores com carteira assinada e pagadores da Previdência Social, enquanto o restante da população tinha que dispor de seus próprios recursos para obter serviços médicos. A partir do “Movimento da Reforma Sanitária” surge o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa resolver os graves problemas enfrentados pelo setor público, como a falta de atendimento para toda população. O SUS ainda é um projeto

inacabado, distorcido ao longo do tempo com a massificação dos atendimentos, porém é o germe de uma política de humanização da saúde no Brasil (ANDRADE et al. 2001).

A humanização na área da saúde entrou em discussão no “Movimento da Reforma Sanitária”, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Esse modelo era oneroso e muito especializado, focando a doença e não a promoção da saúde e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais da saúde e os usuários do sistema “(RIZOTTO, 2002)”.

Em 2002, foi elaborado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde que busca estender o conceito de humanização para toda instituição hospitalar, por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos pacientes.

O PNHAH destaca que...

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação (BRASIL / PNHAH, 2005, p.5).

Dentro deste contexto encontramos um paciente com singularidades que nos chama atenção pelo grau de sofrimento e descaso que vivenciamos ao longo da nossa trajetória como profissionais de enfermagem, o paciente amputado.

2.1 HUMANIZAÇÃO? MAS JÁ NÃO SOMOS HUMANOS?

A humanização da assistência ao paciente é hoje assunto bastante difundido em meio aos profissionais de saúde, porém não é algo que se iniciou recentemente, visto que o ato de cuidar com amor teve seu início juntamente com o surgimento do homem. A Bíblia relata em Gênesis 2:15 que quando Deus criou o homem, Ele o colocou no jardim do Éden para dele cuidar e que a mulher lhe seria auxiliadora nessa missão. Estava instituído aí, segundo o Cristianismo o ato de cuidar. Com o passar do tempo e a evolução da história da humanidade podemos visualizar, nas diferentes épocas, a evolução desse cuidado e o desenhar de um novo modelo a cada fase. A mulher é considerada ao longo da história como cuidadora por excelência visto que desde a pré-história teve para si a responsabilidade de estar cuidando de seus entes queridos. Nessa fase da história da humanidade havia um papel bem definido das funções de cada um, onde o homem saía para caçar e manter os suprimentos da casa e a mulher ficava e cuidava dos filhos e dos idosos. Esse cuidar natural é definido por WALDOW (2005) como: “Uma forma de relacionamento no qual se responde ao ser independente de amor ou inclinação natural, ou seja, ocorre como um ato natural, um impulso no sentido de ajudar as outras pessoas”.

Durante várias décadas esse tipo de cuidar foi desenvolvido por mães, avós e cuidadoras, sem que se pensasse didaticamente a respeito desse ato. As pessoas cuidavam umas das outras sem questionar o porquê de seus atos. A moral e a ética as impeliam de dar aos necessitados o atendimento como uma forma de caridade e amor cristão. A Igreja ensinava que Cristo foi o maior exemplo de amor e humanidade existente em toda a história e as pessoas eram estimuladas a seguir seu exemplo. Com o passar do tempo e a evolução da humanidade essa visão de cuidar natural foi se modificando. Com o advento da Revolução Industrial e o crescimento do Capitalismo mundial, as pessoas deixaram

de lado o cuidar natural e passaram a realizar um cuidado mecanizado, onde o outro é visto não como um ser humano que necessita de ajuda e compaixão, mas sim como um corpo que necessita de tratamento. (WALDOW, 2005).

O cuidado prestado já não é mais instintivo, mas sim planejado no sentido de promover um bem estar físico, muitas vezes deixando de lado o sentimento promovido pela doença no ser humano tratado. NODDINGS (1994) faz uma diferenciação entre cuidado natural e cuidado ético, sendo o cuidado natural aquele que é prestado instintivamente com o intuito de promover o bem estar do outro enquanto que o cuidado ético é aquele prestado em função daquilo que é ensinado como moralmente correto, ou seja, não se faz naturalmente, faz-se porque a sociedade estabeleceu que aquilo fosse o que deveria ser feito. O cuidado humano deixou de ser realizado como algo natural e passou a ser determinado por normas pré-estabelecidas, segundo o Ministério da Saúde “a desumanização no atendimento ao ser humano em crise ou com problemas físico-orgânicos são as principais queixas dos usuários dos serviços de saúde no Brasil” (BRASIL, 2002).

A humanização é tão antiga quanto à humanidade e deveria ser algo natural, porém hoje muitos profissionais da área da saúde envolvidos com o tema da humanização se perguntam: “é possível ensinar o ser humano a SER HUMANO?”. O que é Humanizar? Segundo SILVA (2005) “esse verbo deve transcender seu significado etimológico e representar muito mais do que, simplesmente tocar ou fazer um curativo, no que tange as questões hospitalares”. A humanidade não deveria ser algo nato dentro de cada um? E o que dizer da enfermagem dentro desse panorama do cuidar? Segundo HORTA (2004) “A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, pois o ser humano tem necessidades humanas básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem estar.” A própria história da enfermagem, iniciou junto com o cuidar, quando Florence Nightingale após um breve estágio em um convento na Alemanha se inspirou para realizar uma reforma nos hospitais da

