

MARIANA SOUZA SANTOS

**VIVÊNCIA COMUNICATIVA DO ENFERMEIRO COM PACIENTES E
FAMILIARES DE UNIDADES CRÍTICAS: DO DISCURSO À PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu
“Júlio de Mesquita Filho” – UNESP,
para obtenção do título de mestre
em Enfermagem

Orientadora:
Profa. Dra. Eliana Mara Braga

**BOTUCATU
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Santos, Mariana Souza.

Vivência comunicativa do enfermeiro com pacientes e familiares de unidades críticas: do discurso à prática / Mariana Souza Santos. - Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Eliana Mara Braga

Capes: 40400000

1. Enfermeiro. 2. Pacientes. 3. Cuidados em enfermagem – Planejamento.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados de enfermagem; Relações interpessoais; Unidade de Terapia Intensiva.

Nome: Mariana Souza Santos

Título: Vivência Comunicativa do Enfermeiro com Pacientes e Familiares de Unidades Críticas: do discurso à prática

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina “Julio Mesquita Filho” da Universidade Estadual Paulista ao Departamento de Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedicatória



A Deus

por experimentar o seu amor em todos os aspectos de minha vida, pela sabedoria , conforto, fortaleza e discernimentos concedidos sempre que precisei, por tudo que sou e por todos que fazem parte de minha vida.

“Sois meu refúgio e minha fortaleza, meu Deus, em quem eu confio”.

Salmo 90: 1

Aos meus pais, João e Beth

por realizarem em minha vida um laboratório de amor, pelas orações realizadas, pelo incentivo e apoio em todos os momentos, pelo companheirismo em todas as viagens, por acreditarem em minha capacidade, pela educação e dedicação em cuidar de mim, pelos mimos carinhos e palavras de apoio, por fazerem a minha vida tão abençoada. Amo muito vocês!

A minha avó Adelina

por todas as orações, pela fé em mim, por todas as ligações e preocupação, pelo exemplo de fé. Te amo vovó!

Ao meu irmão Julhano

pelo companheirismo, amizade, preocupação, pelo incentivo, pelas conversas, pela alegria de ter você em minha vida. Amo sua vida em minha vidas!

A amiga Paula Chadi

pelo companheirismo em todas as viagens, pelas partilhas, pelos incentivos, por acreditar sempre em mim, por compartilhar minhas angústias, medos e alegrias. Você é um tesouro em minha vida!

Agradecimiento Especial



À professora Doutora Eliana Mara Braga, minha orientadora, por ser alguém que enxerga o ser humano com os olhos do coração, que nos cativa a buscarmos sempre o melhor em nós, pela paciência, pelos incentivos, por me ouvir e acreditar em minha capacidade. Por compartilhar com doçura seus conhecimentos, por entender o tempo de cada um. Sua sabedoria me inspirou, abriu horizontes e fez reacender a chama e orgulho de ser uma profissional da saúde capaz de fazer uma enfermagem mais humana. Obrigada por me acolher com delicadeza e fazer parte desse momento tão importante em minha vida!

Agradecimientos



Aos amigos Tatiana e Fernando, por nunca desistirem de mim, por estarem presentes sempre, pelas orações e apoio, vocês são os meus tesouros.

Às meninas, equipe da UTI pediátrica, pela paciência e colaboração para que esta conquista se realizasse, obrigada por dividirem comigo este momento tão especial.

A todas as enfermeiras, enfermeiros e colegas de trabalho, pela colaboração e companheirismo, vocês fazem parte desta conquista.

À diretora do serviço de enfermagem do HRA, Ana Guedes, por permitir que este sonho se realizasse.

Às professoras Doutoras Maria Alice e Magda, pelas valiosas sugestões, contribuições e carinho com que me receberam.

Aos professores do curso de Mestrado do Departamento de Enfermagem, que ajudaram no meu crescimento profissional.

À secretária do Departamento de Enfermagem, Aline Parada, pela ajuda e paciência durante todo o curso.

Aos enfermeiros das UTIs adulto, pediátrica, neonatal e da sala de recuperação do centro cirúrgico, pela colaboração para que este trabalho se concretizasse, minha gratidão e carinho.

Aos pacientes e familiares, pela colaboração o meu muito obrigado.

À secretaria de Pós-Graduação da UNESP, pela facilitação das demandas burocráticas.

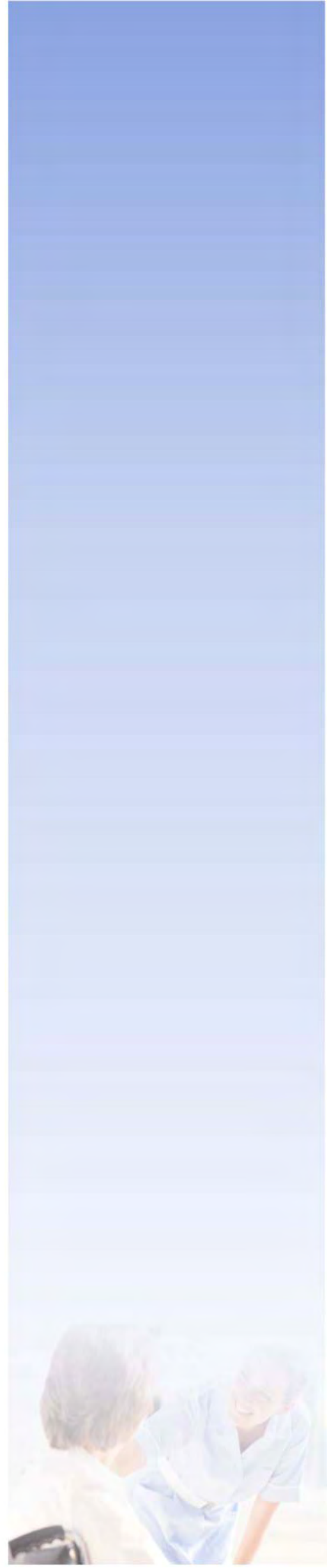
Enfim, a todos que colaboraram para a realização deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

Epígrafe



*“Senhor, vós me perscrutais e me
conheceis, sabeis tudo de mim,
quando me sento ou me levanto. De
longe penetrais meus pensamentos.
Quando ando e quando repouso, vós
me vedes, observai todos os meus
passos. A palavra ainda não me
chegou à língua, e já, Senhor, a
conheceis toda”.*
(Salmo 138, 1-4)

Resumo



Santos MS. Vivência Comunicativa do Enfermeiro com Pacientes e Familiares de Unidades Críticas: do discurso à prática [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2011

Este estudo teve como objetivo conhecer as estratégias comunicativas dos enfermeiros de unidades críticas no momento das interações com pacientes e familiares de um hospital público do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou o referencial teórico da Comunicação Interpessoal e o referencial metodológico da Análise de Conteúdo. Foram entrevistados 12 enfermeiros assistenciais das unidades críticas compreendidas por Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica, Neonatal e Sala de Recuperação Pós-operatória. A coleta dos dados ocorreu em três etapas consecutivas, por meio de entrevista semiestruturada gravada em aparelho áudio e digital, com aplicação de uma escala adaptada de Silva (2008) de uso efetivo e/ou ineficaz da comunicação não verbal e registro em diário observacional de campo, a fim de conhecer o comportamento comunicativo verbal e não verbal durante as interações desses enfermeiros com pacientes e familiares. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros têm consciência da importância do processo comunicacional com pacientes e familiares neste momento de angústia, medo e incertezas que representa a internação de um ente querido em uma unidade crítica. Estes resultados estão demonstrados por meio das seguintes categorias temáticas: os enfermeiros reconhecem a admissão como momento de interação com pacientes e familiares; utilizam os procedimentos técnicos e o horário de visitas como oportunidade de criar vínculo; iniciam o processo comunicativo de forma verbal; complementam e substituem o verbal de forma não verbal; demonstram afetividade; buscam validar a comunicação, mas por outro lado, encontram dificuldades em serem reconhecidos como coordenadores do cuidado por parte dos pacientes e familiares. Esses profissionais reconhecem a admissão como necessidade de uma abordagem inicial adequada, sendo evidenciado neste estudo que os enfermeiros iniciam o processo comunicativo com pacientes e familiares de forma verbal, adaptando a linguagem à pessoa envolvida no processo, pois consideram a comunicação como um processo cotidiano de humanização. Os enfermeiros também complementam a linguagem verbal de forma não verbal com a utilização de toque, olhar direcionado e expressões emocionais, criando vínculo com os pacientes e familiares e, assim, demonstram afetividade em suas relações com os pacientes e familiares. Os enfermeiros buscam, ainda, validar a comunicação, por meio da solicitação de *feedback*, repetindo as informações até garantir a compreensão dos pacientes e familiares, reconhecendo a importância do bom entendimento num processo comunicacional para que este seja coerente. De outro modo, este estudo evidenciou que os enfermeiros encontram dificuldades em serem reconhecidos como coordenadores do cuidado por parte dos pacientes e familiares que, dentro do setor fechado, não sabem identificar o enfermeiro e nem referenciá-lo. Foi possível perceber que mesmo estando conscientes da importância do processo

comunicativo e realizando-o, os enfermeiros encontram dificuldades quanto à sua visibilidade. Sendo assim, não são reconhecidos por suas funções, seja pela falta de tempo decorrente das muitas atribuições administrativas e gerenciais, seja pelas várias classes técnicas dentro da profissão de enfermagem, ou por situações decorrentes da identificação inadequada dos profissionais. As conclusões deste estudo nos levam a perceber a evolução e a busca pela capacitação pessoal do profissional enfermeiro no que se refere a uma comunicação competente e qualidade da assistência cuidadora. Observamos esta evolução sendo transformada em ações neste estudo, em que os enfermeiros compreendem a qualidade do cuidado considerando os aspectos humanos do outro, com dignidade e respeito.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação; cuidados de enfermagem; unidade de terapia intensiva; relações interpessoais.

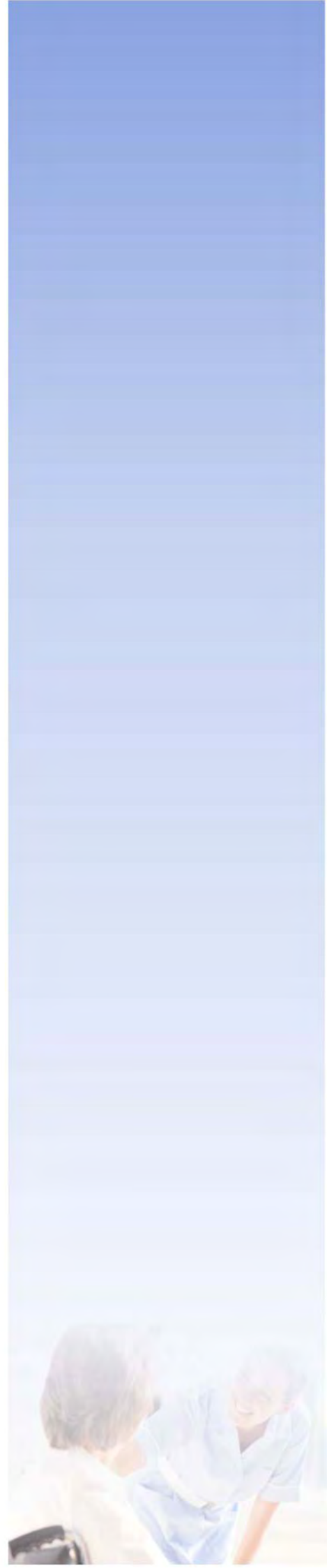
Abstract



This study aims to know the nurse`s communication strategies of critical care units in the moment of patient and family`s interactions of a public hospital inside São Paulo`s State. It consists of a qualitative approach using the theoretical reference of Interpersonal Communication and methodological reference of Content Analysis. We interviewed 12 nurses critical care units included in the Intensive Care Unit (ICU) Adult, Pediatric, Neonatal, and the Post-operative room. Data collection occurred in three consecutive steps, using semi-structured interviews and recorded on digital audio device, applying a scale adapted from Silva (2008) for effective and/or ineffective use of nonverbal communication and observational journaling field to know the communicative behavior verbal and non verbal of these nurses during the contact with patients and families. Results showed that the nurses are conscious about the communicational process`s importance in these moments of angst, fear and uncertainty. These results are demonstrated through the following themes: nurses recognize the admission as their interactions with patients and families; using the technical procedures and time of visits as an opportunity to create bonds; begin the process of communicating verbally; complement and replace the verbal form of non-verbal; show affection; seeking to validate the communication, but on the other hand, have difficulties in being recognized as coordinators of care for patients and families. They recognize the need an adequate first contact to initiate the communicative process with an adapted verbal language. They considered the communication like a humanistic process. They also complement the verbal language with a non verbal way, using the touch, the look and emotional expressions, they bonded to patients and families and show affective. The nurses intended yet, to authenticate the communication asking feedback, repeating then information until comprehension. By the way, it was clear in this study that the nurses found difficulties to be recognize how care coordinator by patients and families that inside close sector don`t know how to recognize them. It was possible to see even being knowing about the importance of communication process they found difficulties with their visibility. Thus, they aren`t recognized for their roles, either through lack of time due to the many administrative and managerial duties, or by various technical classes within the nursing profession, or in situations caused by inadequate professional identification. The findings of this study lead us to understand the evolution and the quest for personal empowerment of the professional nurse in relation to competent communication and care quality caregiver. We observed this trend being transformed into action in this study, that nurses understand the quality of care considering the human aspects of each other with dignity and respect.

KEYWORDS: communication; nursing care; intensive care unit; interpersonal relationships.

