

LÚCIA NAZARETH AMANTE DE SOUZA

**A INTERFACE DA COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E AS(OS)
CLIENTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

FLORIANÓPOLIS, 19 DE OUTUBRO DE 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**A INTERFACE DA COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E AS (OS)
CLIENTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

LÚCIA ANZARETH AMANTE DE SOUZA

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Assistência de Enfermagem**

**ORIENTADORA: Profª Dra Maria Itayra
Coelho de Souza Padilha**

Florianópolis, 19 de outubro de 2000

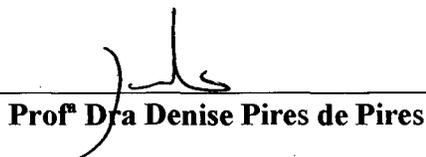
**A INTERFACE DA COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E AS (OS)
CLIENTES INTERNADAS (OS) EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

LÚCIA NAZARETH AMANTE DE SOUZA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

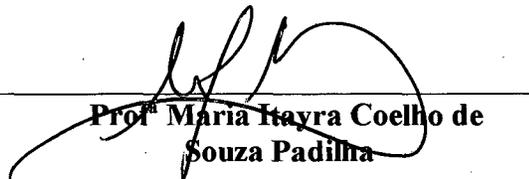
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 19 de outubro de 2000, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Comunicação em Enfermagem.



Profª Dra Denise Pires de Pires

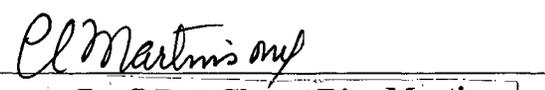
BANCA EXAMINADORA:



**Profª Maria Itayra Coelho de
Souza Padilha**



Profª Dra Alcione Leite da Silva



Profª Dra Cleusa Rios Martins



Profª Dda Ica Luci Alonso



Profª Dra Vera Radünz

*Dedico este estudo aos meus pais,
Benjamim e Ondina, exemplos de
integridade, de sabedoria e humildade.*

AGRADECIMENTOS

Sinto paz e alegria quando lembro das pessoas que se revelaram amigas, colaboradoras, confidentes, desafiadoras, mas sobretudo, essencialmente presença, ao longo destes anos. No entanto, algumas delas transcenderam o comum quando percebi um significado especial no modo como encaram a vida. Elas desfazem o ontem e o amanhã, elas simplesmente caminham em direção ao “mais-ser”. Agradeço a Deus pela oportunidade de aprender a ser-mais a partir do momento que as encontrei. Por isto, agradeço de forma especial:

Aos meus pais, Benjamim e Ondina, por terem me ensinado a valorizar e respeitar as pessoas que comigo convivem.

Ao Edson, Gustavo, Fernando e Isabel, por dividirem comigo, além dos laços de família, a compreensão de viver um amor incondicional.

Aos meus irmãos, Cláudio e Paulo, as minhas cunhadas Léia e Micheline que suavizaram esta jornada com sua presença amiga.

À Prof. Dra Maria Itayra, exemplo de aceitação, disponibilidade e envolvimento emocional. Mais que orientadora, é uma amiga.

À Prof. Dra Alcione, à Prof. Dra Cleusa, à Prof. Dra Vera e a doutoranda Ilca pela disponibilidade em contribuir com o seu conhecimento, quando realizaram a avaliação deste estudo, trazendo estímulo e apoio durante a fase de projeto.

À Cleiva, Marilene, Francisco e João cujas prática e testemunho permitiram a construção deste estudo.

À Prof Dra Beatriz, Diretora de Enfermagem do HU-UFSC, que não mediu esforços para converter horários de trabalho em horários de estudo.

As amigas especiais, Nádia, Sonara, Bea, Silvana, Samara, Eliane e Patrícia, pelo ouvir atentamente e dividir sonhos, angústias, esperanças, derrotas e vitórias.

As colegas de mestrado, pelo estímulo, companheirismo e amizade, cuja energia especial facilitou momentos difíceis.

Aos professores do curso de Mestrado pela preocupação em transmitir conhecimentos com competência e estímulo.

As colegas Sayonara, Odaléia e Mila, presenças marcantes e estimulantes para o início, meio e finalização deste estudo.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem, pela paciência em indicar, explicar, mostrar a vida acadêmica.

Ao amor, fonte inesgotável de energia, de encontros, de esperança, que só pode ser percebido quando vivido e partilhado em um olhar, um gesto, uma palavra.

RESUMO

Trata-se da descrição de uma pesquisa convergente assistencial desenvolvida com as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem da unidade de terapia intensiva de um hospital escola de Santa Catarina. A metodologia está baseada na Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979) e aliada ao estudo de Stefanelli (1993) sobre Comunicação Terapêutica. Através de oficinas, chamadas de Oficinas Existenciais, as pessoas envolvidas no estudo refletem sobre a interação que estabelecem com as(os) clientes internadas(os) em uma unidade de terapia intensiva. Os conceitos utilizados são: ser humano, enfermagem, saúde, ambiente, relação dialógica e processo comunicacional. As informações coletadas foram agrupadas de acordo com perguntas orientadoras dos temas das oficinas a saber, quem sou eu, como eu me comunico e o cuidado humanizado. A síntese da realidade possibilita a(ao) trabalhadora(or) de enfermagem reconhecer o relacionamento terapêutico como uma seqüência de interações na qual estão presentes a aceitação, a empatia e o envolvimento emocional, que permitem a realização de um cuidado de enfermagem humanizado em um ambiente adverso que é a unidade de terapia intensiva. Neste sentido o estudo desenvolveu e alimentou a(o) trabalhadora(or) de enfermagem com capacidade para ser alguém que existe por escolha, exercendo harmoniosamente a possibilidade de ser amoroso, agressivo, impulsivo e comedido, preocupando-se principalmente com o bem-estar e o estar-melhor das pessoas que cuida.

ABSTRACT

A description is offered of a convergent assistance research conducted with Nursing workers from the intensive therapy unit in a school-hospital in Santa Catarina. The methodology is based on Paterson & Zderad's Humanistic Theory (1979) and allied to Stefanelli's study (1993) on Therapeutic Communication. At workshops, under the name of Existential Workshops, individuals involved in the study ponder on the interaction they establish with the inpatient(s) of an intensive therapy unit. The employed concepts are: human being, Nursing, health, environment, dialogic relationship, and communication process. The collected information were grouped in accordance with the leading theme questions at the workshops, namely: who am I, how do I communicate, and a humane care. The synthesis of reality allows the Nursing worker(s) to acknowledge the therapeutical relationships as a sequence of interactions where in fact acceptance, empathy, and emotional involvement are present. These make possible to offer a humane Nursing care within an adverse environment such as that of the intensive therapy unit. In that sense, the study developed and offered to the Nursing worker the capacity to act according to his/her own choice, harmoniously performing the chance to be affable, forceful, impulsive and moderate, concerned mostly with the well-being and welfare of those under his/her care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
I. VIVENCIANDO O DIÁLOGO INTUITIVO	13
II. VIVENCIANDO O DIÁLOGO CIENTÍFICO	21
2.1. Uma reflexão teórica sobre o processo comunicacional	21
2.2. Apresentando a Teoria Humanística	27
2.2.1. Pressupostos básicos da Teoria Humanística	33
2.3. O caminho para o diálogo	38
2.3.1. O ambiente da UTI	38
2.3.2. A busca do diálogo na implementação da Teoria Humanística	41
2.3.3. A utilização da teoria	43
III. VIVENCIANDO A FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA	53
3.1. Quem sou eu?	53
3.2. Como eu me comunico?	61
3.3. O cuidado humanizado	68
IV. TECENDO A TEIA DO DIÁLOGO	80
V. CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO DIALÓGICA	90
VI. BIBLIOGRAFIA	96
VII. ANEXOS	100

APRESENTAÇÃO

Ainda pequena senti forte atração pelo ambiente hospitalar, considerando-o mágico. Desejava conhecer como se desenrolava um dia dentro do hospital.

Ao prestar o do vestibular para enfermagem tinha o objetivo de trabalhar em um hospital, porém não conhecia a profissão. Após a formatura, iniciei minhas atividades profissionais no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde estou há 10 anos.

Nesta trajetória, aliada ao exercício profissional, constitui família e, por minha escolha, passei a desempenhar minhas atividades profissionais no período noturno, mantendo-me afastada da compreensão histórica da enfermagem e conseqüentemente de meu amadurecimento filosófico e científico.

Há alguns anos atrás iniciei atividades como docente junto ao Projeto Supletivo Auxiliar de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSC/REPENSUL¹, sendo Enfermeira Facilitadora de um grupo de auxiliares de enfermagem e, paralelamente, realizei o curso de especialização em Projetos Assistenciais, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, promovido pela

¹ Rede de Pós-graduação da Região Sul.

ESPENSUL²/REPENSUL. Concomitantemente, iniciei como docente na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Naturalmente, estes fatos serviram como alavanca para iniciar o curso de Mestrado e buscar caminhos que aliviassem a angústia que sentia ao me deparar com várias situações em meu trabalho, em especial, a comunicação com clientes entubados internados em UTI.

Como ponto de chegada do curso de Mestrado em Assistência em Enfermagem e ponto de partida para uma nova postura profissional está o presente estudo que procura contribuir com a construção de um conhecimento de enfermagem pautado no vivido daquelas(es) que realizam, dia a dia, o cuidado humano.

Está concebido em cinco capítulos: *Vivenciando o Diálogo Intuitivo*, *Vivenciando o Diálogo Científico*, *Vivenciando a Fusão Intuitivo-científica*, *Tecendo a Teia do Diálogo* e, finalmente, *Contextualizando a Relação Dialógica*.

O capítulo *Vivenciando o Diálogo Intuitivo* está dedicado a uma reflexão sobre a minha vivência enquanto enfermeira de uma UTI, sobre a Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979), sobre o processo comunicacional terapêutico de Stefanelli (1993) e, ainda, sobre o problema e os objetivos do trabalho. Procura fazer uma interligação entre a minha vivência, enquanto enfermeira de uma UTI de pessoas adultas, e as mudanças que paulatinamente se processaram a partir do meu encontro com os trabalhos teóricos de Paterson & Zderad e Stefanelli culminando no delineamento do problema e dos objetivos que possibilitaram a busca por uma nova atitude diante das situações de encontro em enfermagem.

No segundo capítulo, o *Diálogo Científico*, estão assentadas as bases do estudo através da descrição do marco referencial da Teoria Humanística e do Processo Comunicacional. Apresento também a metodologia do estudo na qual incluo a contextualização do local, a descrição das pessoas envolvidas na realização do método planejado e das suas experiências que contribuíram para o levantamento das situações que deram substância a discussão dos achados. É uma tentativa de contar como são desenvolvidas as vivências e quais as categorias que daí emergem baseadas na percepção das(os) participantes sobre o tema em questão.

² Especialização da Região Sul.

Após leituras exaustivas, posso ter a satisfação de tecer algumas palavras sobre o significado de repensar, conjuntamente com a minha equipe de trabalho, os modos como nos tornamos presença para quem pede ajuda, que recebe o nome de *Vivenciando a Fusão Intuitivo-científica*. Em seguida, o quarto capítulo, *Tecendo a Teia do Diálogo*, traz a concepção da trama formada pelos conceitos utilizados, contemplando a interligação dos mesmos simultaneamente à sua expressividade enquanto sustentáculo para o estudo. Opto por apresentar os conceitos da Teoria Humanística integrando-os com o contexto da prática e a forma como eles se apresentam nos encontros com as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, pois entendo que o conceito adquire vida através da representação das pessoas que o vivenciam e assim fazem parte do cotidiano da prática da enfermagem.

Finalizando, no capítulo *Contextualizando a Relação Dialógica*, procuro registrar algumas reflexões sobre o significado das vivências desdobrando os achados para uma perspectiva pessoal e profissional sobre o tema. Em seguida estão arroladas as literaturas que dão suporte para o estudo bem como os anexos que mostram alguns aspectos importantes e esclarecedores que, colocados no corpo do trabalho, poderiam tornar a leitura cansativa.

Espero que as próximas páginas sejam atraentes e enriquecedoras para quem decidir conhecer os momentos de transformação pelos quais nós passamos e, em nome das pessoas envolvidas no estudo, eu lhe dou as boas vindas.

I – VIVENCIANDO O DIÁLOGO INTUITIVO

Tem sido uma tarefa difícil lembrar o momento no qual me percebi cuidando de pessoas com o risco iminente de perder a vida. Penso que foi parte de um processo de amadurecimento pessoal com reflexos em minha atitude profissional.

Comecei a trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como enfermeira assistencial após voltar de uma licença de gestação. Inicialmente tudo me apavorava. Como tocar a(o) cliente? A(O) cliente de uma UTI podia ser tocada(o)? Como orientar a(o) cliente? A(O) cliente estava entubada(o), não respondia verbalmente e eu pouco compreendia seus gestos e expressões faciais.

O que orientar para as(os) trabalhadoras(es) de minha equipe de enfermagem que elas(eles) já não soubessem? Eram dinâmicas(os), competentes, capacitadas(os) para exercerem suas funções. E, quanto aos aparelhos? Tudo era novo para mim. Dominar a máquina ao mesmo que tempo fascinava, pelo poder lhe conferido sobre a vida e a morte, despertava atenção para o aprendizado de seu manuseio.

As perguntas, anteriormente relatadas, viviam comigo e procurava respostas durante o plantão noturno³, porém, ao terminá-lo, ia para casa e outras responsabilidades as afastavam. Por outro lado, havia noites que não pensava nelas: ou o plantão estava muito

³ As escalas de doze horas noturnas são intercaladas com setenta e duas horas de descanso, perfazendo um total de dez plantões noturnos ao mês.

agitado, com muitas intercorrências, ou muito calmo, quando aproveitávamos para conversar mais sobre assuntos diversos, rir um pouco, contar nossas histórias .

E assim o tempo passou. Executava a atividade rotineira de uma UTI, com uma equipe estruturada adequadamente, sem refletir de forma aprofundada sobre os aspectos expressivos do ser humano. Entretanto, esta equipe se desfez, ocorreram aposentadorias, demissão, transferências de turno e de setor, trazendo uma nova equipe.

As pessoas com quem eu trabalhava foram aos poucos sendo substituídas por outras, diferentes, também autênticas e cujo entrosamento para o trabalho se iniciava. A situação era nova e lentamente fomos conversando, encontrando soluções para os problemas que surgiam com vistas a um trabalho harmônico, em um ambiente cujas relações entre nós fossem tranqüilas e verdadeiras.

O caminho escolhido recebeu forte influência do curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSC que previa em seus créditos, reflexões sobre as implicações do processo de trabalho em enfermagem, incluindo as teorias administrativas e as de enfermagem.

A fim de concluir este curso, selecionei, juntamente com a facilitadora⁴ como tema para estudo a comunicação com cliente entubada(o). Embora tivesse dificuldade em entender a(o) cliente entubada(o) e os modos de interagir com ela(ele), acatei a idéia sem muita empolgação, pois eu imaginava o quanto seria difícil trabalhar a subjetividade das pessoas. Eu entendia que um tema técnico deveria nortear o estudo.

Contudo, ao analisar as situações reais de interação entre os trabalhadoras(es) de enfermagem e a(o) cliente entubado em um ambiente de UTI, pude perceber o quanto é importante conhecer o processo de comunicação que se estabelece entre eles. Esta questão gerou um primeiro estudo que culminou com a monografia *“Estabelecendo um forma de comunicação com o paciente entubado na unidade de terapia intensiva”*, apresentada para o curso de especialização, em 1997.

A construção desta monografia recebeu a colaboração das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem da UTI, em especial as(os) do meu plantão, que contribuíram com a sua visão

⁴ A facilitadora deste estudo foi a Prof. Msc. Sayonara de Fátima F. Barbosa.

de como se processava a comunicação com a(o) cliente entubada(o), durante o seu trabalho para a formulação dos conceitos.

Todo este processo provocou em mim um retorno às indagações que fazia quando fui para à UTI. Ao ler sobre as interações em enfermagem, de um modo geral, comecei a me ver como uma enfermeira “impessoal” na realização do cuidado, preocupada com os aspectos técnicos, em detrimento dos aspectos expressivos do ser.