Inglaterra e logo após foi prestar assistência aos soldados na Guerra da Criméia. Sua luta para tornar a enfermagem em uma ciência foi árdua e decisiva e ainda hoje sua influência é notória na prática da enfermagem moderna, porém, a preocupação com a técnica tornou a enfermagem menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer sobre o cuidado humano, desse modo o tratamento e a cura passa a ser mais importante que o ser humano por trás da doença. (WALDOW, 2005)

Um estudo realizado por SILVA (2002), levantou aspectos relevantes acerca da temática do significado do cuidar para o paciente:

“Cuidar é quando eu vejo que você é capaz de sorrir e sentir-se feliz no desempenho de seu trabalho... É quando você me faz sentir seguro em suas mãos... É quando me faz sentir que serei capaz de me virar quando chegar a minha vez... É quando você me faz sentir especial, embora eu seja como as outras pessoas também são... É quando você não me vê apenas como um moribundo e assim me ajuda a viver!” (SILVA, 2002).

O que o paciente necessita é de alguém que o ampare em suas necessidades básicas, mas não apenas isso. Ele necessita de alguém que o veja como um ser humano integral, que está temporariamente afastado de seus afazeres diários e que sofre com isso. Segundo a teoria holística: “o homem é um todo- leva necessariamente à maior humanização, cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa; o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença.” (HORTA, 2004). Ele não é apenas a doença e precisa ser enxergado além dela. O ambiente hospitalar é hostil e tira toda a alegria do ser humano. Resgatar os sentimentos deste paciente é talvez mais importante do que só tratar a patologia ou realizar o curativo com todas as técnicas. O cliente precisa estar feliz para poder ter esperança e conseqüentemente melhorar. (CRIPPA, 2003).

CAMPOS (2005) em seu artigo intitulado “Humanização na Saúde: um projeto em defesa da Vida”? afirma que: “*o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida longa com a construção de novos padrões de qualidade de vida para sujeitos*

concreto”. Não basta apenas cuidar da doença do paciente, é necessário ampará-lo em suas angústias e compreender o momento em que ele está é essencial para que o enfermeiro desempenhe suas atividades de modo mais efetivo e completo.

CHINI E BOEMER (2007), afirmam que enfermagem precisa despertar para o que vai mais além da dimensão biológica, pois o objetivo da profissão é o de cuidar, que deve ser feito de modo que ganhe amplitude na vivência. Abrindo-se ao mundo particular da vivência abre-se ao ser humano, que está ali, proporcionando a si mesmo um fazer completo e humanitário.

Diante de tudo isso, o PNHAH, criado pelo Governo Federal em 2002, visa resgatar a humanização no atendimento ao cliente nos serviços públicos de todo o país, tendo como parâmetro para essa humanização duas grandes áreas: Atendimento do Usuário e Trabalho dos Profissionais. O programa consiste em formar grupos de humanização dentro do ambiente hospitalar, que estarão promovendo atendimento mais humanizado, através de reuniões para planejamento de estratégias de atendimento e também se preocupa com as condições de trabalho que o profissional está submetido para esse atendimento. (BRASIL, 2002).

O profissional da saúde tem o dever ético de acolher o paciente no momento de angústia que ele se encontra e segundo MOTA et al (2006) essa ética surge quando alguém se preocupa com a consequência da sua conduta sobre o outro. Para que exista ética, é necessário perceber o outro; e se para a assistência humanizada também é preciso ver o outro, conclui-se então que a assistência humanizada e a ética caminham juntas. Muitos profissionais não sabem como se portar diante dos infortúnios sofridos por seus clientes e necessita entender que é importante curar a doença, mas o mais importante é curar o doente; não apenas isso, mas cuidar dele. A pessoa doente deve ser o foco principal e não sua doença. Mesmo quando a cura não é mais possível, é necessário entender que ainda estamos diante do ser humano, da sua dignidade, na

sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado. (PESSINI E BERTACHINI, 2004).

O PNHAH (2002) tem como objetivo dar suporte a esses profissionais, orientando como proceder em diversas situações encontradas no dia a dia do hospital. Muitas são as experiências vividas pela equipe de saúde enquanto cuidadora no ambiente hospitalar sendo necessário um preparo da mesma para lidar com tais situações.

O ser humano vive hoje numa era científica, onde predomina o conhecimento racional e o científico, o que vindo sendo considerado para muitos, como a única espécie de conhecimento aceitável, onde percepção e valores formam uma determinada visão da realidade. Mais esse paradigma começa a se alterar, conduzindo a uma mudança profunda no pensamento, o universo passa de uma visão mecanicista para uma visão de um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes são essencialmente inter-relacionadas (WALDOW, 2005).

Isso tem influenciado a enfermagem e o cuidar tem sido discutido em grandes dimensões como forma de resgate, pois os pacientes necessitam de uma assistência integral e serem tratados como seres que possuem família, cultura, têm passado e futuro, crenças e valores que influenciam nas experiências do processo saúde-doença (HORTA, 2004).

Segundo SILVA (2001), nem todas as pessoas percebem e expressam a sua doença da mesma forma e que a maneira do enfrentamento também é diferente, mesmo em patologias semelhantes. Quanto ao paciente foco de nosso estudo LOUREIRO et al. (2002:477) afirmam que os mesmos enfrentam sentimentos de descrença, conformismo, isolamento e vontade de morrer, intercalados com a aceitação da perda.