Lista de Siglas



Famema	Faculdade de Medicina de Marília
PNH	Programa Nacional de Humanização
RPO	Recuperação Pós-Operatória
UCO	Unidade Coronariana
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário



APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 HUMANIZAÇÃO	33
2 OBJETIVO	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO	43
4 MÉTODO	44
4.1 TIPO DE ESTUDO	45
4.2 LOCAL DO ESTUDO	45
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	50
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	50
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	55
5.2 ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA	56
5.3 DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO USO EFETIVO E/OU INEFICAZ DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL. BOTUCATU, 2011.	73
5.4 DIÁRIO OBSERVACIONAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ...	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
7 REFERÊNCIAS	81
ANEXO	86
APÊNDICES	88

Apresentação



Os questionamentos que resultaram nesta dissertação foram despertados ao longo de minha trajetória profissional, observando e percebendo o relacionamento entre seres humanos dentro do ambiente hospitalar e em situações críticas de saúde.

No ano de 1996, deixei a cidade de Assis, interior de São Paulo, para viver em uma vizinha dali, a 70 km, Marília, onde concluí minha formação acadêmica em 1999, na XVI turma de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Em 2000, iniciei o curso de residência em enfermagem cardiovascular no Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo, onde ao final do primeiro ano, após aprovação em concurso público, iniciei como enfermeira assistencial na enfermaria de pós-operatório de cirurgias cardíacas. Concluí o curso de residência no início do ano de 2002 e permaneci nesta instituição por um período de oito anos, durante o qual tive a oportunidade de trabalhar como enfermeira assistencial nas unidades de cuidados intensivos: Unidade Coronariana (UCO) e Recuperação Pós-Operatória (RPO).

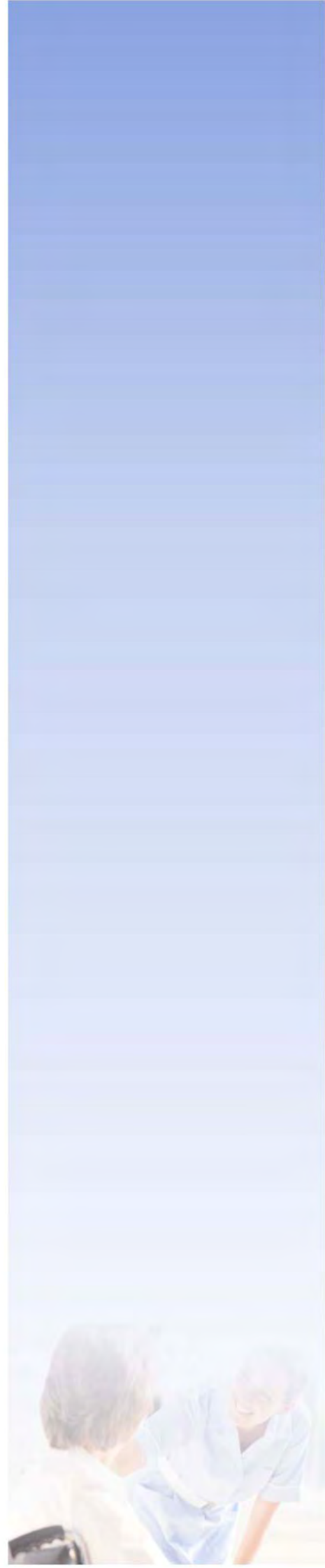
Após oito anos trabalhando em um grande centro e vivendo na capital paulista, em 2008, senti a necessidade de voltar às minhas origens interioranas e consegui transferência para o Hospital Regional de Assis. Neste hospital – referência para o atendimento clínico, cirúrgico, ambulatorial, de urgência e emergência para 27 municípios da região, ingressei como enfermeira assistencial da UTI adulto, onde permaneci por um ano e, com a inauguração da UTI pediátrica na Instituição, assumi como enfermeira assistencial desta unidade, onde desempenho minhas funções até os dias atuais. No início de 2009, iniciei o mestrado profissional na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Como enfermeira assistencial de unidades de terapia intensiva, independente de seu público-alvo, sempre me angustiou e gerou ansiedade as dificuldades encontradas nos processos comunicativos com pacientes e familiares. Frequentemente encontrava dificuldades em administrar com sabedoria o tempo disponível para realizar tanto os procedimentos burocráticos quanto as ações humanizadas ao paciente. E, nesse caso, entendi que o paciente saía prejudicado, fator este que me causava muita

ansiedade e a sensação de uma assistência incompleta, em que a falta de atenção aos processos comunicativos, principalmente com o paciente em estado Crítico, me despertou para a necessidade de um maior aprofundamento nessa área.

Preocupada em oferecer aos pacientes uma assistência humanizada, senti a necessidade de conhecer o comportamento comunicativo dos enfermeiros, com os pacientes e familiares de unidades críticas em sua prática real.

1. Introdução



Comunicação competente é um processo interpessoal. Comunicar-se competentemente pressupõe que as pessoas estejam preocupadas com a compreensão do outro e que as ideias sejam entendidas e compartilhadas. Portanto, a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e estas exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, além disso, o comunicador precisa ter a capacidade de perceber a reação do outro e ser uma pessoa sensível nas relações humanas¹.

Uma comunicação é competente quando: configura-se um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores; pressupõe que eles tenham conhecimentos básicos de comunicação; valoriza a consciência do verbal e do não verbal nas interações; oferece clareza e objetividade; promove, também, o autoconhecimento, além de possibilitar uma vida autêntica. Ressalta-se, ainda, que uma comunicação ou informação deve ser passível de ser interpretada e decodificada e, para isso, as ideias devem ser organizadas para serem compreensíveis ao receptor¹.

No processo de humanização, as necessidades de atenção dos pacientes e familiares representam estratégias na produção do cuidado em saúde. A atenção para as formas de expressão que estão envolvidas na comunicação ressaltam a intenção de considerar o outro com suas diferenças, nas relações interpessoais, pois cada indivíduo é único e possui valores específicos².

Neste sentido, torna-se importante ter consciência da relação dos comportamentos verbais e não-verbais nas interações e reconhecer que as emoções, as expectativas e os estereótipos interferem na comunicação, bem como, o conhecimento prévio dos emissores³.

Outro aspecto importante consiste no entendimento de que a comunicação desempenha um papel importante em nosso desenvolvimento humano, pois não é apenas uma parte de nossas experiências anteriores, mas também daquelas adquiridas a cada novo dia. Somos seres que se relacionam e a consciência de tal fato nos leva a procurar o melhor entendimento dos conceitos, princípios e habilidades adquiridas durante o processo comunicativo⁴.

Uma boa comunicação com pacientes e familiares contribui para a excelência da prática da Enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para os envolvidos, podendo despertar o sentimento de confiança entre paciente e enfermeiro, permitindo que experimentem a sensação de segurança e satisfação⁵.

No processo de comunicação, o paciente e a família são as próprias fontes de conhecimento das suas necessidades. No contraposto, os enfermeiros rendem-se à rotina profissional e à incorporação da tecnologia, desvalorizando a relação paciente-família-equipe e a comunicação entre estes, sendo locutores de uma comunicação verbal puramente técnica e desconhecendo a própria comunicação não verbal⁵.

Entendemos que a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, sendo ele docente ou atuante em outra atividade da prática do cuidar, pois esta competência lhe possibilitará um cuidar consciente, verdadeiro e transformador¹. A adequada comunicação entre o médico, o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional de Unidades Críticas é um dos principais fatores que interferem na satisfação, tanto dos pacientes quanto daqueles que trabalham nessa unidade⁶.

Junto ao paciente que solicita o cuidado, a família tem o direito de estar ao lado daquele que ama e de ser informada, com constância, sobre a verdade do seu quadro clínico. Todos os atores do processo devem saber a verdade e as linhas terapêuticas escolhidas. A comunicação, idealmente, será efetuada em ambientes tranquilos e reservados, tornando-se necessária uma busca pela melhoria do relacionamento entre os atores envolvidos no processo do tratamento do paciente crítico⁶.

A nossa realidade difere do ideal quando o ambiente onde as informações são fornecidas aos familiares e pacientes é exposto, sem privacidade e planta física adequadas. Geralmente, as informações são transmitidas à beira do leito ou nos corredores externos às Unidades Críticas, onde muitas vezes, os familiares sequer têm um lugar para acomodarem-se num momento de grande tensão, ansiedade e estresse⁵.

O canal de propagação é geralmente verbal, face a face, nas salas de espera da UTI, e essa é uma forma simplista de abordar um tema tão complexo. A comunicação nas situações de terminalidade torna-se complexa por influência de inúmeros fatores que interferem nos agentes envolvidos. Só se consegue a comunicação adequada quando se tem conhecimento e tranquilidade para abordar determinado tema, pois se todos os profissionais envolvidos com o tratamento, durante o processo de morrer, não se sentirem seguros para o enfrentamento da morte e, se não houver clareza entre todos os membros da equipe, haverá, sem sombra de dúvidas, um conflito de interesses que irá culminar em problemas de relacionamento e de comunicação⁵.

É importante que a equipe tenha um comprometimento emocional, coerência e credibilidade, pois, em nossa profissão fizemos a escolha de nos comunicarmos. O profissional precisa perceber como está sua comunicação com o paciente e familiares, se existe um feedback destes. Os profissionais, quando treinados no uso da linguagem, são capazes de identificar e compreender as necessidades do paciente e de sua família².

Somente pela comunicação efetiva é que o profissional pode ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento. O cuidar é feito com o outro e não se trata apenas de um procedimento, uma intervenção técnica, mas de uma relação de ajuda, que envolve respeito, compreensão e até a possibilidade do uso do toque de forma mais efetiva. Infere-se que, se o cuidado é feito com o outro, a comunicação adequada é fundamental, principalmente, no cuidado com os pacientes críticos e terminais⁵.

Cuidar das pessoas implica, primeiramente, percebermos e compreendermos nossos próprios sentimentos, bem como trilhar caminhos que nos levem ao enfrentamento de nossas dificuldades como pessoas e profissionais cuidadores. Tal atitude nos libera para termos disponibilidade interna ao interagir com as pessoas, facilitando a construção desta relação e promovendo nosso interesse pelo sofrimento do outro⁶. Nesta perspectiva, a comunicação verbal é melhor compreendida que a comunicação não verbal,

porque esta não é sempre percebida conscientemente pela equipe de Enfermagem. A comunicação não verbal é essencial ao cuidado humano, por resgatar a capacidade do profissional de saúde em perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação⁵.

É também por meio da comunicação que o ser humano pode satisfazer suas necessidades de inclusão, controle e afeição. A inclusão refere-se à aceitação pelo outro, o controle ocorre quando se experimenta a sensação de ser responsável e capaz de se adaptar ao meio e a afeição diz respeito à necessidade de expressar e receber amor. Os pacientes relatam que os problemas sentidos por eles e suas expectativas em relação à equipe de Enfermagem recaem mais na área expressiva, pois se queixam da separação da família, do ambiente desconhecido e agressivo, da quebra nos hábitos de alimentação e hidratação, do medo de morrer, da dependência de outrem, do desrespeito à privacidade e da falta de atenção individualizada⁵.

A competência em comunicação impõe atitudes conscientes de humanização, ou seja, comprometimento com o cuidado em saúde no processo de humanização diante das necessidades dos pacientes e seus familiares de cuidados que representam estratégias na produção de saúde⁴.

A atenção frequente ao usuário pode indicar uma direção às intervenções humanizadas, embora se sobressaia o caráter avaliativo, sendo que as reais necessidades são de atenção à família devido à vulnerabilidade em que esta se encontra⁵.

A comunicação com o paciente sedado é necessária, é reconhecida como função do enfermeiro, é algo que o diferencia como profissional e, algumas vezes, infelizmente, o contato com o paciente sedado é um ato condicionado, sem reflexão. Se conhecermos e aceitarmos as nossas próprias emoções, conseguiremos entendê-las e as impediremos de prejudicar a assistência ao familiar. Existe a percepção da coerência ou não da comunicação não verbal pelos familiares, principalmente das expressões faciais e no uso do toque. Há necessidade de alguém da equipe de Enfermagem ser referência para os familiares, alguém a quem eles possam recorrer para uma conversa, um esclarecimento de dúvidas e orientações⁵.

As famílias dos pacientes também necessitam de cuidados e não devem ser vistas como um auxílio “técnico” ao trabalho de Enfermagem, mas como indivíduos a serem cuidados também pela Enfermagem. Assim, elas precisam de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais, como uma conversa esclarecedora, uma cadeira extra para que o familiar possa tocar seu ente querido, um cafezinho num momento mais crítico. Lembrando que cuidar é a essência da Enfermagem e que só pode ser exercida se o fizermos com conhecimento científico, ético e, acima de tudo, com amor. O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar na Unidade Crítica, é necessário cuidar dela, a fim de potencializar nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar suas reações e comportamento e entender suas emoções⁵.

Um estudo focado na visão de familiares sobre a adequação da equipe demonstrou que os familiares consideram que a comunicação adequada é aquela em que as informações sobre o estado do paciente acontecem nos horários da visita e são transmitidas de uma maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos difíceis, para a compreensão até de pessoas com menos escolaridade⁵.

Assim, quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva, porque os gestos de atenção e cuidado ficarão presentes na lembrança dos familiares. A enfermagem pode resgatar mais conscientemente a comunicação não verbal, que é a dimensão da comunicação que qualifica as relações, permitindo a demonstração dos sentimentos e a verificação da coerência dos nossos gestos e posturas com as pessoas⁵.

Nessa perspectiva, torna-se necessário que a equipe esteja consciente deste momento vivenciado pelas famílias, que as incapacita para melhor absorver as informações repassadas pelos médicos, sendo que as mensagens podem ser compreendidas e interpretadas de diferentes formas. Assim, este fato pode levar os familiares a deturparem, bloquearem ou negarem as informações, fazendo com que eles próprios repitam as mesmas perguntas diversas vezes⁷.