Sofria forte influência do paradigma cartesiano, no qual o pensamento racional prevalece sobre a sabedoria intuitiva. Vivía a “*noção de mundo como se ele fosse uma máquina*” (Capra, 1999, p. 49) reforçada pelo ambiente de uma UTI, fortemente enraizado neste paradigma.

Acatando o pensamento de Capra (1999), neste local, o atendimento à pessoa está centrado nos aspectos biológicos da doença, reduz o corpo à uma máquina e a doença a um descontrolo do mecanismo da máquina, sendo a tecnologia um método para reparar os danos, consertando, removendo ou até substituindo as partes danificadas.

No modelo cartesiano o cuidado de enfermagem apresenta uma dependência crescente da técnica, em cujo desenrolar se prevê o tratamento de partes específicas do corpo. Em dado momento, comecei a lembrar os modos como interagía com a(o) cliente quando tocava seu corpo ao realizar cuidados de enfermagem, no qual, embora houvesse respeito e cuidado ao mobilizá-lo, a preocupação maior estava centrada nas conexões dele com a máquina, na manipulação dos tubos buscando evitar trações e observando cuidadosamente as alterações dos monitores.

Neste sentido, o foco de tratamento voltava-se ao pólo doença do processo saúde-doença, reduzindo a(o) cliente em um receptáculo de aparelhos, manobras de ressuscitação cardio-respiratória, resultados de exames laboratoriais e aspectos fisiopatológicos da doença.

Ao me perceber deste modo, recordei a perda de meu *Pai*, ocorrida em outra cidade, em uma UTI. Neste dia, mesmo ao me identificar profissionalmente ao telefone, a equipe de enfermagem do local onde ele estava internado, negou-se a dar informações. A associação deste fato ao modo como eu me relacionava com as(os) clientes foi um choque. Na corrente de pensamentos que se formou a partir desta lembrança, transpareceram

interações mantidas com as(os) clientes e os familiares tendo por base uma atitude tecnicista.

Entretanto, a conclusão alcançada na monografia (Souza, 1997) apontou o processo comunicacional como um possível caminho para o ser humano transmitir sua forma de viver e sentir sua cultura, revelando a sua condição de *ser*, através da empatia, da aceitação e do envolvimento emocional presentes na interação entre a(o) trabalhadora(or) de enfermagem e a(o) cliente. Deste modo, pude, lentamente, modificar o meu modo de ser, tornando-me presença diante dos que me cercavam.

O processo comunicacional ocorre pela experiência acumulada de numerosos pequenos eventos em que, interligados, fatos e pessoas, ensinam o ser humano a se orientar no mundo social de forma natural e conveniente.

Durante nossa vida estabelecemos relações interpessoais nas quais nossos sentimentos, valores e crenças são exteriorizados, ocorrendo uma troca de experiências entre familiares e amigos, no trabalho e na necessidade, através de palavras, gestos e da própria dança do corpo. Uma dança de passos, gestos, sentimentos e posturas tão próprias, que a(ao) observadora(or) mais astuto transmite energia, sentimentos e vontades.

Ao longo do nosso ciclo vital, entretanto, podemos passar por uma experiência na qual o processo de comunicação verbal está limitado, ou seja, por um período de tempo, simplesmente não nos encontramos em condições de expressarmo-nos verbalmente.

Esta situação é comum em UTI, quando a(o) cliente utiliza um suporte avançado de vida⁵, e, para comunicar-se resta-lhe apenas gestos, olhares, muitas vezes incompreensíveis, encobertos pela angústia em tentar se fazer entender. Por outro lado, somam-se as tentativas, muitas vezes frustrantes, das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem em compreender a(o) cliente sob seus cuidados.

A interação pode ser mais difícil com a(o) cliente entubado, a(o) cliente em coma, ou ainda aquela(e) com o nível de consciência alterado. Entretanto, lidar com uma(um) cliente lúcida(o) e orientada(o) é também uma situação que requer sensibilidade, pois estar

⁵ Suporte avançado de vida são todas as medidas adotadas para recuperar e/ou manter a vida, incluem os ventiladores mecânicos, drogas vasoativas, monitores cardíacos e a vigilância constante das(os) trabalhadoras(es) de uma UTI.

internada(o) em uma UTI pode ter vários significados implicando diretamente no seu estilo de vida quando retornar as suas atividades habituais.

De um lado, existe a(o) cliente enfrentando uma crise, definida por Oro (1979) como uma situação na qual a pessoa se desequilibra, pois enfrenta um obstáculo que se antepõe aos seus objetivos de vida. Do outro lado, está a(o) enfermeira(o) que apoia a(o) cliente, buscando diminuir as angústias e tensões geradas por esta incapacidade, momentânea ou não.

A enfermagem, através de suas(eus) trabalhadoras(es), pela sua própria concepção, pela intensidade e frequência das atividades realizadas constitui uma ponte entre a(o) cliente grave e o ambiente que a(o) cerca. Sadala (1986), baseada em Wanda de Aguiar Horta, afirma que a comunicação é para a enfermagem um instrumento básico, uma competência e uma habilidade a ser desenvolvida.

Em UTI, a(o) cliente internada(o) apresenta um nível de consciência que varia entre o lúcido e orientado até o coma profundo, embora não exista uma definição clara de seus limites, já que este nível de consciência pode ser variável. O fato da(o) cliente estar vivenciando uma situação crítica, não significa que esteja alheia(o) à sua problemática, e muito menos à sua capacidade de sentir, ver e ouvir, que se tornam mais aguçadas, pois o interesse em si própria(o) e em sua sobrevivência é prioritário nesta situação.

Corrêa (1995) ao buscar as atitudes de uma(um) enfermeira(o) em Centro de Terapia Intensiva, revela que o seu enfoque de cuidar é direcionado para o desenvolvimento da capacidade administrativa, para o convívio com máquinas e equipamentos, exigindo muitos requisitos e o domínio de conhecimentos específicos. É um trabalho importante, de responsabilidade, que implica no convívio com situações limitantes e de estresse. Ao finalizar considera seu estudo inacabado, pois o mesmo gera inúmeras reflexões acerca do ser enfermeira(o) e mostra com quantas adversidades vive esta(e) profissional e o quanto tem a buscar para ser enfermeira(o) em sua integralidade.

Estas leituras me proporcionaram um momento de reflexão no qual pude delinear uma nova forma de interagir com a(o) cliente entubada(o) em uma UTI. A busca por esta interação dialógica implicou no conhecimento da situação dos seres humanos. À(O) enfermeira(o) cabe um mergulho em reflexões, contemplação e discussões relacionadas à

compreensão do ser. Tanto o auto-conhecimento, como a auto-percepção e a auto-aceitação de si são importantes para que a(o) enfermeira(o) possa vivenciar subjetivamente a(o) cliente, tornando-a(o) sensível à condição humana.

Os questionamentos iniciais com relação ao toque, as orientações a(ao) cliente e as(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem tomavam um caminho mais existencial, cuja valorização da história de vida das(os) clientes, às vezes contada por seus familiares, norteavam intuitivamente as minhas atitudes frente a estas pessoas.

Contudo, as minhas reflexões careciam de substância, pois muitas vezes me sentia sozinha, não sabendo reconhecer o caminho e precisando usar de muita sensibilidade para perceber o momento da(o) outra(o), o momento no qual eu pudesse sutilmente convidá-lo a esta nova atitude.

Com o início das aulas do curso de mestrado, novos conhecimentos foram incorporados corroborando para a coesão de muitos sentimentos e percepções trazendo-me tranquilidade, pois encontrei correntes filosóficas e teorias de enfermagem que davam conta de toda esta necessidade que sentia premente.

Paterson & Zderad (1979), acreditavam que o progresso da enfermagem como uma ciência humana era impedida pelo determinismo do método da causa e efeito da Ciência Positivista, e, como enfermeiras clínicas vivenciando situações de ensino e reflexão com doentes psiquiátricos, estudantes e outros profissionais, sentiram-se insatisfeitas com a habilidade da ciência positivista de reduzir os fenômenos por elas considerados relevantes para a enfermagem.

Da insatisfação surgiu a Teoria Humanística que traz em seus pressupostos a aproximação entre enfermeira(o) e cliente como uma experiência existencial na qual a sua expressividade e as suas potencialidades são evidenciadas. Os seres humanos são encarados como livres, independentes e interdependentes para o envolvimento em seu cuidado e nas decisões que precisam tomar em sua vida.

A metodologia da Teoria Humanística tem seu foco na relação dialógica intersubjetiva, visando a busca pelos potenciais humanos que favorecem o *“bem-estar”* e o *“estar-com”*. A reciprocidade desta relação permite que enfermeira(o) e cliente sejam

sujeitos das ações do processo de cuidar, trazendo para o encontro a sua experiência de vida.

Sendo assim, procurei responder a seguinte questão:

“Como a(o) trabalhadora(or) de enfermagem percebe o processo comunicacional quando está junto a(o) cliente, desenvolvendo o processo de cuidar, na UTI?”

Embora a teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979), esteja dirigida a(ao) enfermeira(o) no desenvolvimento de suas atividades, o presente estudo foi realizado com auxiliares de enfermagem, técnicas(os) de enfermagem e enfermeira(o), que são pessoas com visões de mundo, história de vida, valores, crenças e conhecimentos diferenciados, uma vez que, na sua formação, os saberes científicos estão agregados de acordo com a carga horária prevista pela lei regulamentar de cada curso.

Esta divisão promove uma diversidade na percepção de saberes que ao ser unificada pode ampliar e inovar os modos como interagimos, agimos e pensamos. Por esta razão, durante a prática assistencial, escolhi para integrar o estudo a equipe de enfermagem que trabalha comigo.

Convidar as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem para esta reflexão mostra um valor na vivência de cada uma(um) como fonte de conhecimento e forma de acrescentar a relação dialógica a prática. Sendo assim, em julho de 1999, realizei quatro encontros nos quais procuramos refletir sobre a interação com a(o) cliente, repensando sobre o processo comunicacional e suas imbricações durante a realização dos cuidados. Em janeiro do ano 2000 realizei o último encontro, quando refletimos sobre as vivências ocorridas em 1999.

Ao encerrar a Prática Assistencial e elaborar o relatório, pressenti um momento de ténue repouso, como se as vivências estivessem sendo incorporadas pelas(os) envolvidas(os) no estudo.

O conhecimento da Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979) aliado ao estudo do processo comunicacional, possibilitou a reflexão sobre a minha prática sedimentando minhas crenças. Hoje percebo a minha presença frente às pessoas ao meu redor e os desdobramentos que uma atitude de aceitação, de empatia e de envolvimento emocional possibilitam para uma interação dialógica. Esta abertura pode ser sentida quando

um dos participantes, Netuno, falou sobre a transformação de sua visão de cuidado, ao tornar-se presença: *“Sinto-me como um polvo, com muitos braços para receber e envolver o paciente”*.

Considerando a prática assistencial como o primeiro passo em direção à prática da enfermagem como uma interação dialógica, tracei como objetivo geral para este momento:

Contribuir para a construção de um conhecimento de enfermagem voltado para a valorização do ser humano enquanto trabalhadora(or) de enfermagem ou cliente/família internada(o) em uma UTI através da relação dialógica.

E, como objetivo específico:

Refletir com as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem sobre o modo como ocorre o processo comunicacional em UTI na relação com as(os) clientes sob seus cuidados.

Antes de iniciar a discussão sobre o marco conceitual, procuro rever alguns aspectos do processo comunicacional, através da produção literária de autores que versam sobre comunicação, sua relação com a enfermagem e mais especificadamente sua relação com a UTI.

II - VIVENCIANDO O DIÁLOGO CIENTÍFICO

O presente capítulo compila o discurso de autores sobre o processo comunicacional considerando suas reflexões teóricas, apresenta a Teoria Humanística e descreve o caminho metodológico seguido durante a realização deste estudo.

2.1 – UMA REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE PROCESSO COMUNICACIONAL

O tema comunicação é abrangente, uma vez que está presente em toda vida e qualquer atividade humana. Segundo Teixeira (1997), Aristóteles (385-322 A.C.) é considerado o primeiro pesquisador em comunicação por seus estudos sobre a retórica e por defini-la como a faculdade de discernir os possíveis meios de persuasão em cada caso particular.

No entanto, a intensidade dos estudos sobre comunicação, organizada em métodos, objetos, instituições, linhas de pesquisa, foram iniciados a partir da Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos. O interesse, nestes estudos, partia da área econômica, na propaganda comercial e da área militar, como propaganda política, procurando influenciar o comportamento das pessoas. Neste sentido, comunicação significava a transmissão de mensagens de uma fonte bem informada para outra, menos informada.

A forma vertical e unilateral de ver a comunicação criou uma distância entre as pessoas, tornando difícil o que deveria ser simples: falar e ouvir, ouvir e falar, sentir e ver, ver e sentir. A expressividade do ser humano ficou restrita a possibilidade de ser interlocutor, ora enviando mensagens, ora recebendo mensagens.

Bordenave (1982) fala que esta forma de comunicação parece procurar o lucro, o poder, o prestígio ao invés de uma sociedade igualitária, participativa e solidária, que favoreça o desenvolvimento do potencial humano. Ele acredita que o conhecimento da comunicação possa proporcionar infinitas possibilidades, gratuitas e abertas, sendo como “uma necessidade básica da pessoa humana, do homem social” (p. 19)

Em seu livro, “O que é comunicação”, (Bordenave, 1982) faz uma discussão sobre as implicações que o conhecimento do processo comunicacional apresenta nas variadas atividades e situações humanas. Ele reflete sobre os modos como este processo pode implicar na tomada de decisões das pessoas, sobre a oportunidade que as pessoas têm para se expressarem, dialogarem e se encontrarem, desenvolvendo sua consciência crítica. Por outro lado, os métodos e modelos mecanicistas do estudo da comunicação, baseados nas ciências físicas e naturais, favorecem formas manipulatórias e desumanas de trabalhar com as pessoas, pois os seus procedimentos de organização, planejamento, capacitação, dentre outros, não contemplam a visão de ser humano como um ser social e não conceituam adequadamente os mecanismos e processos de interação psíquica.

Além de situar o processo comunicacional como um canal para a socialização, o autor aborda a influência dos meios de comunicação sobre as decisões da vida do ser humano, a exploração comercial e industrial destes meios de comunicação, além de explicar os modos de interação e o significado dos signos⁶, símbolos⁷ e sinais⁸. Encerra o livro com uma reflexão sobre o paradoxo gerado pela linguagem, característica da superioridade do ser humano, que o capacita para expressar seus sentimentos mais profundos e pensamentos mais elaborados, conduzindo-o à comunhão na amizade e no amor, mas que também pode ser utilizado para enganar, dominar, destruir e separar.

⁶ Signo: objeto perceptível que de alguma maneira remete a outro (Bordenave, 1982, p. 62).

⁷ Símbolo: tipo especial de signo que se dá significação moral fundada em relação natural (Bordenave, 1982, p. 64)

⁸ Sinal: indício que possibilita conhecer, reconhecer, prever ou adivinhar alguma coisa (Bordenave, 1982, p. 64).

A comunicação contribui para a modificação de significados transformando crenças, valores e comportamentos podendo ser aproveitada para a expressão, o relacionamento, a participação e a transformação social dentro de um projeto geral, implicando na tomada de medidas que tragam novas formas de apropriação e administração dos meios de capacitação para o uso da comunicação (Bordenave, 1982). Deste modo este autor aponta o estudo do processo comunicacional como uma forma de aproximação entre as pessoas a partir de uma nova leitura dos meios de comunicação na qual seja valorizada a vivência de cada ser humano para o bem comum.

De um enfoque relacional, a comunicação é deslocada para um enfoque internacional quando Mattelart (1994) relata a gênese de internacionalização e multiplicação das redes e fluxos da comunicação indissociáveis da economia e da sociedade-mundo. Faz uma retrospectiva histórica da forma como a comunicação está imbricada no desenvolvimento filosófico, político e econômico da comunidade internacional. Compreende o conceito de comunicação como uma polissemia, “dividida entre o campo do lazer e do trabalho, o espetacular e o cotidiano, entre as visões culturalistas e tecnicistas, ou balançando entre uma acepção restrita à área de competência dos meios de comunicação de massa e uma definição totalizante que a arvora em um dos princípios de base da organização das sociedades modernas” (Mattelart, 1994, p. 288).