A enfermeira que tem como missão o cuidado ao paciente amputado necessita ter em sua formação não apenas o conhecimento técnico científico, mas ter a visão de que a enfermagem é segundo SILVA (2005):

“Uma profissão com muitas técnicas e cuidados, mas o maior desafio está no aprender a escutar, acolher o outro, partilhar o momento, aprender com o outro, ser coerente, sorrir, criar harmonia, não rotular, atender prontamente e acima de tudo ser apaixonada pelo que faz. Deus nos deu o rosto, nós fazemos nossas expressões.” (SILVA, 2005).

Não esquecendo que o ser humano está em constante evolução sendo capaz de se adaptar as mais diversas situações de vida. Nesse foco, o resgate do cuidado ao paciente amputado não despreza o conhecimento técnico-científico, porém pretende buscar a inter-relação entre conhecimento e compaixão, ciência e humanidade, técnica e toque. (WALDOW, 2005). O toque, dentro desse contexto, é uma atitude primordial no cuidado ao paciente internado, que sofrerá uma amputação. Esse paciente precisa ser ouvido, compreendido e apoiado por uma equipe que atenda não apenas suas necessidades físicas, mas também que o trate como um ser humano único, que possui por detrás da amputação, toda uma história de vida. Não há como falar em cuidado sem falar em amor, empatia, ajuda, proteção, interação e zelo.

“A finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer.” (WALDOW, 2005)

2.2 MODELOS DE CUIDAR NÃO HUMANIZADO

Enquanto graduandas em enfermagem, conhecedoras de todas as teorias e programas de humanização da assistência ao paciente, fazendo parte do quadro de profissionais de nível técnico da ala cirúrgica de um Hospital Estadual no município do interior de São Paulo, com experiência de assistência de enfermagem ao referido paciente durante 15 anos, as autoras conviviam com a inquietação a respeito das implicações e sentimentos experimentados pela pessoa que vivencia a amputação, bem como a forma que tais pessoas eram acolhidas pela equipe de enfermagem. Essa inquietação foi gerada por vivências pessoais observadas no dia a dia dessa ala hospitalar e do testemunho ocular das situações angustiantes vividas pelo paciente amputado e muitas vezes ignoradas pela equipe.

Através do PNHAH e do Projeto HUMANIZASUS (2002), o governo tem incentivado a prática da assistência humanizada de enfermagem ao paciente, porém, para que se consiga humanizar o atendimento é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente de forma humana. Cabe ao enfermeiro orientar, sanar dúvidas pertinentes aos procedimentos, trazendo maior confiança e tranquilidade, não esquecendo de que ele também necessita de um ambiente adequado para o trabalho (COREN-SP, 2002).

A humanização é uma estrada de duas vias, ou seja, o profissional só irá conseguir prestar uma assistência humanizada se sentir que está sendo valorizado por seus empregadores e explorado dentro de seu maior potencial profissional, doando-se à arte de cuidar de uma forma integral, um ser humano-valorizado, cuidando de outro ser humano-necessitado. (MARTINS; FARIAS; 2000).

Os relatos de experiências abaixo relacionados não têm o intuito de denegrir a assistência prestada ao paciente na referida clínica, tem apenas o objetivo de alertar quanto à necessidade de enxergar o paciente de uma forma holística, tratá-lo com dignidade e respeito à sua situação atual, incentivando-o à adesão de seu tratamento para que seja reintegrado à sociedade e volte a desenvolver suas atividades de uma forma adaptada à sua nova realidade.

L.A.S, 22 anos, deu entrada no hospital vítima de acidente automobilístico no qual sofreu amputação traumática de pé esquerdo. Era próximo ao Natal, todos se preparavam para as festas de final de ano. O paciente encontrava-se deprimido e apreensivo por seu futuro. Jovem, recém casado, pai de uma filha de dois anos, não via perspectiva para seu futuro após o acidente. Havia no hospital um programa de acolhimento aos pacientes que por ocasião do Natal passavam visita, vestidos de Papai Noel, distribuindo presentes. Ao adentrar o quarto do jovem paciente entregou-lhe como presente [um par de meias]... O jovem, já depressivo, teve piora clínica e psicológica do quadro, chegando mesmo a pensamentos suicidas. A intenção foi boa, mas faltou cuidado. Aquele jovem estava passando por um período difícil de adaptação a sua nova condição de vida e levou dias até se recuperar do presente inesperado. A equipe de enfermagem que prestava a assistência direta ao paciente se chocou com o ocorrido, porém não se sentiu preparada para apoiá-lo naquele momento. Ouvimos muitas frases do tipo: "o que posso falar pra ele agora?" Houve a intenção de ajudar, porém faltou preparo para a abordagem do problema.

Outro caso marcante que me recordo é o de uma senhora muito humilde que sempre internava no setor cirúrgico do hospital, sempre com queixa de dor no pé e sempre com a esperança de que ira melhorar. Os dedos já necrosados deveriam ser amputados. Um dia, sem qualquer preparação prévia, o médico entrou em seu quarto e disse a ela "não tem jeito, nós vamos ter que amputar seus dedos." Deu a notícia, virou as costas e foi embora, deixando a paciente desolada. Sem entender ao

certo o que significava a paciente se recusou a amputação, no que o médico lhe disse: “não posso fazer mais nada pela senhora, se não quer amputar então vá embora, pois não vou cuidá-la mais!”. Mais uma vez a equipe de enfermagem se omitiu quando era necessário intervir, solicitando ao médico uma melhor abordagem do caso com a paciente, ou mesmo estando disponível para sanar angústia da paciente naquele momento.