Ter clareza de que *é impossível não comunicar*, primeiro axioma da Pragmática da Comunicação⁸, deveria ser um trabalho de reflexão da equipe de saúde, pois constitui um dos pontos nodais para trabalhar dilemas humanos de maneira mais fundamentada no contexto profissional. O profissional da equipe, em termos pessoais, a partir daí, poderá descobrir melhores estratégias de enfrentamento destas situações, em termos comunicacionais, podendo, deste modo, efetivamente acolher o paciente e sua família⁷.

Os profissionais, além de conviverem em um ambiente tenso e permeado pela pressão de salvar vidas, também vão se acostumando a ouvir o silêncio das Unidades Críticas e, quando os familiares entram na unidade questionando, chorando ou reclamando, alguns não compreendem, não sabem como lidar, o que perguntar e o que responder; enfim, o que fazer diante de tanto sofrimento. A família bloqueia a escuta do significado das palavras e busca pistas comunicacionais no aspecto analógico da comunicação, ou seja, em gestos, posturas, observação dos comportamentos da equipe de saúde – privilegiando, de certo modo, a forma como é passada a informação e não o seu conteúdo⁷.

A família começa a fazer uma leitura própria da metacomunicação da equipe, diante da necessidade de preencher aquilo que não é falado. Pretendemos, sim, resgatar a importância desta análise para criar ou pensar melhores estratégias de comunicação entre a equipe e a família. Pois o efeito desta comunicação é recursivo, ou seja, o impacto da comunicação volta para o próprio profissional, gerando situações de estresse, angústia e isolamento, culminando em um processo iatrogênico da sua capacidade de cura, no qual se coloca diretamente em “xeque” sua habilidade profissional⁷.

Assim, a interação entre a equipe de enfermagem, paciente e família é fundamental para um cuidado efetivo. A interação da equipe de enfermagem com os familiares e o paciente pede diálogo, pede a busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa. Entendemos como fundamental, em um processo de interação, o compromisso emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda,

reconhecendo e considerando relevantes suas manifestações de sofrimento, medo, angústia, desespero, entre outros sentimentos⁹.

A humanização do cuidado não pode estar presente somente nos discursos dos profissionais que se dedicam a esta atividade, uma vez que todas as ações que compõem este cuidado necessitam estar impregnadas de humanização. Uma das características de uma relação terapêutica é que ambas – a enfermeira e a pessoa que requer ajuda – transformam ou modificam seu comportamento e aprendem com o resultado deste processo interativo⁹.

Considerando os familiares, percebemos que precisamos falar o provável, tornando-os cientes da gravidade da situação, por meio de informações precisas, certificando-nos da clareza de seu entendimento e buscando encorajá-los na sua tomada de decisões. É necessário mantermos uma atitude humanizada, dispensando atenção ao paciente, amigos e familiares, criando um ambiente em que as relações interpessoais tornem-se possíveis. Tais princípios caminham para o questionamento de nossas ações e a dos outros: aprender a tolerar, aceitar e enfrentar ansiedades, desenvolver a capacidade de lidar com receios, medos, perdas, com frustrações que podem emergir da relação construída entre a equipe, com os pacientes e com os familiares⁹.

Assim, a comunicação é um dos principais meios para favorecer as interações entre equipe, pacientes e familiares. Porém, essa interação não ocorre ao acaso, necessita ser conscientemente planejada pela equipe de enfermagem, a partir das observações realizadas, das necessidades evidenciadas e das interpretações dos significados atribuídos pelo paciente e seus familiares a sua nova situação de vida⁹.

Apesar das constantes discussões e posições teóricas sobre humanizar, ainda hoje é impressionante a flagrante violação dos direitos do homem e de sua dignidade. Constatamos que prevalecem ações curativas, voltadas para a valorização das tecnologias. Um estudo que visou desvendar o significado cultural do cuidado humanizado em terapia intensiva mostrou que o profissional de enfermagem preocupa-se com o tempo de execução de sua rotina, angustiando-se ao ter que se desviar dela para

conversar, interagir ou simplesmente ouvir os familiares e pacientes e, muitas vezes, o relacionamento distante é justificado como defesa ao estresse e sobrecarga de trabalho nas Unidades Críticas, que refletem o sofrimento gerado. O objeto da enfermagem está centrado mais na tarefa a ser executada do que no paciente, o contato com a família é bastante formal e burocrático e, principalmente, despersonalizado. O diálogo com os familiares é restrito e, raras vezes, o enfermeiro acompanhou de fato o momento de sofrimento e angústia da família¹⁰.

Outro aspecto apontado pelo estudo é que os profissionais de enfermagem não podem humanizar o atendimento do paciente crítico, antes de aprender como ser inteiro/íntegro consigo mesmo. Colocando-se no lugar do outro, o profissional passa a cuidar, considerando um significado de humanizar que envolve respeito, dignidade, abrangendo a expressão *amar ao próximo como a si mesmo*¹⁰.

Geralmente, em relação às orientações aos pacientes e familiares, atribuí-se esta tarefa a um único profissional, estabelecendo horários rígidos de informações e contato com os familiares, ficando os demais membros da equipe tranquilamente despreocupados e descomprometidos desta atribuição¹⁰.

Neste sentido, acreditamos que a postura interdisciplinar possibilita a escuta das diferentes vozes dos profissionais nas instituições de saúde, contribuindo para tornar o momento de contato com a família menos tenso e propiciador de uma comunicação mais efetiva, possibilitando que a família se sinta mais segura e a relação com a equipe se fortaleça. A postura interdisciplinar também propicia uma maneira mais complexa de compreensão dos problemas. A interdisciplinaridade permite a integração dos diferentes saberes dentro da unidade, contribuindo para a comunicação equipe-família¹¹.

A liberdade da equipe multiprofissional pode tolher a do cliente, ameaçando sua estrutura emocional, no entanto, não podemos esquecer que os profissionais de saúde também têm sentimentos e, muitas vezes, preocupam-se em agir com ética, buscando solucionar ou minimizar o sofrimento da maneira menos agressiva possível¹².

A humanização na enfermagem não é possível sem a tecnologia e vice-versa, não se pode aplicar a tecnologia nas ações da enfermagem sem que a humanização esteja presente. Melhor associar esta tecnologia a uma assistência voltada para o paciente, na qual o enfermeiro priorize “estar com” o ser humano. Os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim, conduzirá o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para os pacientes que diariamente necessitam de atendimento¹².

Enfim, é indispensável a “tecnologia do calor humano” nas relações enfermeiro-paciente, característica esta que enobrece, dignifica e eleva os ideais da profissão de enfermagem. O enfermeiro é responsável por orientar, sanar dúvidas pertinentes ao procedimento trazendo uma maior tranquilidade e segurança, não se esquecendo de que ele também necessita de um ambiente adequado para realizar o seu trabalho¹².

Partindo do exposto, temos como finalidade, neste estudo, observar o comportamento comunicativo dos enfermeiros de Unidades Críticas, a fim de apreendermos o significado da comunicação verbal e não verbal destes com os pacientes e familiares durante sua prática diária de cuidado. Para tanto, a seguir, discorreremos sobre humanização da assistência e cuidados de saúde.

1.1 HUMANIZAÇÃO

Somos seres humanos únicos, genuínos, e vivemos de relações sociais. Considerando que é impossível não nos relacionarmos e entendendo que cada um entende e vive essas relações de acordo com princípios e crenças próprios, fez-se necessário o desenvolvimento de políticas de saúde, em que a pessoa que está vivenciando um comprometimento de suas funções normais e vitais de saúde tivesse todas

as suas necessidades individuais, físicas, psíquicas e espirituais levadas em consideração.

A necessidade de enxergar o ser humano sob todos os aspectos bio-psico-sociais, com uma visão holística, conduziu à necessidade de uma maior interação entre a equipe multiprofissional. Teve início, então, um movimento que se tornou conhecido como humanização do atendimento em UTI, caracterizado principalmente pela interdisciplinaridade¹³.

Humanização é o ato ou efeito de humanizar, tornar humano, dar condição humana, humanar. Humanizar é um processo vivencial que envolve todas as atividades do local e das pessoas que ali convivem, dando ao paciente o tratamento que ele merece como ser humano que é, envolvendo a comunidade família da qual ele faz parte¹⁴.

Humanizar é individualizar a assistência frente às necessidades de cada um, que são diferentes e específicas, de indivíduo para indivíduo. Este ato representa uma mudança de comportamento e de atitudes frente ao paciente e seus familiares. É uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e da equipe¹⁴.

O conceito de humanização busca resgatar o valor da proximidade com o paciente, evitando que o alto desenvolvimento tecnológico na medicina coloque o relacionamento e o calor humano em segundo plano. A atenção é um elemento fundamental à recuperação do paciente, portanto, o fato de saber que alguém se preocupa com ele, que se importa com seu sofrimento permite que a humanização faça parte da filosofia e seja a essência da enfermagem¹⁵.

Um artigo que trata da alteridade e das relações aponta que, ao se pensar o ser humano a partir das relações, uma nova dimensão surge na nossa prática, a dimensão da alteridade, por meio da qual damos-nos conta de que o outro é alguém essencial em nossa existência e no nosso próprio agir¹⁶.

O entendimento de que cada indivíduo é único e tem necessidades, valores e crenças próprias, deve nortear o conceito de humanização. Manter e preservar a dignidade do paciente como ser humano, é respeitar todos os princípios da moral e da ética profissional em enfermagem¹⁷.

A humanização é um conceito antigo que renasce para valorizar a essência do ser humano e, para que aconteça plenamente, é necessário que

a equipe seja consciente dos desafios e dos próprios limites a serem transpostos, pois os profissionais da assistência direta são os verdadeiros responsáveis pela humanização e pela qualidade¹⁵.

Entendemos que a humanização tem como objetivo aprimorar as relações humanas em todos os níveis, levando a melhoria do relacionamento entre equipe de saúde-pacientes-familiares¹⁸.

Humanizar significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. A equipe multidisciplinar deve ter a humanização como filosofia diretriz¹⁵.

Desejos e necessidades emanadas dos sujeitos nas práticas e relações no campo da saúde deram subsídios para a criação de estratégias governamentais e culminaram com a publicação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar¹⁹.

O setor da saúde inconscientemente e despropositadamente foi tomado pela massificação da sociedade industrial, com exagerada valorização da ciência e da tecnologia em detrimento do homem e de seus valores. Na área hospitalar e, principalmente, na UTI, este processo tornou-se mais evidente, justamente por ser este setor do hospital o que concentra os maiores recursos tecnológicos por metro quadrado. Por esta razão, as UTI's são, muitas vezes, consideradas como lugares eficazes, porém inóspitos, impessoais e sem qualquer aconchego. A humanização renasce para valorizar as características do gênero humano, enfatizando e estimulando as particularidades psíquicas, sociais e sentimentais de nossa raça¹⁴.

A maioria dos profissionais que escolhe trabalhar em UTI o faz tomado do melhor dos sentimentos de solidariedade e compaixão, pois conhece a situação peculiar que está vivendo esta pessoa que necessita de cuidados especiais, intensivos e de alta tecnologia¹⁴.

A humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe na UTI. A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente como

ser humano. Cada indivíduo deve ser considerado único, tendo necessidades, valores e crenças específicos. Manter e preservar a sua dignidade significa respeitar os princípios da moral e da ética¹⁴.

Não podemos deixar de considerar o cenário no qual o conceito de humanização vem ganhando destaque crescente em Programas no campo da saúde pública. Faz-se necessário considerar a padronização das ações e a repetição sintomática de modos de funcionar deste processo²⁰.

Considerar o homem em sua existência concreta é considerar o humano em sua diversidade e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos; assim, a humanização é tomada por uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios²⁰.

A equipe de saúde também precisa estar em boas condições emocionais para trabalhar com os pacientes, seus familiares e a comunidade. Devem buscar a qualidade do “ser saudável”, já que são confrontados diariamente com questões relativas à morte²¹.

Os pacientes graves são geralmente dependentes em suas funções básicas e sentem-se fragilizados com esta falta de autonomia. Do ponto de vista emocional, os familiares depressivos podem se desestruturar temporariamente. Frente ao contato com o sofrimento diário, a equipe estrutura mecanismos de defesa, que geralmente diminuem sua sensibilidade. Estes comportamentos de adaptação podem ser eficazes ou não no controle do estresse e da ansiedade. Se eficazes, é liberada energia que pode ser direcionada para a cura. Se ineficazes, aumenta-se o estado de tensão, conseqüentemente, há um aumento na demanda de energia e o estresse original da doença dura mais²².

Na tentativa de tornar uma Unidade Crítica um lugar que celebre melhores chances de recuperação, maior dedicação e investimento de tecnologia e saber, tem ocorrido grande investimento no resgate de conceitos e práticas humanizadas para toda a equipe multidisciplinar¹⁹.

Precisamos considerar os paradigmas que envolvem uma UTI, mesmo com a vigência de programas de humanização como o Programa

Nacional de Humanização (PNH), este ambiente ainda é considerado um lugar onde a morte está sempre à espreita, lugar de dor e lutas, frio e de pouca sensibilidade. O envolvimento necessário com as máquinas de última geração, os sinais sonoros que a todo instante confirmam a dependência dessa mecanização, contribuem ainda mais para a conceituação destes paradigmas em uma Unidade Crítica¹⁹.

O processo de hospitalização é um evento estressante, porém singular, para pacientes e familiares. No caso da internação em UTI, pode haver a emergência de uma série de sinais e sintomas de desestabilização físico-emocional. O risco de vida, a incerteza quanto ao tratamento e à recuperação, o imaginário que ronda o sucesso e o fracasso das tentativas, bem como as limitações na prestação de suporte psicossocial e o afastamento dos familiares, são fatores que contribuem para isso²³.