Ainda segundo este autor, analisar o como e o porquê dos diversos conteúdos e utilizações do conceito de comunicação, pode mostrar as razões, no decorrer da história, que favoreceram as suas diferentes definições e o motivo pelo qual continuam existindo. Conclui que “somente uma análise colocada sob o signo da cultura será, doravante, capaz de dar conta dessas implicações. Aqui, a cultura é entendida como essa memória coletiva que torna possível a comunicação entre os membros de coletividade historicamente situada” (Mattelart, 1992, p. 288).

Mattelart (1992), ao fazer uma retrospectiva histórica sobre os diversos significados da comunicação, amplia as possibilidades de seu uso como um modo de compreender a evolução humana através da sua expressão cultural.

As diversas áreas de conhecimento preocupam-se com o estudo da comunicação e procuram desenvolver programas que tragam transformações para sua prática. Na

enfermagem, uma profissão cujas relações humanas são freqüentes, várias(os) de suas(seus) profissionais desejam estudar o processo comunicacional, gerando teses, dissertações, artigos e encontros que validam o seu trabalho.

Daniel (1983) procura motivar e orientar as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem sobre o seu modo de agir durante o relacionamento interpessoal, desenvolvendo a relação de ajuda por intermédio da prática de exercícios propostos, e assim obter maior amadurecimento da personalidade e capacidade para ajudar aos outros. Dedicou um capítulo para situar a comunicação como um processo que mobiliza todas as ações humanas e organiza o funcionamento de todos os grupos sociais, conferindo o seu aprimoramento como uma habilidade que capacita o ser humano para lidar com gente, contribuindo para preservar e restaurar a saúde, respeitando a vida na promoção de medidas necessárias para mantê-la.

Stefanelli (1993) apresenta modos especiais de utilização da comunicação no processo ensino-aprendizagem e na prática de enfermagem. A autora declara que a comunicação “tem de ser considerada como capacidade ou ‘competência interpessoal’ a ser adquirida pela enfermeira, não importando sua área de atuação” (p.15).

Sua explanação sobre o processo comunicacional parte do modelo de Lasswell, acrescentando às formas, os níveis e os sentimentos presentes em um processo comunicacional. Usa como referencial teórico os conceitos de Hildegard Peplau, Harry Sullivan e J. Ruesch, autores que trabalham a interação interpessoal em psiquiatria. Dedicou os últimos capítulos para desenvolver técnicas e instrumentos para o ensino e a prática da comunicação terapêutica.

Silva (1996) situa a base do trabalho das(os) profissionais da saúde nas relações humanas com a(o) cliente ou com a equipe multidisciplinar. Traz, aliada ao estudo de Stefanelli (1993), a leitura da comunicação como uma tentativa para “diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes” (Silva, 1996, p. 14).

A autora aponta o estudo sobre comunicação verbal e não-verbal, paralinguagem⁹, cinésica¹⁰, proxêmica¹¹, tacésica¹², como formas de compreender os modos das pessoas expressarem seus sentimentos. Nos últimos capítulos apresenta um programa para o ensino da comunicação não-verbal e faz uma reflexão acerca da percepção e dos reflexos da comunicação nas relações de grupo e de trabalho. Sua tese de doutorado “Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros”, valida um programa sobre os diferentes aspectos da comunicação não-verbal aplicável para diferentes profissionais e instituições de saúde.

Nos artigos publicados em revistas nacionais, Stefanelli (1981, 1982) discorre acerca da importância da comunicação na interação enfermeira(o)-paciente, independente de sua área de atuação, cujo estudo já se inicia nas aulas de graduação e dos sentimentos aceitação, empatia e envolvimento emocional implicados no relacionamento pessoa-pessoa anotando-os como aspectos básicos, indispensáveis para uma comunicação terapêutica.

Silva (1991) observa a distância interpessoal mantida entre enfermeira e cliente em uma consulta de enfermagem buscando o significado de sinais não-verbais que identificam a interação mantida.

Jesus e Cunha (1998), Sinno (1987), Lopes et al (1998), Dobbro, Souza e Fonseca (1998) e Silva e Silva (1996) buscam junto as(os) profissionais de enfermagem o conhecimento que possuem a respeito de como interagem com as(os) clientes em diversas situações de enfermagem, tais como: a utilização de estratégias de comunicação pelas(os) alunas(os) durante as atividades práticas, durante a realização do cuidado e/ou uma consulta de enfermagem pelas(os) enfermeiras(os), ou ainda, quando podem amenizar o nível de estresse das(os) clientes, ampliando a probabilidade de entendimento, inclusive relatando sobre a importância da face na decodificação e percepção correta dos sentimentos expressados verbalmente pelas(os) clientes.

⁹ Paralinguagem: qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada (Silva, 1996, p. 53)

¹⁰ Cinésica: estudo dos “sinais do corpo com base em uma estruturação semelhante a usada para a compreensão da fala humana” (Silva, 1996, p. 59)

¹¹ Proxêmica: “conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico” (Silva, 1996, p. 77)

¹² Tacésica: estudo do “toque e de todas as características que o envolvem: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores, entre outras” (Silva, 1996, p. 89)

Koizumi, Myadahira e Takahashi (1986) ao analisarem o conteúdo das pesquisas em terapia intensiva encontram a sua maioria do tipo quantitativa, avaliando os procedimentos de enfermagem, parâmetros fisiológicos e aspectos clínicos. As mesmas autoras, em 1997, ao repetirem o estudo, observam que devido à insatisfação com o método quantitativo surge o método qualitativo com uma tendência para a área humana, pouco explorada na enfermagem em terapia intensiva.

Na pesquisa qualitativa, Bezerra et al (1998) buscam a interação com a(o) cliente e família através do estudo dos gestos e posturas usados pela(o) enfermeira(o) e, Domingues, Santim e Silva (1999) analisam a problemática vivenciada pelas(os) enfermeiras(os) durante a orientação sistematizada à família de clientes internadas(os) em UTI. Corrêa (1998), por intermédio de subsídios teóricos da bioética, busca ultrapassar a visão que reduz as(os) clientes aos padrões biológicos, incorporando a vida em sua complexidade.

Acredito que atualmente existe uma preocupação das(os) estudiosas(os) da enfermagem com o estudo dos aspectos expressivos do ser humano e sua família, quando experenciam uma internação hospitalar. Mazza (1998) analisa a competência interpessoal na interação com a criança hospitalizada, com ênfase na comunicação não-verbal. Carraro (1998) procura compreender, interpretar e desvelar a experiência vivida pelo acompanhante quando sua (seu) familiar encontra-se inconsciente. Wolf (1996) procura o significado da experiência de ser cuidadora por intermédio da percepção das enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem de uma UTI. Nestes estudos, as(os) autoras(es) buscam na fenomenologia o caminho para compreender o sentido próprio, a essência do vivido.

Dentro do novo paradigma, as teorias de enfermagem contemplam o processo comunicacional como uma forma de interação dinâmica interpessoal. Bérghamo (1999) cita que para King, Duldt e Giffin, Rogers e Roy a comunicação é um processo recíproco, de troca de matéria e energia; Lenninger considera um sistema aberto, parte de uma cultura em interação com as demais culturas; Roy aponta para a necessidade da(o) enfermeira(o) utilizar a sua habilidade de observação e entrevista no cuidado e Parse a inclui como elemento essencial para o ser humano construir sua realidade e seu *eu*, compartilhando com outros seres humanos seus sentimentos e pensamentos.

Tavelbee e Paterson & Zderad, enfermeiras na área de saúde mental, falam em relação pessoa-pessoa, relação dialógica, estando aí implícitos a comunicação terapêutica de Stefanelli (1993), também da área da saúde mental

As autoras em enfermagem situam no processo comunicacional a mobilização humana no sentido de organizar os grupos sociais buscando a compreensão dos modos como as pessoas percebem e expressam suas emoções e sentimentos nas experiências de vida. E, como um processo de interação torna-se mais evidente na área de saúde mental, porém, neste estudo, a Teoria de Paterson & Zderad (1979) será aplicada como uma possibilidade de ampliar o cuidado em uma UTI para uma abordagem existencial.

Para tanto, o próximo item será dedicado ao estudo desta teoria, estabelecendo algumas considerações sobre a concepção, os pressupostos, os métodos e tentará fazer aproximações com os sentimentos que Stefanelli (1993) reconhece como imbricados no processo comunicacional.

2.2 – APRESENTANDO A TEORIA HUMANÍSTICA

Paterson & Zderad (1979), insatisfeitas com a habilidade da ciência positivista de reduzir os fenômenos considerados relevantes para a enfermagem, desenvolveram a Teoria Humanística baseando-se em situações vivenciadas afirmando que a “teoria da PRÁTICA da Enfermagem Humanística propõe concretamente que as enfermeiras abordem a enfermagem consciente e deliberadamente como uma experiência existencial” (Paterson & Zderad, 1979, p. 10).

O termo Enfermagem Humanística foi escolhido para significar os fundamentos e significados humanos da enfermagem e para direcionar o desenvolvimento da enfermagem através da exploração de sua relação com seu contexto humano. Paterson & Zderad (1979) tinham como questões centrais a forma de interação entre enfermeiras(os) e clientes e como as(os) enfermeiras(os) desenvolveram a base do conhecimento para ação da enfermagem.

Praeger e Hogarth apud George (1993) afirmam que Paterson & Zderad foram influenciadas pelos trabalhos de existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenólogos,

sendo percebido na ênfase que elas dão ao significado da vida, a natureza do diálogo e a importância do campo perceptivo.

Inicialmente, não tinham intenção de desenvolver uma teoria, e sim um método ou processo para criativamente conceitualizar suas experiências de enfermagem. Deste modo, a Teoria Humanística de Paterson & Zderad, baseada na prática de enfermagem, valoriza as experiências vividas por enfermeiras(os) e clientes, bem como desenvolve uma nova teoria através da qual se pode validar a significância social vital da enfermagem. As autoras acreditavam estar indicando um caminho para o desenvolvimento da enfermagem e aproximar-se, deste modo, à Ciência da Enfermagem.

Após a conclusão do doutorado, Paterson & Zderad (1979) desenvolveram um curso de Enfermagem Humanística no Veterans Administration Hospital em 1972. No processo de ensino do curso, a teoria se desenvolveu. Em 1976, foi publicado o livro, resultado de seu ensino e observações clínicas na PRÁTICA.

Ao desenvolver as sementes de sua teoria em 1960, Paterson & Zderad (1979) poderiam ou não ter antecipado a leitura suportiva dos anos 80, que defendem a fenomenologia como a metodologia mais compatível com a enfermagem, denunciando a visão empírica positivista.

Dentro da fenomenologia, Paterson & Zderad (1979) defenderam o respeito às experiências de enfermagem, como fontes de conhecimento e sabedoria, possibilitando a esta profissão estratégias não mecanicistas e não positivistas para o desenvolvimento da teoria e pesquisa.

Para Meleis (1985), a Teoria Humanística de Paterson & Zderad segue o paradigma da Escola de Interação uma vez que seu interesse volta-se para a enfermagem como um processo de interação através do desenvolvimento da relação entre cliente e enfermeira(o), buscando a integridade humana com crescente desgosto pela mecanização e desumanização.

Segundo Souza (1987)¹³, esta teoria está sob o paradigma da Simultaneidade, que move a visão particular de ser humano para uma visão que o enquadra como sendo mais

¹³ SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de. *Apontamentos de sala de aula*. 1998. Mimeo.

que a soma das partes. A enfermagem tem seu foco voltado para a qualidade de vida, na perspectiva do ser humano, e a(o) enfermeira(o) é a presença verdadeira com a qual a(o) cliente traça seu caminho.

Acredito que esta teoria pertence também ao paradigma interativo-integrativo de Newman et al (1985), uma vez que considera a relação enfermeira(o)/cliente recíproca em uma abordagem psicológica.

Esta teoria trouxe um avanço para minhas reflexões, apontando em seu método uma forma de interagir humanisticamente com a(o) cliente partindo do auto-conhecimento, da auto-aceitação.

A aceitação de si mesma(o) promove um movimento da(o) enfermeira(o) em direção a(ao) cliente, pois permite percebê-la(o) como ser humano, com sentimentos e valores peculiares, determinantes de suas atitudes e comportamentos. Este sentido existencial percebido pela(o) enfermeira(o) promove um encontro enfermeira(o) e cliente no ato da enfermagem particular e com finalidades próprias. Cada uma(um) experencia uma expectativa ou tem um objetivo a ser concretizado.

De acordo com Paterson & Zderad (1979), o fato deste encontro estar planejado influencia no diálogo. Existem os sentimentos que o antecedem, que podem ser ansiedade, temor, medo, alegria, esperança, hostilidade, responsabilidade, além da expectativa de que a(o) enfermeira(o) prestará ajuda se a(o) cliente precisar. Ainda segundo as autoras, tanto a(o) cliente como a(o) enfermeira(o) possuem a capacidade ou não de estarem abertos ao diálogo, tendo certo controle sobre a qualidade do encontro e o momento no qual se abrirão ao diálogo.

O sentimento de aceitação é aqui importante uma vez que permite esta abertura em um momento de conflito, como uma internação em UTI, possibilitando um encontro genuíno de pessoas singulares que buscam juntas(os) resolver as adversidades desta situação vivenciada.

A resposta humana a uma pessoa que precisa de ajuda é um ato necessariamente intersubjetivo, na qual um tem que fazer pelo outro. Sendo “seres humanos, seu fazer significa ‘*estar com*’” (Paterson & Zderad, 1979, p. 53). Esta capacidade de estar com

as(os) outras(os) e as coisas como distintas(os) de si mesmas(os) e de se relacionar com elas(es) revela o sentimento empático que a(o) enfermeira(o) transmite a(ao) cliente.

A empatia, de acordo com Stefanelli (1982), ocorre de modo consciente, sendo uma operação intelectual associada ao esforço para compreender o outro e acontece quando a(o) enfermeira(o) reconhece que a experiência da(o) cliente se processa do modo como ela(ele) a descreve. Segundo Silva (1991) a empatia envolve dois “eus” separados distintamente, na qual a(o) enfermeira(o) vivencia os sentimentos da(o) cliente sem vivê-los e quando não introjeta o mundo da(o) cliente, ela(e) só avalia e analisa, não o compreende.

Estar com o outro empaticamente traduz uma relação interior, na qual os seres humanos são capazes para conhecerem a si mesmos. Segundo Paterson & Zderad (1979, p. 53) “os seres humanos podem relacionar-se como sujeito a objeto (por exemplo, como conhecedor à coisa conhecida) e como sujeito a sujeito, isto é, como pessoa a pessoa. Ambos os tipos de relação são essenciais para a existência humana genuína”.

A relação sujeito a objeto é necessária à sobrevivência pois o ser humano precisa conhecer e usar os objetos e a partir deles abstrair, conceitualizar e categorizar para sua vida cotidiana. A outra forma de relação, pessoa a pessoa, permite um conhecer o outro desde o interior de si mesmo, participando com sinceridade de uma união interior, mantendo suas identidades próprias e singulares, desenvolvendo, portanto, o potencial humano (Paterson & Zderad, 1979).

Na enfermagem existem várias possibilidades de encontro. Tanto a(o) enfermeira como a(o) cliente podem considerar-se a si mesma(o) e a(ao) outra(o) como objetos e como sujeitos, ou combinando-os de diferentes formas. Esta relação pode ser considerada uma mera função ou um caso clínico.

A relação sujeito-objeto ou “*eu-isso*” difere totalmente da relação sujeito-sujeito ou “*eu-tu*”. A relação “*eu-isso*” permite um conhecimento científico objetivo pois uma coisa, um objeto, pode estar aberta a uma averiguação minuciosa, mesmo sendo uma pessoa, facilitando o conhecimento de si ou pode encerrar-se em seus pensamentos, permanecendo calada ou ocultando deliberadamente algumas de suas características.