E a paciente foi para sua casa, retornando dias mais tarde, gritando de dor, com áreas de necrose até terço médio do referido pé. Resultado: teve que amputar mais acima do que de início seria necessário. Quando questionada do por que não autorizou a amputação por ocasião da primeira internação, disse que teve medo e que o doutor não explicou como iria ser. Após sofrer a amputação apresentou crises depressivas chegando a ter piora clínica provocada pelo estado de espírito, chegando mesmo a pedir para morrer. Após conversas com a equipe de enfermagem e palavras de encorajamento evoluiu com melhora de quadro e ao receber alta já estava fazendo planos, sem dor, para sua nova vida. Se a enfermagem tivesse se posicionado da primeira vez o dano à paciente teria sido menor.

J.V.C. era um jovem de 25 anos que sofreu um acidente motociclístico e teve uma fratura de tornozelo direito. Após ficar dez dias com tala gessada veio admitido de outro hospital por apresentar cianose (coloração azulada da pele) de 1º e 2º dedo do pé D. Após alguns dias de internação e vários exames o médico deu a ele a notícia que teria que realizar uma amputação dos dedos referidos. A notícia caiu como bomba na vida de J.V.C. Sua mãe, extremamente cuidadosa, se recusou a assinar a autorização para amputação, retirando o jovem do hospital, transferindo para outro, mesmo com o esclarecimento do médico de que seria um risco para o jovem deixar o hospital.

O assunto virou caso de polícia. O médico acusando a mãe de não pensar no filho e ser irresponsável e a mãe acusando o médico de ser insensível e não aceitando a condição do filho. Acabou por tirar o jovem

do hospital e não tivemos mais notícia dele. Houve a intervenção da enfermagem junto à família, porém a mãe já estava extremamente exaltada com a situação. Não chegou a ser grosseira, mas também não desistiu de suas intenções.

Esses fatos relatados nos dão exemplo de um cuidado não humanizado, onde o bem estar integral do paciente não foi observado. Muitas vezes a equipe deixa de prestar um cuidado adequado não por descaso, mas por falta de orientação, treinamento e recursos humanos suficientes. A equipe precisa ser treinada para lidar com situações críticas dentro do ambiente hospitalar e é necessário estabelecer um protocolo para esse atendimento, com a criação de uma equipe multidisciplinar que venha a atuar de uma forma especializada no atendimento a esse paciente. É necessário ter em mente que o paciente é o foco da nossa atenção. É por ele que estamos ali e é a ele que devemos dispensar todo nosso cuidado.

WALDOW (2005) afirma que para que um cuidado ocorra de fato ele tem que ser genuíno, ou seja, a enfermagem necessita de um conhecimento técnico-científico para prestar assistência de qualidade ao paciente, sem, contudo deixar de lado a compaixão, o interesse e a afinidade para com as angústias do ser cuidado. Não deve esperar reciprocidade, antes deve entender o cliente, que naquele momento está em luta com seus conflitos pessoais, deve dar apoio e orientação. O cuidado é a base para a qualidade da assistência de enfermagem. KELLY (1990) diz que: "O respeito precede o cuidado na relação enfermagem-paciente, o cuidado não é possível quando não existe respeito e a enfermagem não é possível quando inexistente cuidado."

2.3 HISTÓRIA DA AMPUTAÇÃO

Amputação é uma palavra derivada do latim que significa ambi= ao redor de/em volta de e putativo= podar/retirar, ou seja, a palavra amputação pode ser definida como retirada total ou parcial de um membro, geralmente de forma cirúrgica. (CARVALHO, 2002).

É o mais antigo de todos os procedimentos cirúrgicos e, durante muito tempo, representou a única possibilidade cirúrgica para o homem. O termo designa, em cirurgia, a retirada de um órgão, ou parte dele, situado numa extremidade, porém quando usado separadamente é entendido como amputação de membros. A cirurgia deve ser vista como mais uma fase do tratamento, sendo a mutilação apenas do membro e não da alma do doente. (GUIMARÃES et al. 2001).

A referência mais antiga encontrada sobre amputações é o Reg-Vida (3.500 A.C) antigo poema sagrado indiano, que conta a história de uma guerreira, a rainha Vishpla, que teve seu membro inferior amputado por um ferimento de guerra, confeccionou uma prótese em ferro e retornou a batalha. Outros relatos como pinturas em cavernas e descobertas arqueológicas datam de mais de 2.000 anos A.C. Heródotos (424 A.C) conta a história de um vidente persa que escapou da morte sob tortura de instrumentos medievais amputando seu próprio pé, que depois de cicatrizado recebeu um pé de madeira com o qual conseguiu viajar caminhando, até finalmente ser capturado e morto. (CARVALHO, 2002).

Na época medieval a amputação era causada por diversos motivos, mais comumente em pessoas que apresentavam anomalias congênitas, ou em casos de amputação traumática, que aconteciam durante batalhas ou por doenças como gangrena, tuberculoses e lepra. (CARVALHO, 2002).

As cirurgias eram realizadas com ou sem anestésias, analgésicos ou instrumentos próprios, muitas vezes usados como punição, não se pensava em como o paciente se sentia em relação à perda do membro.