Quando nos referimos ao trabalho em saúde, não nos referimos somente ao conjunto das máquinas que são usadas nas ações de intervenções realizadas, o que remete a uma visão muito comum, principalmente em UTI, de que tecnologia é uma máquina moderna. O saber profissional – que as pessoas adquiriram e está presente na forma de pensar os casos de saúde e intervir sobre eles – é uma tecnologia menos dura que está sempre presente nas atividades de saúde, representa o não-mecanizado, uma tecnologia leve²⁴.

Consideramos, ainda, as relações e as interações que todo tipo de encontro entre duas pessoas podem causar, todas as produções resultantes de todas as escutas e interpretações, momentos de acolhida, diálogo e cumplicidade e, diante desta complexa tecnologia, concluímos que somente a associação entre esses diferentes tipos de tecnologia pode produzir qualidade, resultados expressos em satisfação pelo usuário²⁴.

É de fundamental importância, no processo de humanização, uma comunicação efetiva entre pacientes, familiares e equipe, no sentido de identificar as dificuldades e promover o melhor plano para a resolução dos impasses. Os familiares têm um papel fundamental na internação do paciente e, em se tratando de terapia intensiva, esta participação torna-se ainda mais relevante para o processo de recuperação¹⁷.

A equipe multidisciplinar tem como foco tornar a UTI um ambiente menos hostil, menos impessoal e estressante, mais acolhedor e aconchegante, com ações voltadas para as necessidades individualizadas do paciente, de forma que a influência ambiental interfira de positivamente na recuperação e promoção da saúde deste²⁵.

Ao longo dos tempos, a formação dos profissionais tem privilegiado e priorizado o conhecimento parcelar e especializado, a valorização da técnica e destreza e a visão do ser humano como máquina, assim como a supervalorização do saber científico e especializado, em que pacientes e familiares foram destituídos de sua humanidade¹⁹.

Nos dias atuais, buscamos resgatar a valorização da humanização no cuidado em saúde, no qual esta se torna estratégia de qualificação da gestão de trabalho, tanto na produção de serviço como na produção de sujeitos, promovendo o resgate de valores e princípios pessoais que não sucumbiram ao adestramento do sistema biomédico. A humanização busca uma política voltada ao paciente e aos seus familiares e também à própria equipe de saúde, um cuidado holístico e humanístico que considere todas as necessidades daquela pessoa debilitada¹⁹.

Quando se pensa em cuidado na unidade de terapia intensiva, é importante ressaltar que cada profissão se utiliza de seu conhecimento do mundo e de seu conhecimento específico para prestar esse cuidado. Os enfermeiros, por exemplo, utilizam-se do diálogo, da interação interpessoal, das técnicas e procedimentos para cuidar²³.

A enfermagem é uma ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência quando possível, a fim de restaurar, manter e promover a saúde concomitantemente às ações dos outros profissionais²⁶.

As práticas de cuidado são consideradas uma realidade histórica, resultante de uma sucessiva montagem de discursos, filosofias de trabalho, pensamentos e políticas, que passa a ser alimentada de frequentes contradições. Tais contradições podem influenciar as próprias condutas éticas do profissional, tornando-o, ao mesmo tempo, dinâmico, passional, ambivalente, passivo e intrigante. A enfermidade vivenciada por uma pessoa

não afeta apenas o seu físico, mas afeta inclusive a sua própria identidade. É importante, portanto, que o profissional de saúde compreenda não somente o que o homem pensa, mas também o que ele sente³.

Temos percebido que, embora exista a necessidade de focalizar o sensível, ainda predomina o cuidado voltado para os aspectos físicos, como controle e manutenção das funções vitais²⁷.

A UTI é uma unidade de internação totalmente diferente, sobretudo do ambiente residencial do paciente e seus familiares. O cuidado ainda é orientado pelo modelo médico, biologicista, cuja atenção está voltada, principalmente, para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do paciente e seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença. Neste modelo não há lugar para a subjetividade, para o ser de relações, o diálogo não é valorizado. O paciente está totalmente sujeito àqueles que dele cuidam, deixando de ser um ser singular e transformando-se em um objeto²⁷. O acolhimento é um tipo de relação que se produz no trabalho vivo, no encontro do trabalhador com o usuário, fundamentando-se na escuta e na receptividade, propiciando reorganizar o processo de trabalho em saúde, além de permitir englobar as diferentes demandas dos sujeitos. Ele pode ajudar na reorganização do trabalho interdisciplinar, transformando um atendimento centrado na doença em um atendimento centrado no usuário²³.

O acolhimento dos anseios e do sofrimento humano pode auxiliar na re-significação do trabalho na UTI e do processo de internamento, minimizando as condições de sofrimento mental. O discurso que caracteriza o cuidado como uma dimensão que compreende o fazer pelo outro, a escuta atenta e a inserção da família como uma extensão das relações sociais dos pacientes parecem caracterizar a intenção de organizar as práticas em torno da lógica da atenção usuário-centrada, e não somente na doença ou nas necessidades imediatas dos pacientes²³.

A UTI é um local impróprio para a permanência de visitantes, considerado frio, hostil, traumatizante por estes. Este mito precisa ser superado, abrindo-se as portas da unidade intensivista para que os

visitantes possam participar, a seu modo, do tratamento do paciente que se encontra em estado crítico e em processo de recuperação, e que também recebam o cuidado de acordo com suas necessidades. O modelo biotecnológico e seus princípios básicos são tão enraizados no dia a dia da equipe de enfermagem que, para cuidar dos visitantes, exige uma mudança que vai além do cuidado técnico, ou seja, transcende a um cuidado sensível²⁸.

A saúde é o que a pessoa vive, é uma situação que tem significado somente na perspectiva da pessoa. No modelo da teoria humanística de Paterson e Zderad, o diálogo é o conceito central e possibilita à enfermagem conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar. A enfermagem é entendida, como um diálogo vivo, por meio do qual se compreendem e se descrevem as situações vividas e exercidas por esses profissionais, considerando que um diálogo genuíno começa quando cada pessoa considera a outra como o ser único que é, consciente de que é um ser diferente do outro, da maneira única que lhe é peculiar²⁷. O cuidado de enfermagem, na UTI, passará a ser humanizado se houver envolvimento existencial dos cuidadores de enfermagem com o ser doente e seus familiares, em que vivenciam e compartilham a experiência, reconhecendo a singularidade um do outro por meio do diálogo, uma vez que tanto o ser que é cuidado, aquele que chama, quanto o ser que cuida, aquele que é chamado, sairão fortalecidos com o encontro. O ambiente da UTI tornar-se-á verdadeiramente humanizado, isto é, menos impessoal para o doente e seus familiares, quando o diálogo estiver aberto para ambos, quando houver uma interação entre os doentes e seus familiares, entre eles e o ser cuidador de enfermagem e entre os cuidadores de enfermagem da UTI²⁷.

2. Objetivo



Conhecer as estratégias comunicativas dos enfermeiros de unidades críticas no momento das interações com pacientes e familiares.

3. Referencial Teórico do Estudo



A fim de atingir os objetivos propostos, este estudo baseou-se no referencial teórico da comunicação interpessoal, não verbal e verbal, segundo Silva³, Stefanelli e Carvalho²⁹.

A Enfermagem, em seu contexto, é abordada por várias teorias da comunicação. Os profissionais de enfermagem, no exercício de sua prática, utilizam esse conjunto de teorias e conceitos e os aplicam. Dentre as quais está a teoria da comunicação interpessoal^{3,29}.

Neste estudo, destacamos as teorias interpessoais da comunicação, as quais buscam compreender a natureza do estabelecimento e manutenção das relações; os padrões estabelecidos nas relações que são movidas pelas necessidades interpessoais de inclusão, controle e afeição; o processo de percepção interpessoal que se estabelece nas interações e como se dá a apresentação do eu a outros, como os interlocutores se percebem e se compreendem; ou seja, como se dá o complexo processo de percepção social; os graus variados de atração ou rejeição no relacionamento; e, finalmente, o conflito social que pode resultar da comunicação interpessoal ou levar a esta. Pelas suas características, esse contexto tem sido um dos mais estudados na Enfermagem, em especial na relação enfermeiro-paciente. Nem sempre os achados deste estudo têm sido considerados positivos, pois são inúmeros os exemplos de afastamento ou distanciamento de pacientes, ou de uso de comportamentos autoritários ou assimétricos²⁹.

Desta forma, consideramos que o conhecimento das dimensões de assertividade, responsividade e versatilidade do estilo de comunicação de uma pessoa, e da comunicação do outro com quem interage, seja necessário para maximizar os objetivos da comunicação²⁹.

O homem, em sua condição de ser racional e dotado de intelecto comunica-se devido a sua própria condição humana de se comunicar, como também, pela busca de conhecimentos que podem favorecer as práticas profissionais³.

Como profissionais da saúde, temos como base de nosso trabalho as relações humanas. É fundamental, na área da saúde, saber relacionar-se e interagir com pessoas. A todo o momento, pelos corredores dos hospitais, em ambulatórios, salas de emergência, leitos dos pacientes e salas de

recuperação, surgem conflitos originados de uma atitude não-compreendida ou mesmo de uma reação inesperada. No âmbito hospitalar, as relações ocorrem tanto entre a equipe multidisciplinar, como com pacientes e familiares. Assim, não podemos pensar na ação profissional sem levarmos em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, mesmo que nem sempre usadas conscientemente³.

Para que as interações possam ser adequadas e produtivas, cabe ao profissional da saúde decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidado adequado e coerente com as suas necessidades. O enfermeiro deve estar atento e lembrar-se de que a comunicação envolve a linguagem verbal e não verbal emitidas pelos pacientes e seus familiares e, deste modo, precisa estabelecer uma comunicação adequada, capaz de diminuir conflitos, mal entendidos e atingir objetivos para a solução dos problemas detectados na interação com os pacientes e seus familiares³.

A comunicação interpessoal destaca-se nas tentativas de compreender o outro comunicador e se fazer compreendido, podendo ser dividida em comunicação verbal e comunicação não verbal, como descreveremos a seguir.

A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita. A clareza quanto àquilo que queremos informar é o primeiro aspecto da comunicação verbal que deve ser considerado. Ao interagirmos verbalmente com alguém, estamos tentando nos expressar, clarificar ou validar a compreensão de algo³.

As técnicas de expressão são: permanecer em silêncio, verbalizar aceitação, repetir as últimas palavras ditas pela pessoa, ouvir reflexivamente e verbalizar interesse.

Para a clarificação, as técnicas são: estimular comparações, devolver as perguntas feitas e solicitar esclarecimentos de termos incomuns e dúvidas.

Na validação podem ser utilizadas técnicas como: repetir a mensagem dita e pedir à pessoa para repetir o que foi dito. Uma das causas

da falta de compreensão entre as pessoas apontadas pelas propostas teóricas e experiência é a não-validação da comunicação.

A comunicação não verbal não está associada às palavras e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, orientações do corpo, singularidades somáticas naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. Ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas, e tem a função de complementar, contradizer e substituir a comunicação verbal, além de demonstrar sentimentos. Estudos relacionados à comunicação não verbal estimam que a expressão do pensamento se faz 7% por meio da comunicação verbal, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por meio dos sinais do corpo³.

As fontes primordiais do comportamento não verbal são: programas neurológicos herdados, experiências comuns a todos os membros da espécie e experiências de acordo com a cultura, a classe social, a família e o indivíduo. Assim, podemos entender a comunicação não verbal como tudo aquilo que pode ter significado para o emissor ou receptor, exceto as palavras por elas mesmas³.

Diante destas considerações, a comunicação é conceituada como um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo. Essa influência pode ser percebida mesmo quando as pessoas estão em total isolamento, distantes umas das outras ou do ambiente onde o processo comunicacional ocorreu. Isso permite afirmar que as pessoas encontram-se constantemente envolvidas por um campo interacional. É esse intercâmbio de mensagens, trocas, percepção e interpretação que permite às pessoas formar a imagem delas mesmas, do mundo e do outro à sua volta²⁹.

É por meio da competência interpessoal nas interações entre pacientes e familiares e por meio do conhecimento de si mesmo adquiridos pelo enfermeiro, que este vai cuidar de forma efetiva daquele que necessita de seus conhecimentos²⁹.

Embasando-nos no referencial teórico mencionado, pretendemos conhecer as estratégias comunicativas utilizadas pelos profissionais de enfermagem de unidades críticas no momento das interações com pacientes e familiares.

4. Método



4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta foi uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa de investigação. A pesquisa qualitativa demonstrou ser a melhor escolha para o desenvolvimento do tema do estudo, pois é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas³⁰.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas unidades críticas de um hospital público, localizado em um município do interior do Estado de São Paulo, com capacidade de 145 leitos. Essa instituição é referência para o atendimento de urgência, emergência e especialidades de 27 municípios da região. As unidades críticas onde o estudo foi realizado são: Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal e Recuperação pós-operatória, com um total de 16 enfermeiros atuantes na assistência.

Na Unidade de Terapia Intensiva Adulto estão disponíveis dois horários de visitas, das 13h30min às 14h e das 19h30min às 20h, em que é permitida a entrada de duas pessoas em cada horário e neste momento os familiares e amigos têm contato com o paciente e a equipe. Na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica existe o sistema de alojamento conjunto, onde a mãe ou o pai permanecem 24 horas ao lado da criança dentro da unidade e ainda os horários de visitas das 13h30min às 14h e das 19h30min às 20h, que permite a entrada de mais duas pessoas em cada horário. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal as mães que amamentam ficam alojadas no hospital e entram na unidade de 3/3 horas para amamentar, o horário de visitas nesta unidade é das 10h às 10h30min, podendo entrar somente

pessoas da família. Na Sala de Recuperação Pós-operatória, no centro cirúrgico, somente as mães das crianças pós-operadas permanecem acompanhando até que a criança se recupere da anestesia. Outros familiares podem permanecer aguardando informações na sala de espera em frente ao centro cirúrgico.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram 12 enfermeiros que atuam em atividades de assistência nas unidades críticas (Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal e Recuperação pós-operatória), nos períodos matutino, vespertino e todos os plantões noturnos.