A relação sujeito-objeto favorece a obtenção de algum conhecimento sobre uma pessoa, mas a relação sujeito-sujeito, intersubjetiva, permite conhecer a pessoa em sua

individualidade singular. Paterson & Zderad (1979, p. 55) consideram estas duas formas de relação essenciais para o processo de enfermagem, sendo ambas integrantes da Teoria Humanística.

Estas relações ocorrem cotidianamente no mundo da enfermagem, podendo ser do trivial ao extremamente significativo, sendo os níveis de intersubjetividade variados, podendo ser consideradas como uma função ou reconhecidas como uma presença ou como um “*tu*” no diálogo genuíno.

Nesta relação estão presentes as emoções, o respeito aos Sentimentos e interesses de cada um, compreendendo aspectos afetivos e cognitivos, isto é, há uma necessidade da(o) enfermeira(o) reconhecer os seus sentimentos e emoções e os da(o) cliente, sem se afastar de seu papel terapêutico.

Para ocorrer o diálogo genuíno deve haver certa abertura, receptividade, disposição e acessibilidade. Estar aberta(o) em uma interação pode significar aceitar, ouvir atentamente, informar, clarificar revelando-se presença e reconhecendo a(o) outra(o) como presença também. A presença pode ser demonstrada diretamente na forma de olhar, no tom de voz, no toque, na percepção da(o) outra(o) como presença, bem mais que um objeto, um caso ou uma função.

A presença pode ter uma qualidade diferente de intimidade. Não é experimentada como menos intensa ou menos profunda, mas como algo influenciado por um sentido de responsabilidade ou respeito pelo que se aprecia como nutriente ou terapêuticamente apropriado em um determinado momento. Deste modo a presença da(o) enfermeira(o) ao lado da(o) cliente é ampliada pois não invalida a pessoa que é, com seus sentimentos, suas fraquezas, suas angústias, suas crenças, suas potencialidades e possibilidades de ser.

Este momento no qual a(o) cliente é percebido como uma pessoa, e pede ajuda, e a(o) enfermeira(o), percebida como pessoa, se dispõe a cuidar, constitui uma relação de troca, de chamado e resposta. O diálogo se desenrola em ambas as direções, enfermeira(o) e cliente chamam e respondem com um propósito determinado em uma relação transacional.

Além de seqüenciais, o chamado e a resposta são simultâneos, sendo um diálogo vivo no qual a(o) cliente pede ajuda e a(o) enfermeira(o), ao responder, faz um chamado para sua participação no diálogo.

A relação dialógica, segundo Paterson & Zderad (1979) é influenciada pelos valores, motivação, maturidade e firmeza, pelas necessidades das(os) clientes, ou seja, está intimamente relacionada com a prática. Estes valores dão significado aos chamados e respostas, revelado não só através das palavras, mas também através de signos, símbolos e sinais nos atos mais simples e básicos da(o) enfermeira(o) junto a(ao) cliente. Os atos compartilhados durante a relação dialógica (chamado e resposta), transmitem uma mensagem, um reflexo da condição existencial tanto da(o) enfermeira(o) quanto da(o) cliente. Neste momento são compartilhados conhecimentos, emoções, informações, sendo uma rica oportunidade para recriar a si próprio e a(ao) outra(o).

Neste sentido, acredito que a Teoria Humanística de Paterson & Zderad, baseada no diálogo vivido em uma situação de enfermagem, possa ampliar o processo comunicacional.

De acordo com Stefanelli (1993, p. 82) a comunicação terapêutica “é a habilidade do profissional em utilizar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, a conviver com as demais, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto-realização.”

Na enfermagem não basta conhecer os aspectos teóricos da comunicação, seu conceito, objetivo, formas. Há necessidade de ir além para dar um sentido humano à prática de enfermagem. As mensagens emitidas em um processo comunicacional abrangem símbolos culturais, manifestos através da linguagem falada ou escrita, dos sinais, dos gestos e meios não verbais, sendo os sentimentos a chave para compreender e ser compreendido.

Para a enfermagem, representa a possibilidade de ir além da execução de procedimentos técnicos que fragmentam e reduzem o ser humano a um receptáculo de suas ações. Esta possibilidade diz respeito à humanização dos atos profissionais, permitindo que os sentimentos, as emoções e a história de cada ser humano tragam uma compreensão da totalidade que este ser humano representa.

Esta teoria vem sendo utilizada por algumas mestrandas deste curso¹⁴, que confirmam seu cunho humanístico, pois preconiza “o compromisso autêntico da enfermeira, como uma espécie de estar-com que se dirija ao desenvolvimento do potencial humano da intersubjetividade e da relação responsável” (Paterson & Zderad, 1979, p. 41).

Seus pressupostos básicos, descritos a seguir, mostram que as autoras acreditam na síntese entre tanto o conhecimento intuitivo quanto o conhecimento científico para explorar e compreender o fenômeno da interação humana em uma situação de enfermagem.

2.2.1 - PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA TEORIA HUMANÍSTICA

A teoria de Paterson & Zderad (1979) é baseada em algumas pressuposições implícitas, altamente abstratas, baseadas na interação enfermeira(o)/cliente. Segundo Meleis (1985, p. 349), o nível de abstração não torna as proposições prontas para teste.

Praeger e Hogarth apud George (1993), inferem que a orientação humanista busca uma visão mais ampla do potencial dos seres humanos, sendo que não tem o objetivo de suplantar outras visões, mas sim suplementá-las. Não existe uma forma simples de definir a essência da enfermagem Humanística, uma vez que ela se preocupa com as experiências fenomenológicas das pessoas, com a análise das experiências humanas e suas raízes encontram-se no pensamento existencial.

Meleis (1985, p. 350) aponta como pressuposições básicas implícitas:

- ψ “enfermagem envolve dois seres humanos que estão querendo entrar em um relacionamento existencial um com o outro”,
- ψ “enfermeiras e clientes enquanto pessoas são singulares (únicos) e seres biopsicossociais totais com o potencial de *becoming* através da escolha e da intersubjetividade”,

¹⁴ BARBOSA, Sayonara de Fátima F. *Indo Além do assistir-cuidando e compreendendo a experiência de conviver com a(o) cliente internado em Unidade de Terapia Intensiva*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. 1995. OLIVEIRA, Maria Emília de. *Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. 1998. SANTOS, Odaléia Brüggemann dos. *A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta Humanística no cuidado a mulher durante o processo de nascimento*. Dissertação. (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. 1998.

- ψ “enfermeiras e clientes são mais que a soma total do passado, presente e futuro, e são influenciados pelo passado, presente e futuro”;
- ψ “cada encontro com outro ser humano é único e profundo, com um grande grau de intimidade que profunda e humanisticamente influencia os membros no encontro”;
- ψ “seres humanos são livres e esperam estar envolvidos com seu próprio cuidado e em decisões que os envolvam”;
- ψ “todas as ações de enfermagem influenciam a qualidade do viver e do morrer da pessoa”;
- ψ “enfermeiras e clientes coexistem, eles são independentes e interdependentes”;
- ψ “a enfermeira tem que aceitar e acreditar no caos da existência como vivida e experimentada pelo ser humano, apesar da sombra que lança, interpretada como equilíbrio, controle, ordem e prazer”;
- ψ “os seres humanos têm uma força inata que os move a conhecer seus próprios pontos de vista angular e dos outros”.

As pressuposições básicas de Paterson & Zderad (1979) mostram o ser humano com desejo de um relacionamento existencial com o outro, trazendo consigo sua singularidade, seu potencial para a escolha, não tendo como se separar de seu passado, presente e futuro.

Este encontro, na situação de enfermagem, requer um certo grau de intimidade, tornando-o profundo e significativo, recebendo influência dos modos como cada um vive e experencia o seu viver.

Estes seres humanos, enfermeira(o) e cliente, estão imersos em dois mundos, o subjetivo e o objetivo de pessoas e coisas que não desaparecem no momento do encontro. Estes mundos podem ser o físico, neste caso, a UTI, e o subjetivo, repleto de interações de socialização nas quais as pessoas mostram-se, revelam seu mundo interior, estabelecendo laços em busca de “*estar-melhor*” e de “*bem-estar*”.

A saúde é vista como uma questão de sobrevivência pessoal, experienciada no processo de viver, de encontrar significado na vida sendo a enfermagem um fenômeno que

ao ser investigado, traz uma resposta de alento à uma pessoa que necessita desenvolver seu potencial humano.

Esta resposta é desvelada na relação dialógica, quando os chamados e respostas são transacionais, seqüenciais e simultâneos. Nesta relação dialógica, o ser humano se mostra através dos signos, dos símbolos ou do silêncio, expressando-se no mundo. O processo comunicacional, em sua abordagem terapêutica, pode ser um facilitador desta interação, ampliando a intimidade entre as pessoas que interagem em um determinado momento de sua existência.

Com a intenção de promover uma compreensão do método que proponho, resolvi acrescentar ao marco referencial que Paterson & Zderad (1979) idealizaram para a implementação de sua teoria.

O modelo apresenta enfermeira(o) e cliente em uma transação intersubjetiva, dirigindo-se para o *bem-estar* e o *estar-melhor* dentro da situação de saúde-doença em um mundo de pessoas e coisas no tempo e espaço. As autoras dizem que enfermagem é um diálogo vivido entre enfermeira(o) e cliente. A(O) enfermeira(o) e a(o) cliente encontram-se no diálogo, sendo este encontro considerado único.

A enfermagem fenomenológica, proposta por Paterson & Zderad (1979), compreende um método para a compreensão e descrição das situações de enfermagem. As autoras entendem que para haver um diálogo vivido, há necessidade da(o) enfermeira(o) possuir conhecimentos sobre Filosofia e Ciências Humanas e procurar o auto-conhecimento através de cursos, leituras e das artes.

No momento da interação com a(o) cliente, a(o) enfermeira(o) precisa deixar de lado suas percepções, suas crenças e se envolver com a(o) cliente, procurando conhecê-la(o) intuitivamente. A seguir, a(o) enfermeira(o) faz uma análise científica, transcrevendo e interpretando os fatos, associando outros conhecimentos referentes a outras situações similares, chegando a uma visão ampliada da situação. O momento seguinte refere-se ao relato da experiência como uma verdade além da síntese do todo, expandindo conhecimento e um significado para todos.

Este processo envolve cinco fases, descritas a seguir:

1. Preparação da capacidade da(o) enfermeira(o) para o vir a conhecer

É o momento que compreende a preparação da(o) pesquisadora(o) implicando na necessidade deste ser uma pessoa aberta as experiências, de modo a ampliar sua possibilidade de conhecimento da situação dos indivíduos na situação de enfermagem. Estas qualidades podem ser criadas especialmente pelo estudo na área de humanidades.

Para Meleis (1985, p. 354), isto também pode ser alcançado através da imersão total em trabalhos literários selecionados (que inclui reflexão, contemplação e discussão) e que estejam relacionados com o conhecimento e compreensão do ser. Tanto o desenvolvimento do autoconhecimento como o da autopercepção são importantes. Esta fase do processo é de certa forma pré-requisito para a sua implementação, embora também ocorra durante toda interação dialógica.

No entendimento de Paterson & Zderad (1979), é preciso que a(o) enfermeira(o) tenha a capacidade de subjetivamente vivenciar o outro, e, para tanto, precisa possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outras formas, incluindo terapias de crescimento pessoal.

Para Lauffrey & Browse (1983), esta preparação ocasiona o confronto do medo, da fraqueza, da ambivalência, do próprio ponto de vista e o estar aberto para o ponto de vista de outros.

2. A(O) enfermeira(o) conhece o outro de modo intuitivo

Compreende a coleção de informações primárias, significando que as observações são feitas vistas pelo lado de dentro da situação sob estudo. Para isto a(o) pesquisadora(or) precisa ser uma(um) enfermeira(o) que esteja na prática, ao invés de uma(um) observadora(or) de enfermagem externo. Estas informações incluirão as de primeira mão, inclusive de “*insights*” intuitivos e percepção empática.

Segundo Meleis (1985, p. 354), este momento significa ver o mundo através dos olhos da(o) cliente. Segundo Praeger & Hogarth apud George(1993), para que este momento exista é necessário “entrar no outro”, que supõe estar aberto ao sentido da experiência da(o) outra(o), com a finalidade de captar as sutis nuances envolvidas na

interação humana; sugerem também que se vá à situação de enfermagem sem quaisquer noções preconceituosas, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos.

3. A(O) enfermeira(o) conhece o outro de modo científico

Significa o momento da análise científica, no qual a(o) pesquisadora(or) conceitualiza e expressa sua compreensão em uma transformação reflexiva para os dados coletados da experiência clínica. Implica na separação do que é conhecido, sendo os fenômenos intuitivamente conhecidos, analisados, comparados, interpretados, recebendo um nome e categoria, buscando relações entre as partes.

Para Lauffrey & Brouse (1983), diz respeito a conceitualização de relacionamentos considerados entre componentes, tendências e padrões, levando a uma interpretação simbólica da visão seqüencial da experiência.

Segundo Meleis (1985, p. 354), as experiências subjetivas são recontadas, passando por uma reflexão para que possam posteriormente ser transcritas e a visão fundida; os relacionamentos são considerados, sendo analisados, sintetizados e depois conceitualizados. Entretanto, esta conceitualização é um árduo momento, já que segundo Paterson & Zderad (1979, p. 79), “o desafio de comunicar a realidade do mundo vivido da enfermagem requer autenticidade com o ‘self’ e um esforço rigoroso na seleção de palavras, frases e gramática precisa.”

4 . A(O) enfermeira(o) de modo complementar, sintetiza outros conhecimentos

Quer dizer o momento da síntese científica, no qual a(o) pesquisadora(or) localiza outras situações relacionadas ou similares (por experiências passadas ou em literatura) de modo a compará-las e contrastar os dados encontrados com outras realidades conhecidas. Esta é uma atividade interpretativa, realizada para selecionar e classificar os dados sistematicamente.

Para Praeger & Hogarth (1993), é o momento no qual ocorre o estabelecimento de relações, comparações, para chegar-se a uma síntese das várias realidades conhecidas, permitindo um contraste entre elas, evidenciando convergências e divergências, levando em consideração a experiência pessoal e a experiência de cada cliente. No entendimento de

Meleis (1985, p. 355), esta fase é obtida pela comparação e contraste de situações de enfermagem semelhantes, para se chegar a uma visão ampliada.

5. A sucessão, no íntimo da(o) enfermeira(o), dos vários ao único paradoxal

É o momento de abstração, em que a experiência é finalmente conceitualizada para considerar sua relação com outros conhecimentos e suas variações. Desta forma, o conhecimento de enfermagem é expandido e a(o) pesquisadora(or), como clínico, é transformado em perspectiva.

Segundo Meleis (1985), este momento desdobra-se das múltiplas realidades para uma conclusão que inclui o todo, que incorpora as multiplicidades e contradições. Para Praeger e Hogarth apud George (1993), esta fase evolui do processo descritivo de um fenômeno vivido; trata-se da visão articulada da experiência, que passa a ser expressa em um todo coerente, uma verdade, além da síntese do todo. É uma conclusão mais ampla, que reflete a experiência da(o) cliente e a compreensão da(o) enfermeira(o), tendo esta conclusão um significado para todas(os).

Para encontrar as respostas que procuro, após apontar alguns aspectos da Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979), inicio a descrição do caminho escolhido procurando orientar a(o) leitora(or) sobre o local, as(os) participantes e as vivências desenvolvidas.

2.3 – O CAMINHO PARA O DIÁLOGO

Entendo que para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem existe a necessidade de criar elos entre a teorização e a prática. Por esta razão, o estudo que realizo procura operacionalizar conceitos teóricos, introduzindo-os à prática. Este estudo se orientou nos pressupostos da *pesquisa de campo convergente-assistencial* proposta por Trentini & Paim (1999) a qual mantém uma estreita relação, durante todo o seu processo com o momento social e cuja intenção é encontrar soluções para problemas, realizar mudanças introduzindo inovações e melhorias no momento social.