Pouco se evoluiu em termos de amputação na época da Idade Média e nos séculos seguintes, usava-se a amputação como forma de mutilação, que vinha fazer com que o paciente sofresse a perda e não se importasse mais com o que aconteceria depois. É a partir de 1846 com a descoberta da anestesia por Morton e da anti-sepsia em 1867 por Lister que as amputações começaram a ser realizadas com mais cuidado, de uma forma mais humanizada em relação á perda e á dor. Há hoje em dia, uma conscientização maior em relação á necessidade de um preparo do paciente que sofrerá uma amputação, bem como a orientação quanto ao uso de próteses. As guerras colaboraram e muito para o desenvolvimento dessa área da medicina. (CARVALHO, 2002).

Durante a 1ª guerra mundial, havia aproximadamente 300 mil amputados em toda Europa, o que forçou a pesquisa e desenvolvimento na área de reabilitação, pois era interessante colocar os soldados de volta a batalha sem ter, contudo noções de encaixes protéticos anatômicos, já na 2ª guerra mundial houve uma preocupação em incentivar estudos que culminaram com o surgimento de componentes pré-fabricados com princípios biomecânicos mais funcionais.

O ato de amputar um membro visto pelos médicos, como “o final de um processo mórbido, nunca desejado e sempre evitado” (CARVALHO, 2002) o que fez com que fossem realizados apenas por médicos inexperientes ou residentes, pois os médicos mais conceituados não se submetiam a realizar tais procedimentos e quem perdia com isso era o paciente, por não terem boas condições cirúrgicas e processos de reabilitação que se iniciavam durante a cirurgia. Pois é importante que o coto esteja firme e sem aderências cicatriciais para o perfeito encaixe das próteses. (BUCCOLINI, 2001).

Com a evolução da história esse cenário mudou, “atualmente há experientes cirurgiões ortopédicos e vasculares dedicando-se a amputação para eliminar tecidos moles e ósseos que estão lesados e, em segundo momento reconstruir partes ósseas, musculares e cutâneas, de

modo que proporcione ao coto capacidade adequada de sustentação e mobilidade” (CARVALHO, 2002).

Existem dois tipos de amputação, a eletiva=com possibilidade de aviso prévio, marcada antecipadamente, realizada em casos de doenças ou má formações e as de urgência=quando há uma situação que não pode ser adiada, deve ser resolvida rapidamente, se houver demora, corre-se o risco até de morte, em casos de trauma importante e infecção grave. O procedimento é um processo lento, pois se inicia com um estudo cuidadoso das condições hemodinâmicas do paciente, detalhando-se a permeabilidade vascular no local da amputação e inspeção de tecidos lesados, visando à pronta recuperação e reabilitação do paciente, que deverá ser acompanhado de perto o tempo todo por uma equipe multiprofissional. (MOURA, 2003).

Contudo, segundo CARVALHO (2002), o sucesso de um processo de reabilitação não depende somente de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas físicos e técnicos ortopédicos, mas também da aceitação da amputação, da colaboração com a reabilitação e principalmente da motivação e da dedicação do próprio paciente.

As descobertas arqueológicas revelam que a amputação cirúrgica é realizada desde os tempos mais remotos, sendo que as primeiras amputações eram realizadas para remover somente o tecido que já estava morto. Com isso não se conseguia controlar a perda de sangue (hemorragia), pois se cortava também artérias saudáveis.

Na Grécia e Roma antiga, os cirurgiões usavam a técnica de amarrar ou ligar os vasos sanguíneos, para resolver o problema da perda de sangue. Contudo essas técnicas foram esquecidas por séculos, sendo com isso inserido novos métodos, onde os vasos sanguíneos eram cauterizados com ferro quente ou óleo fervente. Com o aumento da pólvora e as armas de fogo, o cirurgião militar francês Ambroise Pare precisava de métodos mais eficazes para tratar os soldados, vítimas de amputações causadas nos campos de batalha, por isso reintroduziu a

técnica de amarrar (ligar) os vasos sanguíneos, em 1529. (CARVALHO, 2002).

Outros avanços que se tem notícia incluem a introdução do torniquete, em 1674, permitindo assim, controle mais eficaz do fluxo sanguíneo nos procedimentos de amputação. Durante a guerra civil americana, foram realizadas mais de 50 mil amputações, as balas dessa época, esmigalhavam os tecidos, explicando por que 75% das cirurgias de guerra eram amputações. (BUCCOLINI, 2001).

A taxa de mortalidade dos pacientes amputados era elevada, de cada quatro pacientes amputados, somente um sobrevivia não se tinha conceito de um ambiente estéril, isento de bactérias, as cirurgias eram realizadas sem nenhuma noção de higiene, pois os cirurgiões, na maioria das vezes, realizavam as operações sem mesmo lavar muito bem as mãos, e os instrumentos utilizados eram muitas vezes, usados sem mesmo lavar, entre uma cirurgia e outra, se fazia necessário atender o maior numero de pacientes, geralmente entre 10 a 15 minutos, entre uma cirurgia e outra, mais a taxa de mortalidade dobrava se a amputação não fosse realizada com urgência. As mortes eram causadas por infecções bacterianas, que eram chamadas de “febres cirúrgicas”, devido à realização das cirurgias não-estéreis, somente após a guerra civil, o cirurgião Joseph Lister teve progresso no conceito de cirurgia estéril, mesmo com toda técnica dos cirurgiões, de nem mesmo fazerem a correta lavagem das mãos e dos instrumentos entre um procedimento e outro, milhares de vidas foram poupadas pelos esforços dos cirurgiões na guerra civil americana. (BUCCOLINI, 2001).