Ressaltamos que os 12 sujeitos do estudo representam 75% do total de enfermeiros assistenciais atuantes nas unidades envolvidas, considerando a exclusão de quatro sujeitos, sendo um deles, a pesquisadora responsável por este estudo, além de uma enfermeira que possui duplo vínculo na instituição, ou seja, trabalha em diferentes horários na mesma unidade e duas enfermeiras que estavam em licença saúde e gestante, respectivamente, no momento da pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Assis, recebendo parecer favorável em 12 de março de 2010, sob nº 340 (Anexo 1). Após a devida aprovação, iniciamos a coleta de dados e foi solicitada aos participantes do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), após as orientações sobre a participação voluntária e as etapas envolvidas no estudo.

Para atingir o objetivo proposto neste estudo elaboramos três instrumentos de coleta de dados, os quais foram aplicados em etapas sucessivas.

O primeiro instrumento foi um roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas, gravadas em aparelho áudio e digital, com a finalidade de descrever a percepção do processo comunicativo entre os enfermeiros de unidades críticas com os pacientes e familiares (Apêndice 2). Estas entrevistas foram previamente agendadas e realizadas nos setores, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros assistenciais das unidades críticas, compreendendo os três períodos de plantão adotados pela instituição, matutino, vespertino e noturno, e cada entrevista durou, em média, 20 minutos.

Após a entrevista, iniciamos a segunda etapa desta pesquisa, em que, com o consentimento do enfermeiro participante, o pesquisador permaneceu por um período de uma a duas horas na unidade de atuação do enfermeiro entrevistado a fim de observar o comportamento comunicativo deste com os pacientes e familiares. Neste período observacional foi preenchida, pela pesquisadora uma Escala adaptada de Silva³ de uso efetivo e/ou ineficaz da comunicação não verbal (Apêndice 3), complementada por um diário de campo (Apêndice 4), representando a terceira e última etapa da coleta de dados.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Neste estudo, realizamos a análise dos dados a partir da Análise de Conteúdo, partindo da premissa de que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido à análise de conteúdo. A análise de conteúdo trabalha as palavras e seus significados, procurando conhecer o que está por trás das palavras pronunciadas. Procura demonstrar que, além das mensagens recebidas, existe a percepção de significados nestas, antes não compreendidos³¹.

Para compreender a percepção sobre a comunicação verbal e não verbal dos enfermeiros com os pacientes e familiares no momento de admissão e/ou interações nas unidades críticas e os sentimentos envolvidos nesta relação, descrevê-los-emos sob a perspectiva do fenômeno, pois, é por meio do dizer de cada um sobre a experiência que o fenômeno é revelado³⁰.

Na qualidade de pesquisadores buscamos, por meio dos sujeitos, descrições da sua experiência, a fim de compreendermos o fenômeno e, a partir dessas descrições, assimilarmos a sua essência³⁰.

A análise dos resultados das entrevistas foi realizada segundo a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin³⁰, que define esta análise como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens³¹.

A análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases, a saber: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial³⁰.

Na pré-análise o pesquisador organiza o material e destaca sistematicamente as ideias iniciais em um plano de análise. Faz uma leitura flutuante nos documentos a serem analisados, deixando-se tomar contato exaustivo com o material³¹.

A descrição analítica ocorre logo após a pré-análise e consiste numa fase longa e enfadonha, de operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nesta fase, o material é codificado, ou seja, as unidades temáticas são classificadas sob um título genérico, com base em um grupo de elementos num processo chamado categorização³².

A categorização é um processo de classificação por diferenciação, dos elementos constituintes de um conjunto. Estes elementos são em seguida reagrupados por gênero (analogia), com base em critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem unidades de registros com caracteres comuns, agrupando-os³¹.

A categorização é a simplificação dos dados brutos, trata-se de um processo de estruturação, em que os elementos são isolados, repartidos, impondo uma organização das mensagens, tornando, assim, os dados organizados³⁰.

Na interpretação inferencial, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Os resultados são submetidos a operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitindo estabelecer quadros, diagramas, figuras e modelos referentes aos resultados³⁰. Com Resultados significativos e fiéis em mãos, o analista poderá então propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas³⁰.

Sendo a análise de conteúdo um conjunto de técnicas que indicam existirem várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa e uma delas é a análise temática³⁰, a qual escolhemos, entre as demais técnicas existentes, a fim de instrumentalizar e operacionalizar a análise do conteúdo das entrevistas concedidas pelos sujeitos participantes desta investigação.

5. Resultados e Discussão



A seguir, passaremos a apresentar os resultados deste estudo, inicialmente caracterizando os sujeitos segundo o sexo, a idade, o tempo de formado, o tempo de serviço na unidade crítica atual, a jornada de trabalho e os cursos de pós-graduação/atualização ou outros. Em seguida, descreveremos as entrevistas, os resultados obtidos da observação do campo do estudo, seguindo a Escala adaptada de Silva³ referente ao uso efetivo e/ou não-efetivo da comunicação não verbal, além das anotações do diário de campo realizadas pelo entrevistador. E, finalmente, apresentaremos a análise categorial temática da percepção dos processos comunicativos entre os enfermeiros das unidades críticas com os pacientes e seus familiares.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Quanto ao sexo dos doze entrevistados, onze são do sexo feminino e um do sexo masculino.

O tempo médio de formado dos enfermeiros participantes do estudo é de 12 anos e 5 meses.

O tempo médio de trabalho desses enfermeiros nas unidades críticas é de 10 anos e cinco meses.

No que se refere à qualificação profissional, 2 enfermeiros possuem especialização na área de Urgência e Emergência, 4 enfermeiros possuem especialização na área de Unidade de Terapia Intensiva e neonatologia, 1 enfermeiro é especialista em centro-cirurgico e 5 não possuem especialização.

5.2 ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA

No tratamento dos dados, foi priorizado o discurso dos entrevistados como fonte de informação para a análise do processo comunicativo verbal e não verbal entre os enfermeiros com pacientes e familiares das unidades críticas. Os resultados foram categorizados a partir das questões formuladas aos sujeitos do estudo.

Questão 1: *Como enfermeiro de unidade crítica, você utiliza a comunicação como processo de humanização com pacientes e familiares? Quando isso acontece?*

Após leitura e agrupamento das respostas a esta questão, surgiram duas categorias, sendo que utilizamos o critério temático citado anteriormente para a realização dos agrupamentos.

1ª categoria: **Reconhecem a admissão como momento de interação com o paciente e familiares**

Como enfermeiros de unidades críticas, na busca de prestar uma assistência humanizada, quando questionados se utilizavam a comunicação como processo de humanização com pacientes e familiares e quando isso acontecia, 10 dos 12 entrevistados relataram que iniciam o processo comunicativo com pacientes e familiares no primeiro contato com eles, ou seja, na admissão do paciente na unidade crítica, quando o enfermeiro se apresenta, relata sobre toda a rotina do setor e esclarece dúvidas.

“... desde que o paciente dá entrada na UTI..., no momento da admissão, do exame físico, do preenchimento do histórico...” E₅

“Utilizo a comunicação na admissão, no dia a dia para dar informações...” E₁

“... no momento da internação onde vai ser feito todo aquele processo, todo o histórico..., no dia a dia, nas dúvidas, passando alguma informação nova...” E₃

“... nas admissões né,... no horário de visitas, geralmente quando eles questionam alguma coisa, ou perguntam, mesmo informação do próprio paciente.” E₁₀

Cabe à equipe conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções, em relação ao paciente e familiares³.

Na perspectiva de que um cuidado mais humano possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças, conforme percebemos neste estudo, este momento inicia-se na admissão do paciente e, conseqüentemente, no primeiro contato com os familiares³³.

Considerando a dinâmica do processo de enfermagem, esta interpõe todos os contextos da comunicação. Em sua operacionalização estão presentes no mínimo duas pessoas, interagindo e afetando-se mutuamente, alicerçadas nos fatores intrapessoais de cada um²⁹.

A comunicação interpessoal permite o encontro de dois universos: cliente e enfermeiro. É nesse terreno que ambos se conhecem, se descobrem e se percebem. É nesse campo que o profissional presta ajuda, ensina, promove o crescimento e o desenvolvimento do outro²⁹.

De uma forma geral os profissionais de enfermagem assumem outra postura quando estabelecem relação com o usuário, ou seja, estão atentos à problemática de saúde do indivíduo que busca ajuda e, portanto, o profissional pode utilizar-se do acolhimento como instrumento de intervenção³⁴.

A família expressa um novo olhar diante desta nova situação de mudança no estilo de vida e busca a participação, o acolhimento e o apoio da equipe de saúde³⁵.

O espaço de atuação de cada profissional pode ser ampliado, exigindo do enfermeiro envolvimento; preparo para o cuidado à família de

maneira mais concreta, criativa; disposição para uma atuação mais complexa e mais próxima do compromisso social e do exercício de respeito à cidadania e ao ser humano³⁶.

O tratamento implantado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerado agressivo, invasivo, complexo e até hostil para o paciente e sua família. Para minimizar essa impressão, os profissionais de saúde devem perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, facilitando, assim, a interação entre eles por meio de diálogo aberto entre quem cuida e o que é cuidado (paciente e familiar). Desta forma, o sucesso no primeiro contato demandará o sucesso das interações subsequentes³⁷.

2ª categoria: Utilizam os procedimentos técnicos e o horário de visita como oportunidade de criar vínculo com pacientes e familiares

Os profissionais entrevistados utilizam os procedimentos técnicos que requerem maior proximidade com o paciente como oportunidade de conhecer esta pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade, medo e ansiedade. Neste momento de invasão física, procuram conhecer a vida do paciente e como eles têm enfrentado o processo de recuperação da saúde, do ponto de vista deles próprios.

É importante ressaltar que os procedimentos técnicos de enfermagem acontecem com uma distância pessoal denominada distância íntima³, o que permite uma grande proximidade e oportunidade de um relacionamento mais próximo, mas ao mesmo tempo exige respeito pelo ser humano que está sendo cuidado.

Com os familiares, os entrevistados se utilizam de um momento predeterminado e esperado – o horário de visita – que contribui para uma maior aproximação com os familiares, instante este em que acreditamos que suas dúvidas, incertezas e inseguranças podem ser amenizadas. No momento de dor, buscamos nos aproximar daqueles que podem amenizar um pouco que seja esta dor e, nesta ocasião, criam-se vínculos muitas vezes inesquecíveis.

“utilizo a comunicação na admissão, no dia a dia para dar informações e criar vínculo com os familiares e com as crianças...” E₁

“Eu procuro ter sempre empatia pelo paciente; me comunicar com ele da melhor forma possível, tanto com o paciente como com o familiar que está lá fora esperando. Acho que uma orientação a mais que eu poderia dar, um pouco mais de contato visual. Na maioria das vezes, é na hora que se recebe o paciente, ou quando a gente vai tentar o acesso venoso que pergunta o nome, de onde ele é etc.” E₁₂

“...utilizo o processo de comunicação constantemente, com os familiares quando eles estão presentes na unidade e/ou visita de pais...” E₁₁

Ao reconhecermos nossas emoções, estaremos identificando também nossos limites emocionais, e usando-os de modo consciente, tornaremos as interações mais verdadeiras, o que acreditamos contribuir para o estabelecimento de vínculos mais confiáveis e terapêuticos³⁸.

A família vem sendo vista como foco da atenção de profissionais de saúde, desempenhando o papel de protagonista³⁵. Adotando uma postura acolhedora, a enfermagem consegue estabelecer vínculos, escutar o paciente e sua família, a fim de diminuir as distâncias e criar possibilidades para orientações. Acolher o familiar é um desafio para o profissional que lida com o sofrimento humano. É também um caminho a ser trilhado por esse mesmo profissional que, de modo sensível, deverá cuidar desse núcleo³⁶.

Uma atividade técnica, tão somente, estamos apenas realizando um procedimento e o paciente torna-se um objeto de manipulação. Por outro lado ao interagirem, cuidadores e seres cuidados, estes crescem, se atualizam e se realizam. O cuidar envolve, verdadeiramente, uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem; no caso das profissões de saúde, visam ao

bem-estar do paciente, sua integridade moral e sua dignidade como pessoa³³.

Para cuidar de alguém e criar um vínculo de confiança é necessário um comportamento empático com atitudes, como olhar diretamente nos olhos, inclinar o tórax para frente, menear positivamente a cabeça enquanto o escuta, além de usar palavras adequadas e compreensíveis³.

Muitas vezes, para cuidar de maneira mais ética e digna de um paciente, não precisamos de mais tempo, basta utilizarmos melhor o tempo já disponível quando estamos ao lado dele. Aferir a pressão arterial e olhar nos olhos dele, realizar uma medicação endovenosa e tocá-lo com afeto, dizer bom-dia ou boa-noite ao entrar no quarto hospitalar, sorrir ao cumprimentá-lo são ações que fazem a diferença e não levam “mais tempo”. Os horários de visita, por exemplo, são momentos ímpares em que os profissionais de saúde podem interagir com a família. A família vivencia, durante o processo de adoecimento de um ente querido, inúmeros sentimentos, como medo, ansiedade, insegurança, preocupação, e, também, esperança de que tudo melhore e volte a ser como antes. A maioria dos familiares, durante esse processo, parece passar por um período turbulento de mudanças, transformações, amadurecimentos e buscas intensas de forças internas e externas para superar as dificuldades³³.

Questão 2: *Como você se comunica? Para onde você direciona o olhar e onde acontece o processo comunicativo?*

Desta questão surgiram três categorias.