O processo comunicacional em uma UTI, transformado em um fenômeno estudado através da prática, revela uma situação específica manifestada pelas pessoas presentes naquele ambiente trazendo possibilidades para a utilização de conhecimentos desenvolvidos previamente pela ciência. Deste modo, a pesquisa convergente-assistencial focaliza o pensar e o fazer que convergem para a prática mas, por ser uma pesquisa, amplia o fazer pois pode “reconstruir conhecimentos para orientar a prática” (Trentini & Paim, 1999, p. 33).

O tema desta pesquisa surgiu da minha prática profissional quando percebi os modos mecânicos que geravam o cuidado não mais satisfaziam minhas expectativas profissionais. Pude provocar mudanças nesta realidade através do desenvolvimento do modelo teórico de Paterson & Zderad (1979) a Teoria Humanística, em uma UTI de um hospital escola, administrado através de recursos federais, com 245 leitos, e unidades de atendimento externo (emergência e ambulatório) e de atendimento interno, tais como: pediatria, tocoginecologia, traumato-ortopedia, clínica médica e clínica cirúrgica.

Para melhor compreensão inicio com um relato sobre o ambiente, sobre as(os) atoras(es) envolvidas(os) no processo seguidos pela descrição do método culminando com a análise dos dados encontrados.

2.3.1 - O AMBIENTE DA UTI

A fundação desta UTI foi na década de 80, com sete leitos, sendo dois em quartos de isolamento e cinco distribuídos em um salão com divisórias, colocados em frente ao posto de enfermagem. Com a diminuição do número das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, um leito de isolamento foi desativado.

Em 1997, a estrutura física e elétrica foi reformada, desfazendo um quarto de isolamento, com a finalidade de ampliar um leito na unidade, porém, o mesmo ainda se encontra desativado. A área física comporta: sala de lanche, de reuniões, da chefia de enfermagem, do computador, quarto e banheiro para o plantão médico e banheiros masculino e feminino para a equipe de enfermagem. Fora da UTI, existe uma sala para

atendimento de familiares. As janelas estão localizadas uma em cada box e são pequenas, na sala de lanche e do quarto das(os) intensivistas, as janelas são maiores, a ventilação é feita por ar condicionado central e a iluminação é artificial.

Está equipada com monitores cardíacos, respiradores e desfibrilador. Cada leito possui uma régua na cabeceira, contendo saídas de oxigênio, ar comprimido, vácuo, além de estar provida de sondas, catéteres, drenos e vários outros elementos necessários à recuperação e/ou manutenção da vida.

Localiza-se no quarto andar do hospital, ao lado do Centro Cirúrgico, com um elevador de ligação com o Centro de Esterilização (terceiro andar), com o Centro Obstétrico (segundo andar) e com a Emergência (no andar térreo).

Atualmente, conta com seis enfermeiras e dois enfermeiros, onze técnicas e cinco técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem, três auxiliares de saúde e uma escriturária. Realizam seu trabalho em turnos de seis horas no período matutino e vespertino, e de doze horas noturnas (com descanso de sessenta horas), sendo que nos finais de semana o plantão é de doze horas para o período diurno.

É evidente a vontade das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem em oferecer um serviço humanizado, pois algumas práticas humanistas já estão presentes, tais como:

- ψ horário de visita é de uma hora no período da manhã e de trinta minutos nos períodos vespertino e noturno;
- ψ a presença de um familiar durante mais tempo é estimulada quando este se mostra disponível;
- ψ sempre que possível, uma(um) trabalhadora(or) de enfermagem permanece junto ao familiar, durante a visita, fornecendo explicações sobre os aparelhos que rodeiam a(o) cliente;
- ψ após o horário de visita da manhã é fornecido, pela(o) intensivista, um boletim sobre a evolução clínica de cada cliente para os familiares.

Por ser um hospital escola, a UTI recebe alunas(os) dos cursos de enfermagem, medicina, fisioterapia, tendo a preocupação de direcionar as atividades de ensino para uma melhor assistência a(ao) cliente internada(o) e sua família.

O cuidado prestado segue o modelo assistencial de Wanda de Aguiar Horta: Teoria das Necessidades Humanas Básicas, e a sistemática de registro está fundamentada no sistema Weed, prontuário orientado por problemas.

Neste cenário, trabalhadoras(es) de enfermagem e cliente experenciam um encontro, cujo diálogo vivido estabelece a relação, os chamamentos e respostas, humanizando atos agressivos e invasivos na busca pela Saúde daquele que está sob seus cuidados.

Segundo Oliveira (1998, p. 63), “este envolvimento não é para induzir, conduzir ou encaminhar questões, mas sim um envolvimento a fim de compreender, poder sentir” em conjunto com as(os) clientes o significado de estar internada(o) em uma UTI. Para tal, existe a necessidade de estarem disponíveis, de uma maneira ou de outra, para o encontro, mostrando presença, chamando e respondendo.

2.3.2 – A BUSCA DO DIÁLOGO NA IMPLEMENTAÇÃO DA TEORIA HUMANÍSTICA

Nesta caminhada estiveram as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem na sua relação de estar-com as(os) clientes internadas(os) na UTI de um hospital escola durante a busca de informações, ocorrida no mês de junho de 1999 e janeiro do ano 2000.

Convidei para participar do estudo todos os quatro trabalhadoras(es) de enfermagem que há quatro anos fazem parte, comigo, do plantão noturno. Foram convidados verbal e pessoalmente sendo orientadas(os) quanto aos objetivos do estudo e, após aceitarem participar, assinaram o “Consentimento livre e esclarecido” (Anexo 1).

A vivência proposta pode trazer a consciência conceitos de cidadania, humanidade, solidariedade, sentimentos, dentre outros. A consciência aqui é entendida sob o ângulo da psicologia e deontologia. Segundo Gelain (1998, p. 27), para a psicologia, a consciência “indica a percepção que a pessoa tem de si, do meio ambiente e dos outros” e, para a

deontologia, significa o “juízo interno que cada pessoa faz de seus atos e dos atos dos outros” baseados nos valores e nas potencialidades de cada ser humano. Além disto, buscar o ser humano no exercício de sua atividade possibilita trazer à tona conflitos que podem ser resolvidos sob a Ética, que aponta para a integridade e capacidade intelectual da(o) trabalhadora(or) de enfermagem em usar a criatividade a favor do ser humano.

Deste modo, o consentimento livre e esclarecido é um acordo inicial que oficializa a colaboração entre a pesquisadora e participantes ativas(os) no processo de pesquisa, sendo essencial para que as informações e os pressupostos norteadores da pesquisa sejam esclarecidos; para preservação do anonimato das(os) colaboradoras(es), implicando na não revelação de informações que facilitem a identificação e garantam a confidencialidade.

Para tanto, foram nominadas(os) com nomes de deuses da mitologia grega escolhidos por mim e confirmados após a anuência das(os) mesmas(os). A relação de confiança estabelecida, assegura o direito da não resposta, a não revelação ou a revelação velada, e o respeito aos limites apropriados da revelação preservando a intimidade (Gimenes, 1997).

Ainda assim, considero oportuno descrever algumas características das(os) que estiveram comigo nesta trajetória e destacar que todos cumprem dupla jornada de trabalho:

Iris tem 39 anos, é auxiliar de enfermagem, formada em 1981. Trabalha há 20 anos na enfermagem e há 6 anos nesta UTI.

Hermes tem 33 anos, é técnico de enfermagem, formado em 1991. Trabalha há 10 anos na enfermagem e há 5 anos nesta UTI.

Diana tem 31 anos, é técnica de enfermagem, formada em 1986. Há 12 anos trabalha na enfermagem e há 5 anos trabalha nesta UTI.

Netuno tem 42 anos, é técnico de enfermagem, formado em 1989. Há 10 anos trabalha na enfermagem e há 4 anos nesta UTI.

Minerva tem 39 anos, é enfermeira, formada em 1981. Há 17 anos trabalha na enfermagem e os últimos 10 anos na UTI. É a organizadora do estudo.

2.3.3 - A UTILIZAÇÃO DA TEORIA

Desde o início este estudo volta-se para aspectos não quantificáveis de uma dada realidade pois busca o universo de significados, crenças, valores, atos e atitudes de pessoas interagindo em seu ambiente de trabalho, de lazer, de família. Segundo Minayo (1994, p. 22) “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Ao buscar compreender e explicar as relações sociais, a(o) pesquisadora(or) dá ênfase ao subjetivo, ao seu envolvimento emocional com o seu campo de trabalho (Minayo, 1999). Sendo assim, em uma pesquisa qualitativa “o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo” (Minayo, 1999, p. 51).

Nesta perspectiva, ao investigar o meu campo de interesse, a interação entre trabalhadoras(es) de enfermagem e clientes sob seus cuidados, pude estabelecer um diálogo vivo com a realidade, articulando os conceitos da área de conhecimento com os fatos, falas e posturas da cotidianidade de uma UTI. Ao escolher o meu local de trabalho para a realização do estudo, tornei-me, ao mesmo tempo, pesquisadora e atora, ficando muitas vezes difícil separar a linha existente entre estes dois papéis. No entanto, esta proximidade permitiu a vivência e compreensão dos sentimentos enquanto pesquisadora e enfermeira da equipe que participava do estudo ampliando as minhas possibilidades em “ser-mais”.

Por se tratar de uma pesquisa de campo, as técnicas de *Observação Participante e Vivências* foram relevantes para o entendimento da área de atividade humana em estudo. A *Observação Participante* permitiu uma interação com as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, despertando nas(nos) envolvidas (os) o interesse para o tema em estudo.

Segundo Minayo (1994) a observação participante possibilita a (ao) pesquisadora(dor) uma relação face a face com as pessoas observadas. Neste sentido, uma variedade de fenômenos pode ser captada, pois a própria realidade transmite o que há de mais importante, imponderável e evasivo na vida real, que não é obtido por meio de uma entrevista. O fato de já trabalhar com o grupo facilitou a minha inserção no campo de

pesquisa e pude provocar mudanças à medida em que despertava curiosidade e esclarecia as dúvidas e os meus objetivos para aquele momento.

A escolha de um banho de leito para realizar a observação participante foi proposital, pois nesta situação não estão presentes apenas o contato físico com o corpo da(o) cliente.

Embora seja um procedimento rotineiro dentro das atividades de enfermagem, banhar o corpo significa desnudar, além de física, emocionalmente uma(um) cliente. Segundo Polak (1997), o corpo constitui uma dimensão construtiva e expressiva do ser humano. Ele indica sua posição social, o estar no mundo, deixando de ser um receptáculo para uma ser uma fusão de horizontes encadeados pelas experiências vivenciadas, sendo corporiedade.

Neste sentido, a(o) trabalhadora(or) de enfermagem há que ser além de uma(um) mera(o) executora(or) de procedimentos. Para compreender esta corporiedade, ela(ele) precisa dos sentimentos de aceitação, empatia, além de uma percepção aguçada para expressar respeito e compreensão pelo momento vivido pela(o) cliente.

As vivências, elaboradas para desenvolver este estudo junto as (os) trabalhadoras (es) de enfermagem, tomaram a forma de *oficinas*, as quais chamei de ***Oficinas Existenciais***. Elas procuraram ampliar a aplicação da Teoria Humanística para o grupo e os temas que orientaram estes encontros foram relacionados a uma abordagem do processo comunicacional enquanto forma terapêutica para realizar o cuidado de enfermagem.

Segundo Ferreira (1986), oficina é um lugar onde se exerce um ofício, um lugar onde se verificam grandes transformações. Aprofundando esta definição, a oficina aqui realizada aproxima-se da abordagem “Sócio-Poética” de Gauthier e Santos, pois “promove um processo de criação/desestabilização, no grupo e nas pessoas, permitindo-lhes liberar coisas geralmente escondidas, esquecidas, recalcadas. O conhecimento, assim produzido, não representa apenas a “vontade de saber”, pois atinge outras dimensões da pessoa, a qual se revela nos corpos físico, intelectual e espiritual” (Santos e Gauthier, 1999, p. 77).

Entendo que, para este estudo, o grupo formado pelas minhas(meus) companheiras(os) de trabalho possa ser compreendido como um grupo pesquisador, cujo

envolvimento durante a realização das oficinas revelou pessoas se auto-conhecendo e produzindo conhecimento, mesmo não sendo um estudo com abordagem sócio-poética.

De acordo com Santos e Gauthier (1999) o grupo pesquisador possibilita uma transformação das pessoas que passam a produzir conhecimento, tornando-se co-pesquisadores, participando das negociações, contradições e conflitos, perguntando e respondendo. Neste sentido, a técnica de oficinas proporcionou ao grupo a oportunidade de expressar suas sensações, seu cogito, sua percepção sobre o tema trabalhado aprofundando aspectos subjetivos, “aspectos mais íntimos e que fazem parte de cada um de nos, permanecendo muitas vezes escondidos por detrás do que habitualmente aparentamos, de nossa máscara social” (Figueiredo, 1999, p. 6).

Embora as autoras da Teoria de Enfermagem Humanística descrevam cinco etapas para o seu desenvolvimento, optei por utilizar o desmembramento das mesmas, em três etapas, conforme proposto por Oliveira (1998), que são: *Diálogo Intuitivo*, *Diálogo Científico* e *Fusão Intuitivo-científica*.

Por *Diálogo Intuitivo* entende-se reflexão e discussão relacionadas com o conhecimento e compreensão do ser, agrupando as fases *de preparação da(o) enfermeira(o) para ouvir a(o) outro(a) e a(o) enfermeira(o) conhece a(o) outra(o) de modo intuitivo*. Tanto o desenvolvimento do autoconhecimento como da autopercepção são importantes pois tornam a pessoa sensível uma a outra. Este encontro implica no confronto do medo, da fraqueza, da ambivalência, do próprio ponto de vista permitindo estar aberto ao ponto de vista da(o) outra(o).

Este é um momento rico no sentido de que a coleção de informações primárias, ou seja, aquelas observações vistas pelo lado de dentro da situação sob estudo, incluem “*insights*” intuitivos e percepção empática. Isto significa entrar na(o) outra(o), com a finalidade de captar as sutis nuances envolvidas na interação humana, caminhando para uma situação de enfermagem sem quaisquer noções preconceituosas, evitando expectativas, rótulos e julgamentos.

Neste estudo, o *Diálogo Intuitivo* refere-se a construção da percepção das pessoas envolvidas através de perguntas orientadoras que as estimulem a pensar sobre si e de que forma se comunicam com as(os) clientes sob seus cuidados.

O *Diálogo Científico* é o momento da análise científica, na qual a(o) pesquisadora(or) conceitualiza e expressa sua compreensão em uma transformação reflexiva para os dados coletados na experiência clínica, aqui está presente a etapa *a(o) enfermeira(o) conhece o outro de modo científico*.

Implica na separação do que é conhecido, sendo os fenômenos intuitivamente analisados, comparados, interpretados, recebendo um nome e categoria buscando relações entre as partes.

Relaciona-se com a conceitualização de relacionamentos considerados com componentes, tendências e padrões, levando à uma interpretação simbólica da visão seqüencial da experiência. As experiências são recontadas, passando por uma reflexão para serem transcritas posteriormente e a visão fundida. Os relacionamentos são considerados, analisados, sintetizados e depois conceitualizados.

O *Diálogo Científico* compreende os temas que referendam as perguntas orientadoras, feitas durante as Oficinas Existenciais, buscando uma aproximação com as percepções relatadas pelo grupo.

A *Fusão Intuitivo-científica* é o momento da síntese científica, no qual a pesquisadora busca outras situações relacionadas ou similares (por experiências passadas ou em literatura) de modo a compará-la e contrastar os dados encontrados com outras realidades conhecidas¹⁵. Constitui uma atividade interpretativa, realizada para selecionar e classificar os dados sistematicamente.

Estabelece relações, comparações, para chegar a uma síntese das várias realidades conhecidas, permitindo um contraste entre elas, evidenciando convergências e divergências, levando em consideração a experiência pessoal. Por intermédio destas comparações pode-se contrastar as situações de enfermagem semelhantes e se chegar a uma visão ampliada.