A anestesia era realizada através de uma aplicação de um pano ensopado de clorofórmio, onde o paciente era neutralizado, então o cirurgião aplicava rapidamente um torniquete acima da lesão e cortava a pele e o músculo com uma faca afiada, serrando os ossos e suturando os vasos sanguíneos, a pele era fechada ao redor da amputação, onde ficava um buraco para que o líquido fosse drenado. (BUCCOLINI, 2001).

2.4 EPIDEMIOLOGIA

As principais causas mais comuns de amputação de MMII (membros inferiores), são de origem vascular. Segundo o médico gaúcho traumatologista Luiz Zanete Anicet, “o que se busca primeiro é tratar a causa que exige aquele procedimento cirúrgico para salvar a vida do paciente”.

No diagnóstico médico, a amputação é considerada como um diagnóstico secundário, pois a enfermidade ou trauma recebe o rótulo de diagnóstico primário, quanto mais cedo forem identificadas as causas, mais rápido poderá se ter o controle e a cura, possibilitando assim um melhor desempenho do paciente na fase de reabilitação. (BITTENCOURT, 2008).

A vasculopatia periférica acomete pessoas em maior número na faixa etária de mais de 50 anos, sendo os MMII (dedos, pés e pernas) os mais comprometidos. A causa mais comum, nas amputações provocadas por eventos vasculares é a diabetes e o tabagismo. De acordo com SMELTZER & BARE (2002:975), cerca de 50% a 75% das amputações de MMII são efetuadas em pessoas com diabetes, sendo que até 50% dessas amputações são passíveis de prevenção, desde que os pacientes sejam ensinados sobre medidas de cuidados preventivos com os pés e pratiquem esses cuidados preventivos diariamente.

Para GOMES (2001), o risco de amputação diabéticos é 15 vezes maior que em não diabéticos, sendo responsável por 50% das amputações não traumáticas.

HORTA et al. (2003), em estudo sobre avaliação da taxa de amputações, relataram que 84% das amputações nos diabéticos são relacionadas, principalmente, à gangrena, à infecção e às úlceras crônicas enfatizando que essas afecções podem ser prevenidas com um acompanhamento multidisciplinar adequado, além da ajuda dos familiares no controle do diabetes e também no auto cuidado com o pé de risco.

Dentro desse contexto, acredita-se que a equipe multiprofissional tem grande responsabilidade perante esse tipo de paciente. Equipe essa onde o enfermeiro encontra-se inserido e possui papel fundamental na avaliação dos membros e planejamento de estratégias educativas que irão incentivar e conscientizar o paciente quanto à importância da prevenção das complicações, além de se preocupar também com o paciente já amputado, pois esse paciente corre o risco de vir a sofrer novas amputações se não tiver um acompanhamento adequado e consciência de auto cuidado. (GAMBA1998; HORTA et al,2003;NASCIMENTO,2002).

As causas traumáticas também acometem um numero expressivo da população, sendo mais expostos, os adolescentes e adultos jovens, devido aos acidentes de trabalho e meios de transporte.

Segundo CARVALHO (2002), desde a década passada, com o avanço tecnológico, 70% das crianças com sarcoma ósseo, hoje, consegue a cura completa, mais que ainda é de alta malignidade. Com o desenvolvimento de medicamentos mais específicos, o numero de amputações infecciosas tem sido menos freqüente.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para esse trabalho consistiu primeiramente em uma revisão de literaturas, artigos científicos sobre o estudo em questão. Foram catalogados artigos que constam do ano de 1979 até 2008, num total de 30, bem como revisão bibliográfica sobre o assunto. Inserido neste contexto também estão os relatos de experiência das autoras, vivenciados ao longo de 15 anos de cuidados prestados ao paciente amputado, em um hospital público no interior do estado de São Paulo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Charlie Chaplin afirmava: “mais do que máquinas precisamos de humanidade, mais que inteligência precisamos de afeto.”

O avanço tecnológico vivido pelo ser humano no final do século passado e início deste fez com que as pessoas se distanciassem uma das outras, isolando-se em seus mundos particulares, criando barreiras para os relacionamentos interpessoais, tornando-as cada vez menos humanas e mais solitárias. Isso se refletiu também nos modelos de assistência prestadas nas instituições de saúde, fazendo-se necessário um movimento para o resgate do humano como um ser que vive, sente, sonha e sofre.

O ser humano é o foco principal da assistência nessas instituições e a necessidade de vê-lo como um ser integral é cada dia mais apregoado nos movimentos que buscam a o resgate da humanização. É necessária a conscientização da equipe de saúde, principalmente nosso foco que é a equipe de enfermagem, que o ser que adentra a instituição e está sob cuidados é muito mais do que uma ferida, um braço ou uma perna. Ele é antes de tudo, alguém que foi retirado do seu ambiente natural, colocado em um lugar estranho, rodeado de pessoas estranhas, passando por procedimentos desconhecidos e angustiado por dúvidas que o perseguem a respeito de seu estado de saúde. Podemos afirmar que não teremos uma equipe humanizada se não forem preparadas para tal.