1^a categoria: **Iniciam o processo comunicativo de forma verbal**

Os entrevistados afirmam que o processo comunicativo de forma verbal, utilizando primeiramente a fala e a escrita para este primeiro contato. A comunicação verbal é extremamente pertinente neste primeiro momento de apresentação por ser este permeado por medos, inseguranças e ansiedades, considerando ainda que a ansiedade é um fator que prejudica a compreensão real dos fatos. Os enfermeiros citam que utilizam recursos

adjacentes, como a comunicação escrita por meio de folders explicativos, em que são reforçadas as informações anteriores sobre a rotina da unidade.

“Eu me comunico verbalmente, quando o paciente tem condições de entendimento né, não está sedado. Eu me apresento, eu explico para ele onde ele está, o que vai acontecer com ele, eu falo para ele que agora ele está na Unidade de Terapia Intensiva...” E₅

“De forma verbal, alguns informes por escrito, de acordo com a rotina do hospital...” E₆

“... falo bom dia, me apresento, falo o horário que eu trabalho, além de falar as normas da unidade...” E₁

“Eu me comunico de forma verbal, na maioria das vezes à beira do leito, também como comunicação escrita.” E₃

“Na grande maioria das vezes, verbalmente mesmo, com questões né, deixo eles à vontade para tirar as dúvidas do que foi explicado, da rotina do setor, do horário de visitas...” E₁₀

“... na realidade é mais verbal mesmo né, a gente lança mão de uma prancheta, caneta né, e vê o que o paciente está escrevendo...” E₈

“... com o nenê a gente fala, fala o procedimento que vai fazer...” E₄

“... a primeira comunicação é feita geralmente à beira do leito, com os familiares e com o bebê conversando mesmo com eles...” E₇

De acordo com o referencial teórico utilizado neste estudo, um aspecto importante a ser considerado na comunicação verbal é a clareza quanto àquilo que desejamos informar, confirmando que, ao interagirmos verbalmente com alguém, estamos tentando, basicamente, nos expressar, clarificar ou validar a compreensão de algo. Nesse contexto, saber o que pretendemos com a verbalização, auxilia na sua adequação^{29,3}.

Para colher dados relevantes, com o objetivo de avaliar a situação de saúde do cliente, são necessárias habilidades de comunicação por parte do profissional, além do mínimo de diferentes técnicas e métodos de avaliação. Entre as habilidades gerais, destacam-se as habilidades para se expressar oralmente com clareza, de modo conciso, utilizando vocabulário apropriado e falando com os outros em seus níveis de compreensão²⁹.

A habilidade de comunicar-se com o outro é uma das qualidades importantes para o enfermeiro. Para que as informações possam ser devidamente transmitidas, ele deve lembrar-se de que a comunicação envolve a linguagem verbal e a não verbal, ou seja, que essa se processa além das palavras, por meio de gestos, expressões faciais, movimentos do corpo e distâncias mantidas entre as pessoas. Deve ouvir atentamente, sabendo o que falar e quando falar, em linguagem clara e acessível, pois os familiares, muitas vezes, por vergonha, medo, ansiedade, entre outros sentimentos, não expressam verbalmente suas necessidades³⁷.

A maioria dos profissionais de saúde considera atender as expectativas dos familiares que acompanham, se justificando principalmente, pelo seu desempenho verbal, ou seja, clareza e objetividade das informações, além dos aspectos não verbais, como a empatia e apoio emocional, considerando que isso faz parte de suas competências³⁷.

A mediação simbólica da linguagem promove a interação dos atores no processo comunicacional, levando-nos em direção a um modelo mais dialógico, em que ambos os interlocutores são sujeitos da interação. Reforçando o caráter relacional do cuidado de enfermagem e a posição do cliente vem sendo vista como sujeito deste cuidado, expressando suas necessidades e reivindicações no processo dialógico entre este e a equipe, por meio da conversa, entendida como cuidado expressivo da enfermagem³⁹.

2ª categoria: **Complementam e substituem o verbal de forma não verbal**

Os participantes deste estudo informaram que utilizam a comunicação não verbal para complementar a comunicação verbal, evidenciando

elementos representativos do uso efetivo da comunicação não verbal, tais como o contato dos olhos, o toque e a expressão emocional. Utilizam, ainda, a brinquedoterapia com as crianças, buscando com estes recursos se fazerem compreendidos e compreenderem o paciente e seus familiares.

“No olhar, no olhar dos familiares, expressão facial e do próprio paciente, quando a gente olha no olho fica claro a expressão de dúvida, de medo, de susto...” E₁₀

“... sempre direciono o olhar para a criança, se eu estiver conversando com a criança e para o familiar, olho no olho dele se eu estiver falando com ele, geralmente à beira do leito, quando é um caso mais crítico, ou se a criança já entende mais, eu prefiro um lugar mais reservado, uma salinha de isolamento...” E₁

“ Eu procuro olhar nos olhos das pessoas e deixo para escrever depois que a pessoa acaba de falar, a maioria das vezes é no corredor ou na salinha que tem ao lado da UTI e com o paciente é na beira do leito” E₅

“Eu procuro olhar no olho, eu tenho uma mania de tudo que eu vou passar para a pessoa, olhar no olho, mas eu não gosto quando a pessoa não me olha no olho...” E₁₂

“Eu direciono o olhar sempre para quem eu estiver conversando, tanto para o familiar, quanto para o bebê, geralmente a gente conversa ao lado das incubadoras, quando a mãe está com o bebê.” E₁₁

“A melhor maneira da comunicação, uma forma mais segura, é você olhar realmente olho no olho né... e na maioria das vezes ocorre à beira do leito.” E₃

“... com o nenê a gente fala que vai fazer algum procedimento, aí tem o aconchego, sempre estamos em duas, uma para aconchegar e outra pra colher o sangue...” E₄

“Eu direciono o olhar para os olhos do paciente quando estou informando algo ou quando estou recebendo uma informação, e geralmente acontece no leito, e com os familiares próximo, ao postinho de enfermagem.” E₆

“... para o paciente olho diretamente nos seus olhos e nos da família também... às vezes, dependendo do caso do paciente você acaba não olhando, acaba ficando com um certo receio...” E₂

Uma das maneiras de expressar competência comunicativa é ir além das palavras, é estar atento a todos os sentidos, observando o olhar, os gestos, a postura corporal, e os objetos usados por uma pessoa, assim como suas atitudes, tais como a maneira como a pessoa se senta ou seus movimentos⁴.

O aconchego é uma terapia adotada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da instituição, foi implantada como rotina da unidade e, para um melhor entendimento, definimos a palavra aconchegar: “pôr em contato, aproximar, chegar a si, chegar-se para achar conforto”⁴⁰.

Conforme referencial teórico deste estudo, a comunicação não verbal é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Também pode ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientação do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. As funções básicas da comunicação não verbal nas relações interpessoais são: complementar à comunicação verbal; substituir a comunicação verbal; contradizer o verbal e demonstrar sentimentos³.

Em estudo que trata da comunicação não verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental, constatou-se que a forma não verbal de se comunicar é a que mais adequadamente pode evidenciar uma relação interpessoal enfermeiro-usuário. O primeiro passo para o cuidar na Enfermagem é perceber o corpo, nosso e do outro, no caso o paciente, para podermos descobrir os sentimentos mais verdadeiros e profundos destas relações. Considerando tais reflexões, passamos a relacioná-las com a assistência ao doente, quando, muitas vezes, usamos o corpo, o olhar, os gestos, o modo de falar como instrumentos de controle e poder, ainda que isso possa ocorrer sem a total consciência de nossas intenções, o que torna mais grave a situação. Existe uma necessidade

gritante de o enfermeiro estar consciente de que também exprime emoções e está sendo observado pelo usuário durante as interações que, ao contrário de reprimi-las, deve usá-las de modo a facilitar a interação³⁸.

Diminuímos as possibilidades de interpretações ambíguas quando coordenamos nossa postura, comunicação não verbal e pensamentos. Desta forma o processo comunicacional torna-se coerente e um sentimento de segurança enaltece a relação. Estar consciente da nossa própria comunicação não verbal nos leva à busca de uma comunicação competente.

Grande parte da comunicação não verbal é expressa de forma inconsciente, portanto, é necessário estarmos atentos às nossas próprias expressões faciais de tristeza, desprezo, nojo ou mau humor, para, então, suavizá-las e não causarmos constrangimento nos pacientes de que cuidamos. Além disso, a atenção na comunicação não verbal que os pacientes emitem diminui a quantidade de interpretações erradas e iatrogenias físicas e psicológicas que o descuidar pode causar³³.

Estudos sugerem, ainda, que os enfermeiros necessitam criar estratégias de comunicação para atender as necessidades de pacientes que, têm sua comunicação prejudicada por problemas físicos, químicos ou mecânicos, além de lidarem com os familiares em uma situação ímpar de estresse³⁷.

3ª categoria: **Demonstram afetividade**

Os enfermeiros entrevistados demonstraram compreender o que representa para pacientes e familiares a internação em uma unidade crítica, seja ela de terapia intensiva seja de recuperação pós-operatória, demonstrando atenção, por meio de gestos e dedicação. Assim, estão presentes por meio do olhar, e do toque para demonstrar afetividade.

“... a gente se comunica por gestos, você tenta um piscar, um olhar, um pegar na mão, um aperto... vai tentando ler os lábios do paciente o olhar, o piscar, etc.” E₂

“... quando o paciente tem condições de entendimento, não está sedado... eu falo para ele que agora ele está na Unidade de Terapia Intensiva, que vai ser tratado o problema, o que está acontecendo, tento colocar para ele, para ele se sentir seguro...” E₅

“...eu costumo perguntar o nome da criança, tento sentir a mãe, se é uma mãe mais afetuosa, se tem algum problema em questão de relacionamento... e com a criança a gente procura falar um linguajar mais próprio da criança, que ela vá entender, especialmente com brincado.” E₁

“A comunicação com a criança ocorre de forma mais variada, assim, com atividades lúdicas, a gente brinca, coloca óculos, é uma maneira de interagir. Com a criança, com a mãe pode ocorrer em outras situações, por exemplo, quando a gente vai preparar o quarto que ela vai ficar acomodada; neste decorrer você já vai tirando algumas ansiedades...” E₃

“... aqui o nosso maior lugar de comunicação é a porta, quando a gente recebe o paciente ali, que está vindo do setor para cá... se por acaso eu não cumprimentei lá fora, eu procuro cumprimentar na sala de recuperação, no pós-operatório...” E₁₂

O interesse pelo outro permite que a mensagem seja transmitida com mais clareza e compreensão com os envolvidos no processo comunicativo, o

que confirma as falas de que a comunicação é competente quando compreendida como um processo interpessoal. Um processo interpessoal que permeia todas as ações do enfermeiro, além de propiciar ou não o bem-estar do paciente¹.

A empatia, a confiança e o respeito mútuo são elementos-chave do processo comunicativo, elementos básicos para que a comunicação seja efetiva, terapêutica ou adequada. A capacidade de tentar colocar-se no lugar do outro leva o enfermeiro a compreender o paciente de forma mais fácil, o que propicia o estabelecimento do respeito mútuo e da confiança²⁹.

O profissional se torna polivalente, ou seja, as suas atividades transcendem a área específica de sua formação, pois rompe com a questão do aspecto técnico, evita a fragmentação do processo terapêutico, assume a responsabilidade individual no acompanhamento do caso, trabalha a aproximação do usuário e a coleta de sua história de vida, o que pode se traduzir em intervenção de responsabilidade e afetividade³⁴.

A demonstração de sentimentos – decodificados, principalmente, como interesse, atenção, tranquilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação – é considerada por alguns estudos, como um dos sinais não-verbais mais frequentemente observados nas interações enfermeiro/paciente. Assim, entendemos que o enfermeiro deve estar atento a essa demonstração de sentimentos como elemento facilitador, não permitindo que, ao contrário, se torne entrave na interação³⁸.

Cuidar significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, e é um ato que surge quando a existência de alguém tem importância para outrem. Então, um se dedica ao outro, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida. A natureza da palavra “cuidado” inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro; a segunda, de preocupação e de inquietação, advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida³³.

A hospitalização é responsável pelo afastamento do paciente do seu cotidiano familiar para um ambiente com rotinas e normas rígidas. Isso pode refletir de forma negativa, levando a pessoa a experimentar sentimentos como o medo e a carência. O hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, nos quais confia e espera receber cuidados adequados. Sendo assim, é um dever do enfermeiro fornecer informações completas, corretas e claras sobre as condições e as reações à doença, o tratamento do paciente e a percepção de como a família compreende a situação e o devido tratamento. Esse relacionamento entre equipe de saúde e pacientes/famíliares é benéfico ao tratamento proposto, pois reforça laços de segurança, confiança e credibilidade⁴¹.

Questão 3: *Como você avalia se a informação que enviou foi compreendida satisfatoriamente?*

Sobre a questão 3, uma categoria foi identificada.

1^a categoria: **Buscam validar a comunicação**

Durante este estudo os entrevistados, demonstraram validar a comunicação com os pacientes e familiares por meio da solicitação de um feedback, emitindo informações consideradas importantes e solicitando aos pacientes e familiares a confirmação da compreensão destas, mediante a sua repetição e reconhecendo a falta de compreensão por meio de expressões não-verbais apresentadas, disponibilizando-se, ainda, a repetir as informações não assimiladas, de acordo com a necessidade do receptor adequando a linguagem para uma melhor compreensão.