É o momento da abstração, chegando a uma conclusão mais ampla que reflete a experiência da(o) cliente e a compreensão da(o) enfermeira(o), tendo esta um significado para todos. Esta fase aconteceu no final do encontro, quando as pessoas escreviam sua avaliação. Desdobrou-se das múltiplas realidades para uma conclusão que inclui o todo, que

¹⁵ Corresponde as fases *a(o) enfermeira(o) de modo complementar, sintetiza outros conhecimentos e da sucessão, no intimo da(o) enfermeira(o), dos vários ao único paradoxal* da teoria de Paterson & Zderad (1979).

incorpora as multiplicidades e contradições, evoluindo a partir de um processo descritivo de um fenômeno vivido.

A *busca pelas informações* aconteceu em dois momentos sendo o primeiro dedicado ao conhecimento da interação entre os envolvidos durante a realização dos cuidados, durante a observação participante, a qual chamei de *Abordagem Ingênua*¹⁶ e, o segundo momento dedicado às oficinas, as quais chamei de *Oficinas Existenciais*.

Antes de realizar as Oficinas Existenciais senti necessidade de compreender a interação entre as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem e a(o) cliente sob seus cuidados, observando o fenômeno da comunicação tal como ele se apresenta. Pelo fato de estar em UTI há alguns anos pude vivenciar várias experiências de interação, nas quais as cenas se repetiam embora as(os) atrizes(ores) mudassem.

Embora tenha descrito a atividade imediatamente após a sua execução, o diálogo é elaborado de acordo com as minhas palavras, perdendo um pouco a espontaneidade da fala original, sem contudo perder a fidedignidade dos fatos. O uso de um gravador não é possível devido a não aceitação do mesmo pela envolvida na atividade.

A *Abordagem Ingênua* serviu como subsídio para conhecer como se desenvolve o processo comunicacional na UTI de um hospital escola, entre as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem e a(o) cliente internada, durante o processo de cuidar. A observação, depois de realizada, foi anotada em um caderno sendo incorporado ao estudo na forma de Anexos (Anexo 2 e Anexo 3).

As *Oficinas Existenciais*, também incorporadas ao estudo na forma de Anexos (Anexo 4), foram marcadas durante o horário de trabalho das pessoas envolvidas, uma vez que todas possuem dupla jornada de trabalho, e organizadas pensando no tema que poderia despertar o desejo da mudança, de modo a construir um conhecimento acerca da interação dialógica, pautada na percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o processo comunicacional.

Os encontros ocorreram na sala de reuniões da UTI de um hospital escola, durante o horário de trabalho das(os) participantes, com duração de até 1:30 hora. A dinâmica

¹⁶ Ingênua neste estudo se refere a interação da(o) trabalhadora(or) de enfermagem com a(o) cliente em sua forma pura, ou seja, sem o respaldo do referencial teórico da Teoria Humanística.

utilizada para estas reuniões compreendeu três passos básicos: *Acolhimento*, *Introduzindo o tema* e *Finalizando o Encontro*.

O *Diálogo Intuitivo*, associado ao *Acolhimento*, compreendeu a apresentação do tema, a solicitação para escreverem suas expectativas com relação ao encontro e, após a leitura destas, a reflexão sobre as questões orientadoras destes encontros. O *Diálogo Científico*, permeou a etapa *Introduzindo o Tema* e compreendeu a exposição teórica do tema através da explanação oral enriquecida com transparências, depoimentos e relato das experiências vividas por cada uma(um). A *Fusão Intuitivo-científica* aconteceu através da avaliação por escrito feita por cada participante sobre o encontro, estabelecendo a etapa de *Finalizando o Encontro*.

No mês de junho de 1999 foram realizadas quatro *Oficinas Existenciais*, sendo que no mês de janeiro de 2000 o grupo se reuniu mais uma vez para refletir sobre o processo vivenciado.

O primeiro encontro, a *Oficina Existencial 1, Quem sou eu?* (Anexo 5), aconteceu no dia 18 de junho de 1999, das 19:40 h às 21:50 h. O tema desta oficina procurou despertar a(o) trabalhadora(or) de enfermagem para si, buscando uma auto avaliação sobre quem era no trabalho e em casa, através das perguntas *Quem sou eu em casa? Quem sou eu no trabalho?* Organizei para complementar a percepção de cada uma(um), uma reflexão sobre *Comunicação Terapêutica*, pontuando aspectos de aceitação, empatia e envolvimento emocional, estabelecendo uma ponte entre o que pensamos e o que fazemos quando junto a(ao) cliente sob nossos cuidados.

Antes do início de cada oficina, sentia-me ansiosa, pois embora todos aceitassem participar do estudo espontaneamente, as mudanças acontecem quando a pessoa sente o desejo de romper com o antigo aceitando o desafio do novo. Entretanto, todas(os) chegavam sorridentes e demonstravam interesse em participar, afastando um pouco a minha ansiedade.

A *Oficina Existencial 2, Como eu me comunico de forma não verbal?* (Anexo 6), aconteceu no dia 21 de junho de 1999, com início às 20:00 h e término às 21:25 h. Para dar continuidade ao primeiro encontro, escolhi como temática uma reflexão sobre o processo comunicacional, enfocando a *comunicação não verbal*, perguntando: *Como eu me*

comunico no meu trabalho? Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho para me comunicar? Quais as dificuldades que eu encontro no meu trabalho para me comunicar? Neste encontro ainda me sentia insegura sobre o fato de eu estar sugerindo um tema que me afligia, e cujo estudo me proporcionou uma leitura dos modos como as pessoas falam através do corpo, das formas como dizem sim e/ou não, expressando a sua visão das coisas em determinado tempo e espaço.

O processo comunicacional se desenrola de uma forma aleatória e comum, ou seja, não pensamos muito no momento que estamos falando, gesticulando ou usando trejeitos com a face. Neste tipo de diálogo, as mensagens são enviadas, e apenas atentamos para o seu efeito quando o resultado sai diferente daquele que esperávamos e muitas vezes surgiam prejuízos e não sabíamos ao certo o que as vezes acontecia. A comunicação não verbal, quando valorizada e estudada, permite um autoconhecimento nas situações de encontro, favorecendo uma interação dialógica, pois, através do conhecimento de nossas reações frente as diversas situações da vida, podemos intuir qual sobre a sensibilidade, a percepção e os sentimentos expressos pela(o) cliente quando usa a linguagem do corpo.

A *Oficina Existencial 3, Como eu me comunico de forma verbal?* (Anexo 7), aconteceu no dia 24 de junho de 1999, tendo seu início às 19:50 h e término às 20:50 h. O tema desta oficina foi *Como eu me comunico?* e procurou evidenciar as facilidades e as dificuldades que as(os) participantes sentiam ao utilizar a *comunicação verbal*.

O tema foi introduzido através das perguntas orientadoras: *Como eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? Quais as facilidades que eu encontro quando uso a comunicação verbal no meu trabalho? Quais as dificuldades que eu encontro quando uso a comunicação verbal no meu trabalho?* que foram respondidas com a elaboração de um cartaz usando gravuras e/ou a escrita, baseado na percepção de cada uma(um).

Naquele encontro, abordei os aspectos da comunicação verbal presentes em uma interação dialógica, chamando a atenção para a importância dos modos como transmitimos, como expressamos nossa atenção, clarificamos e validamos as mensagens, ou ainda, o quanto podemos ser ambíguos quando partilhamos as informações com a(o) cliente sob o nosso cuidado.

Ao terminar esta oficina, já estava mais tranqüila com relação ao fato de eu estar sugerindo um caminho de trabalho, cujo sucesso depende da vontade de cada uma(um). Até este momento, todos participavam demonstrando interesse e seriedade. Entretanto, neste encontro a UTI estava com sua lotação completa, deixando entre nós um clima de ansiedade, pois, embora não estivesse trabalhando neste dia, sei o quanto é atarefado um plantão com clientes entubadas(os) e em fase inicial de tratamento.

Antes do início da oficina, conversei com as(os) trabalhadoras (es) de enfermagem e a enfermeira responsável pelo plantão, sugerindo o adiamento, porém eles pensaram ser melhor fazer o encontro e no caso de uma intercorrência grave, suspenderíamos tudo para atender a(o) cliente. Esta decisão foi tomada em conjunto e, embora trouxesse um pouco de intranqüilidade conseguimos atingir os objetivos. Deste modo, acredito que o interesse das pessoas envolvidas com o tema em estudo foi evidenciado.

Considereei, intuitivamente, que ao conhecer os sentimentos envolvidos na comunicação, os modos de se comunicar verbalmente e não verbalmente, já poderia avançar, solicitando as (os) trabalhadoras (es) de enfermagem, a construção de uma relação dialógica com a(o) cliente sob o seu cuidado, tendo por base as vivências das oficinas.

O tema para a próxima oficina foi a *Representação da relação dialógica*, que acontece no momento no qual a(o) trabalhadora(or) de enfermagem executa suas atividades junto a(o) cliente internada(o).

A *Oficina Existencial 4* (Anexo 8), aconteceu no dia 27 de junho de 1999, com início às 20:45 h e término às 21:55 h. Antes de introduzir o tema, pontuei nossos encontros anteriores, solicitando que pensassem em como interagir com a(o) cliente sob seus cuidados agora que já conheciam um pouco mais sobre os modos como nos comunicamos. Para tanto, lancei a seguinte pergunta orientadora: *Como eu me comunico com a(o) cliente internado na UTI?* que foi respondida com a elaboração de um cartaz com a percepção de cada uma (um), usando gravuras e/ou a escrita.

Após a construção individual, solicitei que cada uma(um) lesse seu trabalho, para depois eu referendar sua percepção com o conteúdo desenvolvido durante os encontros anteriores. O grupo participava da pequena palestra perguntando, sugerindo ou, ainda, relatando alguma experiência.

O último encontro, a *Oficina Existencial 5* (Anexo 9) ocorreu no dia 6 de janeiro de 2000. Este encontro foi elaborado de forma diferente dos anteriores. Intuitivamente, sentia as modificações ocorridas em cada uma(um) das(os) envolvidas(os) no estudo. Já havia transcorrido seis meses e dez dias da última oficina e precisava saber o significado destas vivências para cada uma(um) delas(deles).

Decidi fazê-lo de uma forma mais informal, usando a brincadeira da batata-quente¹⁷, contendo questões que abrangessem toda temática, que eram respondidas verbalmente. Quando acabaram as perguntas da batata quente, entreguei questões para serem respondidas por escrito e individualmente, escolhidas aleatoriamente. Infelizmente uma das pessoas estava adoentada, sendo a oficina realizada com três das(os) quatro participantes, pois não tínhamos certeza do tempo de afastamento que poderia ser prolongado.

O clima do encontro foi alegre e descontraído, a brincadeira deu uma conotação leve, permitindo uma interação entre nós desprovida da obrigatoriedade em saber, em conhecer um tema já estudado.

Após cada encontro realizei a transcrição dos mesmos, descrevendo as vivências para poder levantar os pontos temáticos de análise. Além disso, levei o material escrito para as(os) envolvidas(os) no estudo validarem os dados.

Os encontros geraram cerca de trinta páginas escritas. Realizei uma releitura dos dados relatados para a prática assistencial e, aprofundando a análise teórica, selecionei os temas mais significativos nas falas das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem que representavam o processo comunicacional na UTI.

Das oficinas emergiram aspectos que ao meu ver se integravam à descrição metodológica de Paterson & Zderad (1979) estando imbricados na relação dialógica desenvolvida pelas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem junto as(aos) clientes da UTI, sob a luz do processo comunicacional terapêutico. As produções pictóricas serviram de complemento à discussão dos dados dos encontros neste referencial.

As informações foram organizadas de acordo com o método de Paterson & Zderad (1979) cujo início assenta-se sobre o auto-conhecimento, a auto-percepção de si associado

¹⁷ É uma brincadeira infantil na qual é passado um objeto, que representa uma batata quente, entre as crianças, de mão em mão, rapidamente, enquanto toca uma música. Quando a música é interrompida, a criança que está com a batata quente na mão sai da brincadeira ou cumpre um castigo. Aqui a(o) participante respondia uma pergunta e a brincadeira continuava.

aos modos de como se comunica apontado por Stefanelli (1993) . A síntese voltou-se para a vivência de uma dialogicidade quando a(o) trabalhadora(or) de enfermagem faz o cuidado de enfermagem.

A análise das informações procurou investigar “fenômenos do contexto da prática assistencial de Enfermagem que, na sua maioria, são complexos e multifacetados, pois incluem dimensões de natureza humana e tecnológica” (Trentini & Paim 1999, p. 101), com ênfase na subjetividade das(os) envolvidas(os). A medida que fazia as leituras, refletia e interpretava, as falas apontavam para as questões norteadoras, que passaram a ser as categorias “a priori”.

Deste modo, as categorias *Quem sou eu?*, *Como eu me comunico?* e *O cuidado humanizado* emergiram a partir das perguntas orientadoras dos encontros que durante a teorização permitiu o inter-relacionamento entre os conceitos.

Ao aproximar a Teoria Humanística com a Comunicação Terapêutica de Stefanelli (1993), pude realizar uma análise dos dados levantados e identificar as categorias as quais apresento a seguir.

III – VIVENCIANDO A FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA

A solicitação para que as(os) trabalhadoras(ores) de enfermagem manifestassem sua opinião sobre as perguntas orientadoras constituiu um momento de abertura no qual cada uma(um) pode estabelecer ao grupo os limites possíveis e o respeito para diferentes graus de proximidade possibilitando o amadurecimento das relações deste grupo.

Nas categorias *Quem sou eu?* situam-se os sentimentos que cada uma (um) revelou sobre si e sobre como percebe a(o) outra(o). A seguinte categoria *Como eu me comunico?*, refletiu os modos como o processo comunicacional terapêutico pode influenciar o cuidado prestado. As reflexões desenvolvidas durante as oficinas também subsidiaram a última categoria, *O cuidado humanizado construído a partir de uma relação dialógica*, que mostra a possibilidade de um serviço ser humanizado através do estudo do processo comunicacional terapêutico.

3.1 - QUEM SOU EU?

O ambiente externo, a UTI, embora adverso e frio, não conseguiu superar o ambiente interno, o mundo subjetivo das pessoas no qual estão assentados os sentimentos, os valores e a motivação de cada uma.

Ao solicitar que durante as oficinas pensassem em como são, em como se comunicam, se relacionam, as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem revelaram sensibilidade e abertura para os sentimentos expressos na busca de si, através do ato de compartilhar a conquista de novos conhecimentos e superar as barreiras existentes em seu meio.

Esta categoria agrupou falas de pessoas que amam, sorriem e procuram ver a vida de modo positivo, no cuidado a(ao) cliente que cuidam e para si mesmas(os).

“Meu objetivo é ser feliz.” (Íris).

“Amar pega bem as pessoas.” (Hermes).

“Através de gestos de carinho, de um sorriso amigo (fez uma seta em direção à uma colagem de uma mulher sorridente) e, também durante os cuidados prestados ao paciente E além disso tem o doente, ele tem sentimento... Ele é um ser como a gente, ele tem sentimento, ele tá ali doente, né?” (Diana).

Netuno colou uma gravura de um homem abraçando um outro mais jovem, em uma atitude de acolhimento e escreveu *“afetividade”*. A reflexão pautada em *“Quem sou eu? Em casa? No trabalho?”* trouxe à luz as possíveis diferenças entre o ser humano enquanto ser familiar, ocupando seu espaço domiciliar, e enquanto ser trabalhador, ocupando o espaço que sua atividade requer para ser desenvolvida e que o distingue dos demais.

Revelaram sobre si uma preocupação com o futuro, a segurança e com os papéis que desempenham na família. De um modo geral, mostraram-se pessoas com motivação para viverem bem e em busca de *ser-mais*.

“Eu batalho por aquilo que desejo e sempre consigo vencer”. (Íris).

Colou as palavras: "herói, escrevendo ao lado: 'para minha família': colou as palavras: super-herói e segurança total, escrevendo ao lado: 'dentro do lar, para família'" (Netuno).

O convite para pensarem sobre quem são, dentro do horário de trabalho, remexeu nas experiências de cada uma(um) provocando uma elaboração consciente do seu próprio "eu", que segundo Paterson & Zderad (1979) constitui o cimento para acontecer a relação dialógica.