Através dos relatos de experiências aqui relacionados podemos identificar quantas vezes a equipe comete erros ao prestar assistência a um paciente tão diferenciado como é o nosso paciente amputado. Será que essa equipe age de tal forma propositadamente? Ou será que diante de tantas tecnologias e modernidades perdemos o hábito de olhar para o outro com empatia, colocando-nos no lugar do paciente em questão, procurando pensar em como gostaríamos de ser tratados se estivéssemos passando pelo mesmo problema?

A humanização da assistência envolve muitas questões que vão desde a conscientização da equipe para uma melhor assistência quanto à transformação da visão que o próprio usuário tem de si mesmo. É um trabalho em conjunto que envolve equipe, usuário, empregadores e políticas de saúde. É necessário termos em mente que só poderemos falar em humanização se tivermos uma equipe humanizada. Isso significa dar condições de trabalho à equipe, valorizá-la como profissionais e apoiá-la nos seus momentos conflitantes, dando base para que se mantenham equilibrados, para poder oferecer ao paciente uma estrutura sólida nos seus dias de angústia.

Não há como falar em humanização sem falar em estabelecer vínculos. É o vínculo com a equipe que fará com que o paciente se abra ao seu tratamento, lute por sua recuperação e encontre forças para retornar à sua vida, consciente de suas limitações, porém motivado a seguir em frente superando seus limites. Este vínculo é estabelecido com o paciente desde o momento da sua internação e vai aumentando com o desenrolar do tratamento. A equipe de enfermagem tem papel fundamental na construção desse vínculo, visto que é ela quem o acompanha o tempo todo de sua internação.

O momento em que o paciente recebe a notícia que sofrerá a amputação é bastante delicado. É nesse momento que a enfermagem deve estar a seu lado mostrando que viver uma amputação é triste, difícil e doloroso, porém apesar de toda dificuldade e sofrimento é essencial não se deixar abater. Nesse momento a equipe pode estar informando ao paciente as possibilidades de reabilitação, fazendo com que ele vislumbre expectativa de uma nova vida, não como alguém que é independente apesar da deficiência, mas como alguém que foi capaz de reinventar a própria história. Uma história de vitória e superação. Pois só sabemos do que somos capazes quando somos obrigados a tentar.

As autoras têm como proposta, a criação de uma equipe multidisciplinar que venha atender às necessidades biopsicossociais do paciente em questão, na referida ala hospitalar. Essa equipe

multidisciplinar será composta pro médico, equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeutas, que serão devidamente orientados e capacitados para assistência do paciente em questão, levando em conta a individualidade de cada um. A equipe deverá ser envolvida em atividades de educação em saúde, envolvendo o pré-operatório (período em que o paciente está na fase da aceitação da amputação, com todos seus dilemas e incertezas), no trans-operatório (quando angustiado pela perda do membro amputado) pós-operatório (quando sofre com dores no membro fantasma e se preocupa com reabilitação e o retorno á sua vida, agora se sentindo mutilado. Em cada fase do processo a equipe deverá estar sincronizada, cada um cuidando de sua área específica, sem, contudo deixar de ver o paciente como um todo.

Utopia imaginar uma assistência ideal, humanizada, respeitando a dignidade do cliente-paciente? Não. A visão nos é dada, basta apenas enxergá-la. A base das orientações nos foi dada pelo manual do PNHAH, basta apenas adaptá-la. O processo de mudança começa dentro de cada um com a transformação do agir de cada um. É a corrente do bem, sementes sendo lançadas em solo fértil que virão a florescer e se transformar em um lindo jardim.

O dom de cuidar de pessoas vem de Deus, foi Ele mesmo que há milhões de anos nos deu o mandamento: Ama ao próximo como a ti mesmo. O que você faria por si próprio? Um provérbio chinês nos diz: “se você construir castelos no ar não pense que seu trabalho está perdido, eles estão onde deveriam estar. Agora só falta colocar as fundações embaixo deles.”.

4 REFERÊNCIAS

A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR COMO EXPRESSÃO DA ÉTICA HOSPITALAR... Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf acesso em 01 Abr, 2009

ANDRADE, S.M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **BASES DA SAÚDE COLETIVA LONDRINA:** UEL, 2001. 268p.

BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE, MANUAL DO PROGRAMA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR COMO EXPRESSÃO DA ÉTICA HOSPITALAR...** Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf acesso em 01 Abr, 2009

ANDRADE, S.M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **BASES DA SAÚDE COLETIVA LONDRINA:** UEL, 2001. 268p.

ANDRADE, S.M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **BASES DA SAÚDE COLETIVA LONDRINA:** UEL, 2001. 268p.

BITTENCOURT, Renata Souza; **AMPUTAÇÃO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS** content/uploads/2008/07/RenataSouzaBittencourt.pdf > acesso em 01 Abr, Disponível em < inf.unisul.br/~psicologia/wp-2009 **MA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR-PNHAH- BRASÍLIA.** MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

BITTENCOURT, Renata Souza; **AMPUTAÇÃO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS** content/uploads/2008/07/RenataSouzaBittencourt.pdf > acesso em 01 Abr, Disponível em < inf.unisul.br/~psicologia/wp-2009

BOEIRA, M. M. et al. **A PRESENÇA DO FAMILIAR JUNTO AO PACIENTE NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (CTI):**

UMA FORMA DE HUMANIZAR O CUIDADO. Rev. Med. Hosp. Pompéia, Caxias do Sul, 5(1): 9-23, 2004.