“Com familiares você pede um feedback, se realmente entendeu ou se existe alguma dúvida, pede para que repita aquilo que você disse, procura sempre estar esclarecendo, repetindo várias vezes para ter certeza de que realmente ficou claro.” E₃

“Eu pergunto para ele: O senhor me entendeu? Ou a família: Vocês me entenderam? Têm alguma pergunta? Querem falar mais alguma coisa?... eu peço para eles, quantas vezes precisarem para eles virem me procurar e repito quantas vezes for preciso.” E₅

“...com os familiares é um feedback positivo, através de uma linguagem simples, de fácil entendimento. Pergunto o que eles entenderam, se houve ou se têm alguma dúvida e com o bebê, através da expressão facial, o comportamento, se ele está organizado, os sinais vitais dele, se tem alteração, se não tem alteração.” E₇

“Na dúvida a gente pergunta de novo: Você me entendeu? Tem alguma dúvida? Fala de novo para mim o que eu falei... pedindo para responder de novo.” E₈

“Assim, eu vejo no rosto dela se ela está com um olhar de dúvida, na atitude dela, angústia... e a criança, se ela não entendeu, vai chorar, jogar um brinquedo fora...” E₁

“Pela própria reação dos familiares e ou paciente. Se eles querem fazer alguma pergunta, se têm dúvidas. No caso do paciente, observando pela expressão, ele gesticulando com a cabeça, peço para que ele responda com abertura ocular, ou fecha o olho.” E₁₀

“É mais pela fisionomia da pessoa, se eu vejo que ela tem um enrijecer de testa, alguma coisa assim, eu procuro explicar de outra forma, daí vejo se está tudo bem, se ela entendeu, no olho, no caso.” E₁₂

Validar a compreensão de algo é verificar se a compreensão está correta e se nos fizemos entender. Repetir a mensagem e pedir à pessoa para repetir o que foi dito são consideradas técnicas de comunicação para validação do que foi dito^{29,3}.

Se o enfermeiro não clarificar e validar a mensagem do paciente e dos familiares, incorrerá no risco de agir com base em seus valores, crenças ou fazer interpretações errôneas. A validação da mensagem deve ser contínua no processo de comunicação, tem importância fundamental na

verificação da compreensão das informações e orientações dadas ao paciente e aos familiares pelo enfermeiro e profissionais da saúde. Remete-se, assim, a uma ação mais realística do mundo e a experimentar uma sensação de ser compreendido²⁹.

Um estudo que trata do ensino da comunicação em enfermagem e seus desafios, mostra-nos que o uso de feedback possibilita ao indivíduo perceber a si e ao interlocutor, enquanto comunicadores, e esta percepção deve promover mudanças de comportamento. Existe um grau de envolvimento cada vez mais complexo nas interações, iniciando-se pela validação da existência do outro, seguida pela validação da experiência do outro e, finalmente, pela concordância ou disposição de envolvimento no relacionamento⁴².

A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes³. A falta de orientação/informação e de um feedback, leva a situações de ansiedade, nervosismo e sensação de culpa. Essa situação não precisa acontecer se a comunicação entre profissionais e pacientes e/ou responsáveis for eficaz⁴¹.

Ser capaz de perceber se a outra pessoa entendeu a mensagem, validando-a, é uma forma de expressar competência comunicativa, principalmente numa situação de fragilidade como a estudada. O uso consciente desse conhecimento permite que estejamos atentos aos outros para perceber o que ele ou ela deseja comunicar e, até mesmo, confirmar se a intenção comunicativa foi alcançada ou não⁴.

Questão 4: *Os pacientes e familiares solicitam o enfermeiro para receber informações?* Foi evidenciada uma categoria, em relação à questão 4.

1^a categoria: **Enfermeiros encontram dificuldades em serem reconhecidos como coordenadores do cuidado por parte dos pacientes e familiares.**

Durante este estudo, pudemos verificar que os enfermeiros entrevistados, mesmo interagindo com pacientes e familiares, criando vínculo, validando a comunicação verbal e não verbal, ainda encontram dificuldades em se fazerem reconhecidos como coordenadores do cuidado pelos pacientes e familiares, já que estes não identificam o profissional enfermeiro dentro das unidades críticas, entre tantos fatores, também devido ao grande número de profissionais circulando dentro destas unidades sem identificação, por exemplo, crachá. Por esta razão, os pacientes e familiares ficam sem referências, confusos, o que, adicionado à ansiedade vivida e aos aspectos físicos do setor fechado, levam o enfermeiro a viver uma situação de invisibilidade quando pacientes e familiares solicitam informações, ou quando solicitam simplesmente o contato humano.

“Não solicitam o enfermeiro, a primeira pessoa que passar eles perguntam, eles ficam procurando com os olhos e o primeiro que olhar eles querem perguntar, perguntam para a funcionária da higiene, para a secretária, para quem for, algumas vezes pedem o médico, mas senão, é qualquer pessoa que passa na frente.” E₅

“Normalmente solicitam qualquer pessoa que esteja passando por ali. Como a vestimenta é a mesma eles não têm discernimento.” E₁₂

“Eles não sabem distinguir quem é o médico dentro da UTI, quem é o enfermeiro, quem é o auxiliar.” E₈

“...perguntam ao próprio auxiliar que está do lado, às vezes, solicitam o médico.” E₉

A enfermagem evoluiu dos cuidados maternos e religiosos, passando por prostitutas e bêbados, por uma função subserviente e complementar à hegemonia médica, em meio a esforços para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos e teorias próprios. A imagem do enfermeiro e da enfermagem perante a sociedade é constituída histórica e socialmente, o que nos leva a uma reflexão sobre a realidade de um modelo de assistência ainda biologicista, hospitalocêntrico e de hegemonia médica⁴³.

Em estudo que trata da visibilidade e das representações sociais do enfermeiro pela internet e que teve como premissa o alcance das ações de enfermagem, considerou-se o benefício dos cuidados prestados por enfermeiros e, principalmente, a gama cada dia maior de campos de atuação do enfermeiro – no campo público e privado, na atividade preventiva e curativa, em pesquisa e educação, nas atividades de coordenação de serviços, auditorias, consultorias em nível local e nacional –, como possíveis contribuições para a construção de uma representação social da imagem do enfermeiro mais próxima da realidade. O estudo considera, ainda, que além de ousar cuidar, o enfermeiro precisa começar a ousar mostrar seu trabalho, já que há indícios de que quando isso ocorre, mudanças na imagem profissional relacionadas à enfermagem são passíveis de ocorrer⁴³.

Embora a Enfermagem tenha caminhado e muito num período de tempo pequeno em relação à história de outras profissões, a sociedade em geral parece não ter ciência disso, perpetuando representações de meados do século passado. Entre as representações sociais identificadas no Brasil, está a invisibilidade do enfermeiro dentro da equipe, caracterizado pelo desempenho de tarefas puramente técnicas, pouco qualificadas, cheias de estereótipos, assim como o de subordinado ao médico, ajudante do médico e o de chefe do hospital e dos enfermeiros⁴³.

A Enfermagem encontra-se, hoje, em uma situação paradoxal e conflituosa. Por um lado, tem expandido seu olhar e atuação, por outro sofre injúrias e ultraje quando sua verdadeira imagem não é compartilhada com outros membros da sociedade. Inconformidade velada, onde pouco se tem feito para resolver esta situação. A Enfermagem cobre-se com um manto de invisibilidade que anula seus esforços, quando não diante do paciente, diante de uma sociedade sedenta por resultados e imagem⁴³.

Passamos a apresentar os resultados da terceira etapa do estudo, resultante de observação do campo de prática do enfermeiro.

5.3 DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO USO EFETIVO E/OU INEFICAZ DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL. BOTUCATU, 2011.

NÃO VERBAL	USO EFETIVO	%	USO INEFICAZ	%
POSTURA	Relaxada mas atenta	72,7	Rígida	27,3
CONTATO DOS OLHOS	Regular, médio	100	Ausente, desafiante	0
MÓVEIS	Usados para unir	45,4	Usados como barreira	54,6
ROUPAS	Simples	100	Provocativas, extravagantes	0
EXPRESSÃO FACIAL	Sorridente, mostrando seus sentimentos	72,7	Rosto voltado para o outro lado ou inexpressivo	27,3
EXPRESSÃO EMOCIONAL	Oculto	54,6	Visível	45,4
MANEIRISMOS	Sem maneirismos	90,9	Distração	9,1
VOLUME DE VOZ	Claramente audível	72,7	Alto ou baixo	27,3
RITMO DE VOZ	Médio	90,9	Impaciente, hesitante, lento	9,1
NÍVEL DE ENERGIA	Em alerta	90,9	Apático, sonolento, cíclico, irrequieto	9,1
DISTÂNCIA INTERPESSOAL	Aproximação	63,6	Distanciamento	36,4
TOQUE	Presente	54,6	Ausente	45,4
CABEÇA	Meneio positivo	90,9	Meneio negativo	9,1
POSTURA CORPORAL	Voltada para a pessoa	90,9	Lateral ou de costas	9,1
PARAVERBAL	Responde prontamente	81,8	Uso de pausas ou respostas com grunhido	18,2
GESTOS E MOVIMENTO CORPORAL	Informal	63,6	Contido	36,4
TOTAL	USO EFETIVO	77,2	USO INEFICAZ	22,8

Fonte: Escala adaptada de Silva³, do uso efetivo e/ou não efetivo da comunicação não verbal.

Ao utilizarmos a escala adaptada de Silva³, do uso efetivo e/ou ineficaz da comunicação não verbal, destacamos três aspectos da comunicação não verbal apresentados durante a observação pelo pesquisador, que consideramos mais significantes e nos chamaram atenção para a discussão. São eles:

Contato dos olhos: 100% dos enfermeiros entrevistados, apresentaram contato dos olhos classificados como regular e médio. Todos os enfermeiros direcionaram o olhar para os olhos dos pacientes e familiares ao comunicarem-se verbalmente com estes.

O olhar, dentro das expressões faciais, possui um sinal sobre o qual não temos controle voluntário, sendo este a dilatação ou a contração da pupila, que muitas vezes não é consciente, tornando-se bastante fidedigno, já que a pupila dilatada significa aprovação do que está sendo dito pelo outro e a pupila contraída revela desagrado, desinteresse e discordância³.

O olhar também retrata as nossas emoções, como surpresa (abertura maior), alegria (brilho) ou tristeza (abertura menor). Outra função do olhar é regular o fluxo da conversação, se o olhar ultrapassar uma duração de 50% do tempo da conversação, considera-se, na cultura ocidental, sentimentos de raiva ou amor. Se a pessoa deixar de olhar, denota desinteresse pela continuidade da conversa³.

O olhar também atua como controle do nível de atenção de uma pessoa. Ao olharmos firmemente para o que o outro está fazendo, estamos exercendo controle da atenção e do movimento. São considerados fatores que influenciam a quantidade de olhares em uma interação: distância entre as pessoas, características físicas, características pessoais, tema e fator cultural³.

Expressão emocional: a expressão emocional estava oculta em 54,6% dos entrevistados e visível em 45,4% dos entrevistados, no momento observacional da interação do enfermeiro assistencial com pacientes e

familiares, durante procedimentos técnicos, admissões, informações ou mesmo durante a visita de enfermagem.

Em tempos remotos, embora não muito distantes, durante o curso de graduação de Enfermagem, era-nos ensinado e, mais que isso, cobrado a ausência de sentimentos e envoltimentos emocionais com os pacientes e suas famílias, sobre o pretexto de que esta carga emocional poderia nos ser prejudicial diante de uma conduta ou tomada de decisão. Assim, não era de bom grado que o enfermeiro demonstrasse seus sentimentos aos pacientes, aos familiares e até à equipe, pois esta atitude poderia demonstrar fraqueza.

As habilidades de comunicação podem ser ensinadas, entretanto, de forma geral, pouco tempo tem sido despendido com esta atividade durante a formação de enfermeiros, levando-os a serem, muitas vezes, inábeis para se comunicarem⁴⁴.

É imperativo ao enfermeiro conhecer suas habilidades de comunicação para ser um efetivo comunicador, destacando-se, para tanto, o desenvolvimento de habilidades de autoconceito, saber ouvir, ter clareza de expressão, conhecer seus mecanismos de luta e autodescoberta como imprescindíveis, dado o nível sofisticado que a comunicação e suas expressões podem requerer⁴⁴.

Investir no autoconhecimento é fundamental para estar perto da outra pessoa, que consiste em trabalhar os nossos próprios sentimentos e emoções para conseguir uma interação efetiva⁴.

Toque: o toque esteve presente em 54,6% das interações observadas entre os enfermeiros entrevistados com pacientes e familiares e ausente em 45,4% das interações. Em nossa observação da prática, não consideramos somente o contato técnico exigido para a realização dos procedimentos, mas todo toque decorrente de uma aproximação para fornecer informações, como terapia e como contato humano.

A ciência que estuda o toque e todas as características que o envolvem é a tática. Os elementos sensoriais envolvidos no contato físico provocam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais chamadas

de emoções. O toque pode, ainda, ser analisado segundo fatores como duração, localização, ação, intensidade, frequência e sensação provocada³.

O toque é considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas para o paciente, dependendo do momento, da forma e do local onde ocorre. Toque também pode ser definido como contato físico intencional entre as pessoas, classificando-o, na área de saúde, como: a) toque instrumental: o contato físico deliberado, necessário para o desempenho de uma tarefa específica; e b) toque expressivo: o contato relativamente espontâneo e afetivo, não obrigatoriamente relacionado a uma determinada tarefa física⁴⁵.

No que diz respeito ao exercício profissional da enfermagem, o toque tanto pode ser utilizado somente como instrumental, quando se executam técnicas como sondagens, curativos e administração de medicamentos, como pode ser utilizado de maneira mais consciente, quando o toque é expressivo, para oferecer ao paciente/cliente uma assistência embasada no objetivo de encorajá-lo a se comunicar e demonstrar aceitação e empatia, entre outros aspectos. É entendida como finalidade do toque a possibilidade de usá-lo como tratamento, além de meio de comunicação e integração humana⁴⁵.