A maneira como se posicionaram revela como o ser humano se entrega ao seu trabalho, a sua família. De acordo com Goleman (1999), o que movimenta, move e impulsiona o ser humano para o alcance dos seus objetivos é a emoção que compartilha a mesma raiz do latim *motore*, ou seja, mover. A emoção em ser herói para a família significa a compreensão e aceitação de Netuno pelo papel que desempenha na sociedade. Para Íris, significa a conquista de seus ideais, seus desejos. Embora não tenha sido clara quanto aos seus desejos, ela demonstrou paixão, motivação para vencer as batalhas que trava para conseguir realizá-los.

As manifestações durante o *Dialogo Intuitivo*, momento pré-reflexivo no qual a emoção pode ser conhecida, mostra as pessoas pensando sobre si usando apenas a sua visão de mundo.

O estudo da emoção foi desprezado ao longo dos anos pela pesquisa científica e, conforme Goleman (1995), a empatia, capacidade para ler emoções nas(os) outras(os), constitui a raiz do altruísmo, do envolvimento. Ainda de acordo com Goleman (1995, p. 18) a emoção oferece uma disposição para agir quando se enfrenta uma situação de perigo, de dor, de perda colocando o ser humano em uma direção para agir. A repetição destas situações "ao longo de nossa história evolucionária, o valor de sobrevivência de nosso repertório emocional foi atestado gravando-se em nossos nervos como tendências inatas e automáticas do ser humano" e assim a emoção prepara o corpo para reagir diante de uma situação que cause ira, medo, amor ou tristeza cuja ação é moldada pela cultura e experiência de cada pessoa.

"Fazer vigília em sua volta, intermitente (24 hs) para que o mesmo sintá-se seguro e amparado pelos profissionais que o cercam" (Hermes).

Hermes faz a vigília da(o) cliente obedecendo ao comando mental para proteger a vida sob seus cuidados conferidos pelo aprendizado durante o seu curso de enfermagem e o seu instinto de preservação da espécie. Diante das(os) clientes, as(os) trabalhadoras(ores) de enfermagem, optam por manter uma atitude de vigília e de cooperação a fim de manter um trabalho no qual, embora o cuidado seja parcelado em horários e priorizados de acordo com a situação, a sua conclusão seja fruto da união dos esforços em realizar algo.

Finalizar um plantão significa finalizar as tarefas próprias para o período de trabalho e implica em uma organização do espaço, da unidade da(o) cliente e o preparo das informações que serão passadas para a equipe que fará o próximo plantão.

Íris diz para Netuno que se sentia segura e tranqüila ao saber que estariam juntos pela manhã para encerrarem o plantão.

Fazer vigília, ou seja, estar atento para o quê faz, sentir segurança para o desenvolvimento do trabalho mostram sentimentos muitas vezes banalizados frente ao cenário de uma UTI. O sentimento referido pelas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem tem um papel essencial no pensamento, pois confere à racionalidade os valores mais elevados do coração humano, que são o amor, a fé, a esperança, enriquecendo o modelo mental, tão empobrecido quando estes sentimentos são ignorados.

Por outro lado, a convivência diária com a situação da morte e de perdas pode provocar uma sensação de tristeza, incompetência, mau humor. Segundo Hudak e Gallo (1997) estes sentimentos podem aumentar, pelo fato de sermos ensinados a não sentir, a sermos profissionais, abafando as emoções com relação àqueles que cuidamos, postura própria do modelo cartesiano.

A tristeza é um estado do qual as pessoas querem se livrar. No entanto, o retiro reflexivo das suas atividades permite à pessoa chorar a perda, meditar sobre seu significado e tomar decisões para um novo começo (Goleman, 1995). As oficinas facilitaram este retiro as(aos) trabalhadoras(res) de enfermagem permitindo a expressão de sentimentos de tristeza, de solidão presentes em cada ser, mas abafados pelo próprio processo de vivenciar o seu trabalho. Por outro lado, estava muito presente no grupo as dificuldades em expressar os próprios sentimentos de umas(uns) para as(os) outras(os) e assim, a riqueza destas

vivências revelou-se na possibilidade de reestabelecerem-se laços de amizade e carinho entre as pessoas do grupo.

Íris pode expressar sua solidão para resolver conflitos íntimos e a tristeza quando conheceu os sentimentos que envolviam a interação com as pessoas, clientes ou não, sugerindo inclusive o apoio de um psicólogo. Esta fala surgiu no *Diálogo Científico da Oficina Existencial 1, Quem sou eu?*, quando conversávamos sobre os sentimentos envolvidos em um processo comunicacional

“Às vezes estou com problemas, mas não posso falar para o meu colega. Então estou triste. Acho que deveríamos ter apoio de um psicólogo. Chamamos o paciente pelo número do leito e esquecemos do nome” (Íris).”

Diana, na *Fusão Intuitivo-científica* da mesma oficina, revelou sua tristeza quando não percebia os reais sentimentos das(os) suas(es) colegas e as causas da manifestação, julgando-se culpada pela situação.

“Poxa, a gente trabalha junto e quase não sabe um do outro. Vê o colega triste e acha que pode ser por causa da gente” (Diana).

Hermes revelou ser muito só e não conseguir interagir com outras pessoas além de sua mãe. Durante esta oficina ele mostrou-se triste, falando pouco e em uma atitude de recolhimento. Por outro lado, Netuno referiu um trabalho sem sentimentos quando disse trabalhavam muito robotizados.

Desenhou uma caixa e escreveu ao lado – VAZIA. “Às vezes passo 24 horas trancado em meu quarto sem falar com ninguém. Estou sempre só (procuro estar só). A única pessoa com quem às vezes converso é com minha mãe (minha única amiga)” (Hermes).

“Trabalhamos muito robotizados. O paciente parece um robô” (Netuno).

A robotização dos procedimentos denota que o fluxo da atenção está direcionado para uma pequena parte do todo, ou seja, a pessoa só percebe a tarefa imediata a realizar, perdendo a noção de tempo, espaço e da(o) cliente que está sob seus cuidados. Goleman (1995, p. 104) diz que a pessoa em fluxo está em um estado de auto-esquecimento, que absorvida pela tarefa perde a “autoconsciência, deixando as pequenas preocupações -

saúde, contas, até mesmo o bem-estar - da vida diária. Nesse sentido, os momentos de fluxo são abnegados”.

A UTI é um ambiente onde as pessoas, ao realizarem o cuidado, entram em um estado de fluxo, permanecendo atentamente voltadas para a sua realização. Não pensam em sucesso ou fracasso, estão motivadas pelo ato em si. Esta concentração assume uma força própria que alivia a emoção e facilita o cuidado, sendo diferente do esforço para prestar atenção quando se está entediado, ansioso ou com raiva.

De acordo com Goleman (1995) o envolvimento com uma atividade que traz satisfação exige do cérebro um esforço mínimo, conferindo naturalidade para atos que para outras pessoas parecem ser estranhos e invasivos, como acontece com os procedimentos realizados em UTI. Deste modo, mostrar para as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem que o cuidado de enfermagem vai além de uma simples execução de técnicas, resgata os sentimentos presentes em uma interação. Rever a postura de cada uma (um) no encontro de enfermagem significou uma abertura para o conhecimento das emoções de cada uma(um), expandindo a autoconsciência

A autoconsciência é um momento no qual o ser humano percebe seu próprio sentimento quando ele ocorre, ou seja, pode ser o reconhecimento de um estado de espírito e o valor que lhe é conferido pelo pensamento, não sendo reativo ou julgador. O fato de reconhecer um sentimento (tristeza, solidão) oferece uma liberdade de ação, isto é, além de evitar agir tendo estes sentimentos, o ser humano pode optar em livrar-se dele.

Além destes sentimentos, a esperança, o otimismo também foram relatados. A esperança, entendida como uma visão de que tudo vai dar certo, possibilita à pessoa sentir-se com recursos suficientes para atingir suas metas. De acordo com Goleman (1995) a pessoa esperançosa sempre pensa que tudo vai melhorar, tem flexibilidade para encontrar meios diferentes para chegar a suas metas, inovando ou trocando soluções para o manejo de situações difíceis.

Em ambientes como o de uma UTI, estressantes e com muitas situações de desânimo e desalento, a esperança torna-se um sentimento motivador básico para a continuidade de uma atividade difícil. Goleman (1999) afirma que pessoas esperançosas

podem apresentar um desempenho ótimo nos serviços humanos, transmitindo paz para aquelas(es) que vão ajudar.

“Sou sonhadora. Tenho muita fé, sou positiva” (Diana).

“Sou alto astral” (Íris).

Íris e Diana revelaram-se pessoas com otimismo e alegria. Neste sentido, quando compreendem o processo terapêutico como um momento de troca de sentimentos, uma relação de ajuda, elas são capazes de nutrir a(o) cliente, trazendo energias, apoiando a(o) outro(o) em um instante difícil, conferindo coragem e segurança quando realizam o cuidado.

O otimismo “significa uma forte expectativa de que, em geral, tudo vai dar certo na vida, apesar dos reveses e frustrações” (Goleman, 1995, p. 101). A atitude mental da pessoa otimista gera esperança, não só em função do talento, como da sua capacidade para suportar a derrota. A crença em poder enfrentar os desafios quando eles aparecem fortalece o senso de auto-eficácia, tornando-a mais disposta para assumir riscos e enfrentar desafios.

A reação emocional frente uma derrota é imprescindível para a pessoa estar motivada para seguir a diante. Um pessimista encara a derrota como fracasso levando a apatia e ao mau humor, já o otimista reflete sobre a situação procurando nesta um motivo para o fracasso e não em si mesmo. “Enquanto a atitude mental do pessimista conduz ao desespero, a do otimista gera esperança” (Goleman, 1995, p. 102).

Otimismo e esperança, ainda de acordo Goleman (1995, p. 102), podem ser aprendidos e por trás deles existe uma perspectiva de “auto-eficácia, a crença em que temos controle sobre os fatos de nossa vida e podemos enfrentar os desafios quando aparecem”.

No entanto, o desconhecimento do processo comunicacional, em sua face terapêutica, favorece ao uso de subterfúgios, como a mentira. Hermes revela seu uso no *Diálogo Intuitivo da Oficina Existencial 2*, quando foi solicitado para que pensassem em *Como eu me comunico?* Por outro lado, mentir pode surgir como um componente de defesa, inconsciente, que favorece o alívio da ansiedade e de conflitos emocionais. Hermes revela um aspecto da comunicação não terapêutica, sua atitude é própria de pessoas que não refletem sobre o valor de suas atitudes frente a(ao) cliente.

“De forma direta, através de gestos (eu), às vezes finjo entender o que ele me diz(entubado) com seus gestos, representando figuras ou objetos” (Hermes).

Stefanelli (1993) aponta como limitação para a comunicação a significação das mensagens, que deve ser a mesma para a pessoa que cuida e para aquela que é cuidada. Quando esta compreensão não é contemplada, às vezes por haver mentira durante seu processo, a relação dialógica não é estabelecida pois as pessoas envolvidas não aprendem uma sobre a outra, permanecem em seu mundo, frustradas, decepcionadas, desesperançadas, na dor e no sofrimento.

Paterson & Zderad (1979) vêem a enfermagem como uma vivência de humanos incluindo todas as respostas possíveis do ser humano em uma situação, tanto daquele que necessita quanto daquele que ajuda, na qual cada um participa de acordo com o seu modo de ser. A enfermagem humanística é um compromisso existencial, uma presença ativa que pode ser traduzida com a linguagem do corpo.

O tema da *Oficina Existencial 2* trouxe para todas(os) uma explicação sobre modos de comunicação não-verbal, possibilitando uma reflexão sobre as mensagens enviadas através da expressão facial, da proximidade física, do toque, ao ponto de Hermes, na *Fusão Intuitivo-científica* conseguir uma síntese entre seu comportamento e a reflexão do encontro mostrando preocupação com a forma como ele lidava com as(os) clientes. Íris, neste momento do encontro, também refletiu sobre a atenção que dispensava a(ao) cliente, sobre sua postura e sobre o uso da mentira.

“Às vezes falhamos com as pessoas, por não comunicarmos, pois pecamos muitas vezes em não saber o significado das coisas, e, ao, invés de procurarmos, colocamos uma pedra em cima. Quer dizer, ao invés de fingir entendê-lo, temos que realmente entender que o significado dos gestos do paciente são um pedido de ajuda. As pessoas que estão a sua volta e que muitas vezes dão as costas” (Hermes).

“Procurar dar mais atenção às queixas das pacientes. Questionar mais a minha postura com relação ao paciente. Procurar não mentir (algumas vezes) para o paciente” (Íris).

Os relacionamentos são desenvolvidos sobre uma sintonia emocional, sobre a capacidade de saber como o outro se sente - a empatia. Segundo Goleman (1995), as

pessoas raramente colocam as emoções em palavras, usam outros canais para mostrá-las. Deste modo, empatia significa interpretar os canais não verbais, tom de voz, mímica facial, gestos, conferindo para cada uma(um) a capacidade de perceber as mensagens enviadas pelas(os) clientes sobre os seus reais sentimentos em uma interação. A reflexão de Íris pode ser um indício de desenvolvimento da empatia quando ela fala em ser mais atenta com a(o) cliente e em rever sua postura. Diana faz uma síntese entre processo comunicacional e empatia quando diz:

“Como vamos entender sua necessidade? Sua preocupação? O paciente precisa se sentir seguro. A comunicação é um meio da gente se entender com o doente. A comunicação e a gesticulação estão juntas neste entendimento” (Diana).

Esta busca em conhecer o quê a(o) cliente pensa, necessita através do processo comunicacional nos leva para a próxima categoria, *Como eu me comunico?* que revela trabalhadoras(res) de enfermagem refletindo sobre sua interação umas(uns) com as(os) outras(os) e com as(os) clientes que cuidam.

3.2. - COMO EU ME COMUNICO?

Nesta categoria estão arroladas as falas que revelaram os modos como as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem se comunicam. À medida que os encontros foram acontecendo, as emoções, sempre presentes, desviaram de um foco introspectivo para um foco relacional, ou seja, após refletirem sobre si, os temas desenvolvidos permitiram repensar sobre a relação interpessoal.

A distância afetiva, observada durante a abordagem ingênua da *Oficina Existencial 1 - Quem sou eu?*, foi rompida pois houve um aprendizado sobre a(o) outra(o) através do reconhecimento do próprio “eu”. A *Fusão Intuitivo-científica* desta oficina permitiu à Diana e Hermes viverem o sentimento empático.

“Achei muito produtivo, pelo fato de eu me conhecer melhor, meus sentimentos, minhas falhas e até mesmo minha insegurança em participar de um trabalho em equipe. Ajudou também para conhecer melhor os meus colegas de serviço, as suas falhas e as sua

mudanças de temperamento. E principalmente entender melhor os sentimentos de nossos pacientes, que estão ali precisando da gente” (Diana).

Diana, a partir do primeiro encontro desenvolve uma atitude empática com relação as(aos) suas(seus) colegas e clientes. A empatia requer a capacidade de “ler emoções de outra pessoa”, significa “aperceber-se e reagir às preocupações e sentimentos não-verbalizados de alguém”, aqueles que ficam por traz dos sentimentos (Goleman, 1995, p. 149).

Corroborando com Goleman (1995), Stefanelli (1993) diz que quando existe a percepção do mundo da outra pessoa tal como ela o vivencia ocorre a comunicação empática. A capacidade de empatia está relacionada ao envolvimento emocional e respeito mútuo que acontecem no relacionamento interpessoal.

O grau de envolvimento emocional vai depender da pessoa que presta ajuda e daquela que busca por ajuda. De acordo com Daniel (1983) a percepção deste envolvimento está ligada a maturidade emocional e as experiências de interação interpessoal. Também é muito difícil dizer o quanto é benéfico ou o quanto pode ser maléfico, um maior ou menor envolvimento, os sensores ou indicadores do grau necessário vão ser definidos pela prática e a maturidade adquirida ao longo do tempo pela(o) profissional.