BUCCOLINI, F. REABILITAÇÃO: AMPUTADO, AMPUTAÇÕES, E PRÓTESES. São Paulo: Robe, 2001.

CARVALHO, J. A., AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES: EM BUSCA DA PLENA REABILITAÇÃO, 2ª Ed, Manole, 2002

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE; UM PROJETO EM DEFESA DA VIDA? Rev. Interface- Comunicação Saúde Educação. Março-Agosto/2005. vol.9. nº17. p.389-406.

CHINI, GISLAINE CRISTINA DE OLIVEIRA E BOEMER, MAGALI ROSEIRA. A AMPUTAÇÃO NA PERCEPÇÃO DE QUEM A VIVENCIA: UM ESTUDO SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 2007, março-abril; 15 (2).

CRIPPA, L.C. A VALORIZAÇÃO DO SER HUMANO COMO FERRAMENTA DA QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO HOSPITAL ANGELINA CARON; Campina Grande do Sul; GHAC, 2003

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O CONHECIMENTO CIENTÍFICO COMO VALOR NO AGIR DO ENFERMEIRO. Rev. Esc. Enferm. USP, 2005; 39(Esp.): 580-8.

DEBASTIANI Jean Carlos. AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E FUNCIONALIDADE EM ... 2.2 HISTÓRIAS DAS AMPUTAÇÕES E DAS PRÓTESES...; disponível em www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/jean.pdf
Acessado em 16/06/09 as 23 h.

GAMBA, M.A. AMPUTAÇÕES POR DIABETES MELLITUS UMA PRÁTICA PREVENÍVEL? Acta Paul. Enf.,v.11, p.92-100, 1998

HORTA, C. et al. AVALIAÇÃO DA TAXA DE AMPUTAÇÕES – CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DO PÉ DIABÉTICO. Acta Médica Portuguesa, v.16, p.373-380, 2003.

HORTA, W.A. PROCESSO DE ENFERMAGEM, 15 ed., São Paulo; E.P. U, 2004.

LOUREIRO, M.F. et al.. SER DIABÉTICO E VIVENCIAR A AMPUTAÇÃO: A COMPREENSÃO PSICOFENOMENOLÓGICA.
Esc. Anna Nery- Revista de Enfermagem, v. 6, n. 3, p. 475-489, dez. 2002.

LUCIA N., GOFFI FS, GUIMARÃES JS. **AMPUTAÇÕES DE MEMBROS**. In: Goffi Fs. Guimarães Js; Margarida Nf; Lemos Pcp. **TÉCNICA CIRÚRGICA: BASES ANATÔMICAS, FISIOPATOLÓGICAS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS**. 4ª Ed., São Paulo (SP); Atheneu; 2001, pg. 180-99.

MARTINS, J; FARIA, E. M. **A REORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UTI**. Rev. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.9, n.2, p. 388-401, 2000.

MOURA, M.D. **PSICANÁLISE E HOSPITAL-.TEMPO E MORTE: DA URGENCIA E MORTE: DA URGENCIA AO ATO ANALÍTICO**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2003.

NASCIMENTO, L.M.O. **AVALIAÇÃO DOS PÉS DOS DIABÉTICOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA LOCALIZADO EM FORTALEZA-CE**. 2002.101f Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

PAIM, L. **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE AS NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS E PSICO-ESPIRITUAIS DOS PACIENTES**. Rev. Brasileira de Enfermagem, 1979, abril/maio/junho. 32(2), 160-6

PESSINI, L. E BERTACHINI, L. (2004). **HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS**. São Paulo; Loyola.

SILVA, Maria Júlia Paes. **O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE**. Rev. Bioética, Nov/2002. Vol.10.nº2.p.73-88

SILVA, M.J.P. **O AMOR É O CAMINHO**, 3. Ed. São Paulo; Loyola, 2005
-QUAL O TEMPO DO CUIDADO? HUMANIZANDO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM; 1 ed., São Paulo; Loyola, 2005.

SILVA, D.M.G.V. **NARRATIVAS DO VIVER COM DIABETES MELLITUS: EXPERIÊNCIAS PESSOAIS E CULTURAIS**, 2001. 188f. Tese: Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SMELTZER SC, BARE BG. **AVALIAÇÃO A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM DISTÚRBIOS VASCULARES E PROBLEMAS NA CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA**. In: Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1992.v.2 p.633-66

SOUZA, R. P. de; PIANOWSKI, B.; HILGEMBERG, E. C.; KUMMER, K. C.
MANUAL ROTINAS DE HUMANIZAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA.
Curitiba: Grupo Psicosáude, 2004.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho e ROSSI, Lídia Aparecida. **O
SIGNIFICADO CULTURAL DO CUIDADO HUMANIZADO EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: "MUITO FALADO E POUCO VIVIDO"**.Rev.
Latino-am. Enfermagem. mar./abr. 2002. vol.10. no.2. p.137-144. ISSN
0104-1169.

WALDOW, Vera Regina. **CUIDADO HUMANO: O RESGATE
NECESSÁRIO**, 3ª ed., Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2005