A intencionalidade de cuidar de forma integrada, tendo claro para si mesmo que o homem é um ser indissolúvelmente possuidor de aspectos biopsicoemocionais (por que não dizer espirituais) que se inter-relacionam, interfere no planejamento da assistência de enfermagem e no tempo gasto com o ensino desse aspecto do tocar junto a sua equipe e seus alunos⁴⁵.

5.4 DIÁRIO OBSERVACIONAL DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Ao registrar a conduta comunicativa dos enfermeiros entrevistados com pacientes e familiares, pareceu-nos significativo o contato dos olhos, a utilização de móveis como barreira pelos profissionais, o volume e ritmo de voz e a utilização do toque, o pesquisador norteou a observação da conduta

comunicativa dos profissionais pela escala adaptada de Silva³ referente ao uso efetivo da comunicação não verbal.

Segundo registrado em diário, todos os profissionais observados direcionaram o olhar para os olhos dos pacientes e familiares durante os processos comunicativos observados.

Os móveis – aqui entendidos por camas hospitalares e suas grades e incubadoras aquecidas – foram utilizados, na grande maioria das interações observadas, como barreiras, utilizadas para separar o espaço físico do emissor/receptor.

Ao observar o processo comunicacional, ficou evidente que a maioria dos profissionais observados utilizava-se de voz clara, nítida e audível para a comunicação verbal com pacientes e familiares.

Por fim, ao observarmos os processos comunicativos dos enfermeiros com pacientes e familiares, pudemos verificar que mais da metade dos enfermeiros observados utilizava o toque ao se comunicar verbalmente com pacientes e familiares, seja na forma de aconchego aos recém-nascidos, seja nas interações cotidianas.

6. Considerações Finais



Neste estudo, em que nos propusemos conhecer o comportamento comunicativo dos enfermeiros com pacientes e familiares de unidades críticas, foi possível constatar que a humanização está presente nas ações cotidianas dos enfermeiros assistenciais. Estes vêm se desenvolvendo, se capacitando e buscando recursos internos para, mesmo em meio a cobranças gerenciais e administrativas, desenvolver uma assistência mais humana e voltada para as individualidades do ser humano.

Compreendemos que a necessidade de um processo comunicativo adequado e eficiente é consciente para estes profissionais que reconhecem a peculiaridade da situação vivida pelos pacientes e familiares ao permanecerem em uma Unidade de Cuidados Críticos.

Os enfermeiros reconhecem os momentos para interação com paciente e familiares, criam vínculo com estes, comunicam-se verbalmente e, muitas vezes, têm consciência de sua comunicação não verbal, demonstram afetividade nas relações estabelecidas, buscam validar a comunicação por meio da solicitação de um feedback, enfim, realizam na prática processos condizentes a uma comunicação competente.

Mesmo estando conscientes da importância do processo comunicativo e realizando-o como citado acima, observamos que os enfermeiros encontram dificuldades quanto à sua visibilidade. Não são reconhecidos pelos pacientes e familiares como coordenadores do cuidado e essa falta de reconhecimento causa, com frequência, sentimentos de insatisfação, de uma plenitude não alcançada no que se refere à satisfação profissional.

Seja pela falta de tempo decorrente das muitas atribuições administrativas e gerenciais, seja pelas várias classes técnicas dentro da profissão de enfermagem, talvez ainda, pela não diferenciação no tocante à identificação, o enfermeiro não é reconhecido por nas funções de coordenador do cuidado.

Consideramos oportuno reforçar a necessidade da busca contínua da comunicação com competência, ou seja, um olhar que exija do profissional maior iniciativa, participação, aprimoramento nas comunicações e relações, além de compreender os aspectos emocionais que permeiam a existência

humana, valorizar incondicional e holisticamente o indivíduo em suas particularidades.

Consideramos como uma forma de contrapor essa invisibilidade constatada, uma atenção especial ao processo comunicativo no momento da admissão e alta do paciente da unidade crítica. Sabemos que a família está presente nestes momentos e, muitas vezes, a ansiedade e a emoção não permitem o entendimento do conteúdo dito, porém existe a necessidade de planejamento e continuidade do plano assistencial e, mais ainda, de resolvermos, enquanto profissionais da saúde, os conflitos internos gerados ao participarmos como seres humanos dessa experiência tão intensa vivida pela pessoa que luta contra o risco de morte.

É no momento da alta da unidade crítica que encontramos a sensação de “dever cumprido” e satisfação pessoal, e percebemos a responsabilidade de ser, mesmo que uma minúscula parte, num mundo tão complexo.

As conclusões deste estudo nos levam a perceber a evolução constante e a busca pela capacitação pessoal do profissional enfermeiro, principalmente no que se refere a uma comunicação competente e qualidade da assistência cuidadora. Estamos evoluindo, não somente como classe profissional, mas como seres humanos, que reconhecem no outro sua individualidade. Se pensarmos na evolução até os dias de hoje podemos constatar um rápido crescimento de nossa profissão e, principalmente, das mudanças dos princípios dos profissionais enfermeiros.

Acreditamos que é necessário avaliarmos nossos comportamentos/ atitudes coerentemente, para que sejam cada vez mais vividos e menos falados, a fim de melhorar continuamente nossa prática, a satisfação dos clientes em relação à assistência prestada e compreender que qualidade do cuidado é considerar todos os aspectos do outro em sua existência, com ética, respeito, igualdade, fraternidade, afetividade e dignidade.

7. Referências



1. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007 out/dez; 20(4):411-414.
 2. Knobel E, Andreoli PBA, Erlichman MR. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves.* São Paulo: Atheneu; 2008. cap. 9. p.101-11.
 3. Silva MJP. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.* 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2008.
 4. Braga EM, Silva MJP. How communication experts express communicative competence. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2010 jul/set; 14(34):529-38.
 5. Inaba LC, Silva MJP, Telles CR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005 dez; 39(4): 423-9.
 6. Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intens.* 2007 out/dez: 19(4): 485-8.
 7. Nieweglowski VH, More CLO. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Rev Estudos de Psicologia.* 2008 jan/mar: 25(1): 111-22.
 8. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da comunicação humana.* 21ª ed. São Paulo: Cultrix; 2004.
 9. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi WDF, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Florianópolis. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(Esp.): 125-30.
 10. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002 mar/abr; 10(2): 137-43.
 11. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intens.* 2007 out/dez: 19(4): 481-4.
 12. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RAS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004; 6(3): 400-9.
-

-
13. Pusch R. Humanização do atendimento em UTI. Curitiba: Saúde: Curitiba; 2008.
 14. Guanaes A, Souza RP. Introdução: objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 1-8.
 15. Knobel E, Novaes MAFP, Bork AMGT. Humanização dos CTIs. In: KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 1306-12.
 16. Arruda A, organizador. Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes; 1998.
 17. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993.
 18. Mezzomo AA, Medeiros BW, Rubo NP, Prado JTC. Fundamentos da Humanização Hospitalar. Uma visão multiprofissional. São Paulo: Local Editora; 2003.
 19. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2009; 13 Supl 1: p. 571-80.
 20. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunic, Saúde, Educ. 2005 mar/ago; 9(17): 389-406.
 21. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. v.1.
 22. Hudak CM, Gallo BM. O conceito do holismo aplicado à prática de enfermagem em cuidados intensivos. In: Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: Uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 1-10.
 23. Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008 mar; 42(1): p. 62-72.
 24. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, In: Campos C, Malta D, Reis A. O SUS em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã; 1998. p. 1-23.
-

-
25. Santos KMAB, Silva MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1): p. 61-6.
 26. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
 27. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004 mar/abr; 12(2): p. 250-7.
 28. Souza SRO, Chaves SRF, Silva CA. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. *Rev Bras Enferm.* 2006 set/out; 59(5): p. 609-13.
 29. Stefanelli MC, Carvalho EC. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole; 2005.
 30. Minayo MCS organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
 31. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. São Paulo: Edições 70; 2010.
 32. Bressan VR, Scatena MCM. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002 set/out; 10(5): 682-89.
 33. Puggina ACG, Silva MJP. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. *Rev Min Enferm.* 2009 out/dez; 13(4): 599-605.
 34. Zerbeto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005 jan/fev; 13(1): p. 112-17.
 35. Souza RC, Pereira MAO, Scatena MCM. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des)encontram. *Rev Gaúcha Enf.* 2002 jul; 23(2): 68-80.
 36. Pereira MAO, Bellizzoti RB. A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004 dez; 25(3): 306-13.
 37. Marques RC, Silva MJP, Maia OF. Comunicación efectiva con familiares de pacientes em cuidados críticos: opinión de los profesionales de salud. *Rev Enferm Herediana.* 2008; 1(2): 65-70.
-

-
38. Castro RBR, Silva MJP. A comunicação não verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001 jan; 9(1): p. 80-7.
 39. Spagnuolo RS, Pereira MLT. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: Um estudo de revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 nov/dez; 12(6): p. 1603-10.
 40. Diego R, Fernando N, Naiara R. *Larousse Ilustrado: dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Larousse do Brasil; 2004. p.10.
 41. Risso ACM, Braga EM. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 360-7.
 42. Carvalho EC, Bachion MM, Almeida LCP, Medeiros RN. O ensino de comunicação em enfermagem - um desafio. *Rev Latino-Am Enferm*. 1997 jul; 5(3): p. 27-34.
 43. Fahl LG. Dando visibilidade a atuação do enfermeiro pela internet: um estudo de sua influência sobre as representações sociais do adolescente [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
 44. Carvalho EC. Comunicação em enfermagem: habilidade ou instrumento básico? *Acta Paul Enferm*. 1994 abr/dez; 8(2/4): 21-8.
 45. Dell`acqua MCQ, Araújo VA, Silva MJP. Toque: Qual o uso atual pelo enfermeiro? *Rev Latino-Am Enferm*. 1998 abr; 6(2): 17-22.
-

Anexo



ANEXO 1

Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Regional de Assis.



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/12/2007
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 340/2010

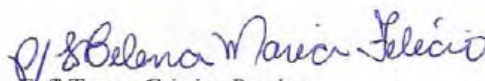
Assis, 12 de Março de 2010.

Profª Drª Eliana Mara Braga

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: “**Comportamento comunicativo do enfermeiro com pacientes e familiares de unidades críticas: do discurso à prática**” de autoria da aluna Mariana Souza Santos sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL**.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.



Enfª Teresa Cristina Prochet
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis

Apêndices



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO CIENTÍFICO

Projeto de Pesquisa: “Vivência comunicativa do enfermeiro com pacientes e familiares de unidades críticas: do discurso á pratica”.

O objetivo da presente pesquisa é identificar, através das técnicas de comunicação, a prática da humanização praticada pelos enfermeiros de unidades críticas do Hospital Regional de Assis. Solicito seu consentimento em participar dessa pesquisa sendo submetido a observação de suas ações humanizadas durante o processo de enfermagem, relacionadas ao paciente e familiares, e utilização de instrumento de coleta de dados que será preenchido por mim ao decorrer destes processos.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Vivência comunicativa do enfermeiro com pacientes e familiares de unidades críticas: do discurso á pratica”, sob responsabilidade da aluna Mariana Souza Santos do Curso de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, orientada pela Professora Doutora Eliana Mara Braga, declaro que concordo com a participação.

Estou ciente de que as informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, preservando-se a confidencialidade; que a mesma está disponível para responder a quaisquer perguntas sobre este estudo e que poderei retirar este consentimento a qualquer tempo. Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora pelos telefones: (18) 3322 4773 e (18) 9751 7103.

Assis, ____ de _____ de 2010

Enfermeira(o) responsável Unidade Crítica(_____)

Mariana Souza Santos
Pesquisadora

Pesquisadora responsável: Mariana Souza Santos e-mail marisouzastos@hotmail.com, Fone: 33224773, sob a orientação da Profa Dra Eliana Mara Braga do Departamento de Enfermagem da FMB/UNESP, Fone: (14) 38116070 e-mail: elmara@fmb.unesp.br .

APÊNDICE 2

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DAS UNIDADES CRÍTICAS

1. Como enfermeiro de unidade crítica, você utiliza a comunicação como processo de humanização com pacientes e familiares? Quando isso acontece?
 2. Como você se comunica? Para onde você direciona o olhar e onde acontece o processo comunicativo?
 3. Como você avalia se a sua comunicação foi compreendida satisfatoriamente?
 4. Os pacientes e familiares solicitam o enfermeiro para receber informações?
-

APÊNDICE 3

MODELOS NÃO VERBAIS DE COMUNICAÇÃO (Escala adaptada a partir de Silva³, do uso efetivo e/ou ineficaz da comunicação não verbal)

NÃO VERBAL	USO EFETIVO	USO INEFICAZ
POSTURA	() relaxada mas atenta	() rígida
CONTATO DOS OLHOS	() regular, médio	() ausente, desafiante
MÓVEIS	() usados para unir	() usados como barreira
ROUPAS	() simples	() provocativas, extravagantes
EXPRESSÃO FACIAL	() sorridente, mostrando seus sentimentos	() rosto voltado para o outro lado ou inexpressivo
EXPRESSÃO EMOCIONAL	() oculta	() visível
MANEIRISMOS	() sem maneirismos	() distração
VOLUME DE VOZ	() claramente audível	() alto ou baixo
RITMO DE VOZ	() médio	() impaciente, hesitante, lento
NÍVEL DE ENERGIA	() em alerta	() apático, sonolento, cíclico, irrequieto
DISTÂNCIA INTERPESSOAL	() aproximação	() distanciamento
TOQUE	() presente	() ausente
CABEÇA	() meneio positivo	() meneio negativo
POSTURA CORPORAL	() voltada para a pessoa	() lateral ou de costas
PARAVERBAL	() responde prontamente	() uso de pausas ou respostas com grunhido
GESTOS E MOVIMENTO CORPORAL	() informal	() contido