Íris, Netuno, Hermes e Diana trabalham no mesmo plantão há alguns anos e, no entanto, a abertura necessária ao envolvimento emocional aconteceu após as Oficinas Existenciais quando perceberam serem comuns os sentimentos de alegria, tristeza, solidão, paz, otimismo, segurança. As oficinas, além de servir para a vivência na plenitude da emoção, permitiram uma reflexão sobre os modos como se processa a comunicação abrindo um caminho para o desenvolvimento da atitude empática. Hermes refere quando sente que a atenção dispensada para as(os) clientes é necessária para compreendê-las(os) e ajudá-las(os). Ele também não estabelece limites para a atenção, para o envolvimento, mas percebe que a atenção dispensada durante o cuidado é fundamental para lidar humanamente com a(o) cliente.

“Precisamos cada vez mais reparar quanto ao modo com que lidamos com as pessoas (pacientes), pois, por mais bondosos, carismáticos e dedicados, às vezes não

somos nada. Quer dizer que às vezes nada daquilo que executamos tem tanta importância, comparada com a falta de atenção dispensada a quem precisa” (Hermes).

A carência de empatia conduz a uma falta de jeito social por interpretar inadequadamente os sentimentos da outra pessoa, traduziu-se como indiferença ou rudeza mecânica que destrói o *rapport*¹ constituindo uma reação às pessoas como se elas fossem estereótipos e não pessoas com características e histórias próprias e diferentes. Além da carência de empatia, outros pontos podem interferir na interação dialógica, tais como o idioma, timidez, humor da(o) profissional, cliente entubada(o) e/ou com nível de consciência alterado, conforme relatam Diana, Hermes, Netuno e Íris, no *Diálogo Intuitivo, da Oficina Existencial 2, Como eu me comunico?*:

“Tenho timidez em algumas situações, dificuldade em entender o que o paciente está querendo expressar, quando se encontra entubado, ou fala outro idioma” (Diana).

“Pacientes estrangeiros, às vezes estamos mal humorados e não queremos falar com ninguém” (Hermes).

“Por ser um pouco fechado” (Netuno).

“Quando o paciente está desorientado eu falo e não sou compreendida. Colou uma figura da Magali com expressão de pouca compreensão do assunto e escreveu a seguir: ele concorda mas não faz nada do que eu disse” (Íris).

Ao desvelarem as limitações impostas pelo seu jeito de ser e aquelas próprias das(os) clientes, as(os) envolvidas(os) no estudo começaram a desvelar o fenômeno da comunicação, percebendo que a singularidade é um paradoxo, ou seja, ao mesmo tempo que é única, de cada uma(um), ela é universal, pertence a raça humana.

Paterson & Zderad (1979) falam que a existência humana se realiza pelos desejos de relação com outros seres humanos, ou seja, o ser humano nasce “*tu*” antes de ser “*eu*”, que pode ser explicado pela gestação, um período de proximidade entre a mãe e a criança. O desenvolvimento do “*eu*” acontece quando, a criança ao jogar seus brinquedos do berço com intensidade e excitação, separa-se de seu “*tu*”, com freqüência separa-se de sua fonte de segurança materna, com plena consciência do que está fazendo. E a medida que cresce,

¹ *Rapport* - significa “...um entrosamento ou afinidade que exista ou se crie entre as pessoas numa determinada interação” (Goleman, 199, p. 148).

estabelece novas relações e vive suas experiências, devendo *ser-mais* através das suas relações com os outros, não é o mesmo que ser eles, apesar de os internalizar como parte de si mesmo.

“A relação ‘eu-tu’ de Buber põe ênfase no conhecimento da singularidade de cada um sem ser uma superposição ou decisão sem conhecimento acerca do outro” (Paterson & Zderad, 1979, p. 83). As vivências desenvolvidas neste estudo possibilitaram desvelar o paradoxo da separação do “eu” da(o) trabalhadora(or) de enfermagem do “tu” da(o) cliente, reunindo-os no sentido de cuidar com uma visão de integralidade do ser humano. Ao conhecer e reconhecer o “eu” das pessoas quando se mostram em uma relação, as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem realizaram a interação “eu-tu”, voltada para o “ser-mais”. Esta articulação aconteceu na *Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 4, Representação da relação dialógica*, quando Diana e Netuno assim se manifestaram:

“Após o desenvolvimento, me senti à vontade para referir idéias, como também obtive novos conhecimentos. Isto foi positivo para meu trabalho junto ao paciente. Sinto-me mais à vontade para desenvolver minhas tarefas junto ao paciente” (Netuno).

Após as vivências Netuno se reconheceu e reconheceu a(o) cliente, sentindo-se a vontade ao tornar-se um ser humano consciente de seus impulsos, das respostas humanas ao mundo e o significado das mesmas, aberto para às experiências da vida.

“O mais importante em tudo isso é o paciente, que muitas vezes está ali deitado na cama e nós nos robotizamos a lhe dar assistência que nos é cobrada. Será falta de tempo? Aprendi a me comunicar e entender que por trás deste paciente está uma pessoa com sentimentos em um ambiente totalmente diferente do seu” (Diana).

Diana fez uma síntese entre o espaço físico, o tempo e o atendimento que realiza. Muitas vezes olhamos para o corpo sobre uma cama e apenas nos preocupamos com o tempo para executar as atividades, justificando toda e qualquer atitude de falta de desvelo para com aquela(e) que cuidamos. Mas será que é o tempo o responsável pela falta de atenção, pela presença apenas física? Quando Diana reconheceu a(o) cliente como alguém com sentimentos, ela passou a compartilhar o espaço existencial da vida, não apenas o espaço físico, limitado pelo tempo e pelas paredes.

Os depoimentos de Netuno e Diana ampliam o conceito de enfermagem para além de uma simples irradiação de bondade e abnegação. Eles unem o espaço físico com o espaço humano, das emoções, no qual se desenrola o cuidado em uma abordagem existencial. Paterson & Zderad (1979) admitem que os sentimentos de alegria, de esperança, de solidariedade, de agressão, de desespero estejam presentes pois se trata de uma vivência de humanos, incluindo todas as respostas possíveis dos seres humanos em uma dada situação, tanto de quem ajuda, tanto de quem pede por ajuda.

A percepção da realidade destas respostas cria o espaço não físico das relações. Ao admitir estes sentimentos admitimos a potencialidade para transformá-los em situações de *mais-ser*, estabelecendo uma forma de relação intersubjetiva que, segundo Paterson & Zderad (1979) nos torna mais humanos. Está aí incluída, a pergunta e resposta auditiva, olfativa, visual, tátil, verbal e cada uma delas pode conferir um significado único ao ser humano, que informa a qualidade de *ser*, a permanência e o grau de presença deste nos outros.

Transmitir e captar mensagens que ajudam as pessoas a aliviarem sua carga emocional é próprio daquela(es) que, por se auto-conhecerem, dominam seus sentimentos e os utilizam em um processo de ajuda, transformando-se em um recurso para mudar a percepção da (o) outra(o) sobre determinada situação. Diana mostra esta disposição quando procura o lúdico para interagir, Íris procura transmitir sentimentos de paz, carinho, proteção.

“Às vezes também através de brincadeiras para distrair o paciente que está ali, muitas vezes angustiada” (Diana).

“Com carinho e proteção. Transmitindo paz e tranquilidade, esperança e recuperação” (Íris).

Cada uma expressa suas possibilidades de atendimento enfocando sentimentos que trazem à(o) cliente motivação para um novo começo e amenizam a sensação de estar perdendo, momentaneamente ou não, sua capacidade vital interagindo, deste modo, terapeuticamente. Para transmitir estes sentimentos, a postura natural de cada uma é leve, rosto sorridente, voz mansa e tom de tranquilidade.

A sincronia em um encontro revela-se nos modos como os movimentos físicos estão organizados enquanto as pessoas conversam e, isto parece facilitar a emissão e o recebimento das mensagens. Goleman (1995, p. 128) diz que inconscientemente uma pessoa imita as emoções exibidas por outra “através de uma mímica motora inconsciente de sua expressão facial, gestos, tom de voz e outros marcadores não-verbais de emoção”. Esta transferência de estado de espírito em uma interação ocorre daquela que expressa com maior vigor os seus sentimentos.

Deste modo, a(o) trabalhadora(dor) de enfermagem pode dominar a interação, quando é conhecedor de seus sentimentos e dos sentimentos da(o) cliente, transmitindo alegria, segurança, esperança para quem espera por ajuda. Neste sentido, a(o) cliente ao introjetar as atitudes da(o) sua(seu) cuidadora(or), pode recriar o seu ambiente interno ao amenizar seus sentimentos de tristeza, desesperança, desafetividade, estabelecendo um vínculo de confiança e abertura na interação. Por outro lado, uma postura de indiferença de quem cuida gera, inconscientemente, a mesma atitude em quem é cuidado, impedindo desta forma uma relação de ajuda, fechando os canais para a expressividade dos sentimentos.

Hermes consegue sintetizar este sentido da relação dialógica quando revela ser um intérprete das idéias de uma pessoa, que mostra abertura, aceitação e envolvimento emocional e, paradoxalmente, cita uma característica de sua personalidade - a reclusão em seu próprio sofrimento, que faz o movimento ao contrário: não abertura, desinteresse pela(o) outra(o) e não envolvimento emocional.

“De forma a interpretar o imaginário das pessoas. Às vezes me fecho, e isso cria dúvidas entre as pessoas, do fato de querer saber o porquê” (Hermes).

Um dos entraves para o pleno exercício de uma atitude empática pode ter sua raiz na infância, quando o preconceito² justifica ações tendenciosas, impregnadas de estereótipos definidos pelo grupo social, tais como, preconceito racial e de sexo, descaso pelos grupos de pessoas com algum tipo de limitação física, idosos dentre outros. Esta é uma mudança difícil que requer não uma mudança radical, mas sim uma reflexão sobre o que se pode fazer a respeito.

² Preconceito é aqui entendido como um julgamento categórico antecipado de acordo com crenças, sentimentos, rígido e negativo sobre uma pessoa ou um grupo, efetuado antes de um exame ponderado e completo. É mantido rigidamente mesmo diante de provas que o contradigam (Alves e Cabral, 1996)

Uma perspectiva de tratar a situação pode ser a de levar as pessoas a refletirem em como sofrem aquelas que são discriminadas tentando suprimir a expressão do preconceito, pois os estereótipos mudam muito devagar. Após esta reflexão, torna-se necessário mostrar ao grupo um objetivo comum que possa conduzir a um trabalho realizado por iguais. Esta reunião de pessoas em torno de um objetivo comum soma as diversas capacidades de cada uma(um) e a medida que a tarefa vai sendo bem realizada vai trazendo harmonia e equilíbrio ao grupo.

Ao validar as vivências com o grupo Hermes fez o depoimento que representa a concretização do meu objetivo. Ele disse:

“Toda oficina serve de aprendizado. É impossível que a gente passe por uma oficina e não aprenda nada e vá voltar as origens. Então a gente começa sempre a né? A se perceber onde a gente falhou, porque a gente não vai mudar por completo... mas a gente vai corrigindo os erros que a gente cometia anteriormente, né? E é como eu te falo, tem que tá sempre sendo atualizado ou de uma forma indireta sendo cobrado, não que a gente né? Ser cobrado a vida toda, mas até para que a gente se situe, né? Dos conformes a gente tem que sempre de uma forma ou outra sendo cobrado, sendo aproximado” (Hermes).

Foi uma abertura de Hermes para a relação dialógica proporcionada pelas vivências. De acordo com Paterson & Zderad (1979, p. 33), esta abertura proporciona uma espécie de estar, o “*estar-com*” em um sentido mais amplo, requer fixar a atenção na(o) cliente, “estar atento a uma abertura aqui e agora da situação compartilhada e comunicar esta disponibilidade”.

Por outro lado, uma forma de se mostrar sensível à situação de outra pessoa é ouvir atentamente. “Ouvir é uma arte” (Goleman, 1999, p. 155). Para ouvir com profundidade é necessário ir além do que está sendo dito, é preciso perguntar e repetir com suas próprias palavras o que se ouviu para se certificar de que se ouviu atentamente. Saber ouvir implica em saber fazer perguntas pertinentes, ter a mente aberta - livre de preconceitos - ser compreensivo, não interrompendo e buscando soluções.

Faz parte da comunicação terapêutica ouvir atentamente e reconhecer as emoções expressas em um encontro de enfermagem. Torna-se necessário estabelecer um *rapport*, incentivando a comunicação desimpedida, buscando a compreensão mútua e

compartilhando informações. “Quando se estabelece uma comunicação aberta, abre-se a possibilidade de obter o melhor das pessoas, sua energia, sua criatividade. Quando não se faz isso, elas se sentem como dentes de uma engrenagem, tolhidas e infelizes” (Mark Loehr apud Goleman, 1999, p. 190).

Stefanelli (1993) pontua o ouvir reflexivamente como uma atitude a ser desenvolvida, que exige atenção para não julgar o conteúdo do pensamento do que é expresso buscando compreender a(o) outra(o) e também se fazer compreender.

Íris traduziu esta postura no *Dialogo Intuitivo da Oficina Existencial 2, Como eu me comunico?*, quando mostrou preocupação com a escuta que deve ser feita reflexivamente relacionando-a com a postura corporal. Diana, na *Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 3*, cujo conteúdo versava sobre a comunicação verbal, contextualiza o ouvir com a manifestação verbal como formas de ajudar a(o) cliente. Em momentos diferentes a fusão intuitivo-científica aconteceu, reforçando a dinamicidade dos eventos de uma interação

“Ao lado de um desenho de uma senhora com ar compenetrado e atencioso, escreveu: ‘Escutando’” (Íris).

“Sempre tentar convencer, explicar com calma ao paciente o que está acontecendo, o que vamos fazer. ‘Saber ouvir sempre’” (Diana).

Além disso, uma atitude serena e tranqüila mantém um estado de ânimo neutro, deixando a pessoa pronta para se engajar plenamente e mostrar-se presença durante o seu trabalho, durante o cuidado que presta. Deste modo, a próxima categoria trata sobre *O Cuidado humanizado*.

3.3 .- O CUIDADO HUMANIZADO

Com a intenção de conhecer a realidade, procurei no início do estudo acompanhar as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem no exercício de suas atividades escolhendo como observação o banho de leito. Este momento foi chamado de *Abordagem Ingênua* pois

voltou o seu olhar para a abordagem que estas(os) trabalhadoras(es) estabeleciam com as(os) clientes sem o respaldo do referencial teórico da Teoria Humanística. A Observação Ingênua mostrou que a preocupação destas pessoas voltava-se para o atendimento de necessidades imediatas com habilidade, segurança em um ambiente cordial e de respeito à(ao) cliente. A escolha de um banho de leito para observar a interação dialógica foi proposital, pois nesta situação não estão presentes apenas o contato físico com o corpo da(do) cliente.

Neste sentido, a(o) trabalhadora(or) de enfermagem há que ser além de uma(um) mera(o) executora(or) de procedimentos. Para compreender esta corporiedade, ela(ele) precisa dos sentimentos de aceitação, empatia, além de uma percepção aguçada para expressar respeito e compreensão pelo momento vivido pela(o) cliente.

Durante a realização dos procedimentos emergiram falas que revelavam a preocupação técnica em detrimento da condição humana, que pode ser observado na fala de Diana ao banhar uma cliente.

“Ela está desepitelizada na região sacra, já tem hiperemia, que vamos colocar?”
(Diana).

No entanto, o diálogo genuíno, de acordo com Paterson & Zderad (1979), ocorre quando existe uma certa abertura das(os) participantes, envolvendo a aceitação mútua, o ouvir atentamente.

Vários fatores podem ser apontados para a não ocorrência da relação dialógica, como o nível de consciência da cliente que a impedia de expressar-se através da fala e, principalmente, impedia de olhar atentamente, gesticular e se fazer presença diante daquelas(es) que cuidavam pois, naquele momento, estava sob efeito de drogas anestésicas e sedativas. Pode, ainda, constatar que a minha presença, como observadora, pode ter inibido as (os) trabalhadoras (es) de enfermagem, tolhendo por vezes, a sua iniciativa, como pode ser verificado no depoimento abaixo:

“Vamos, não adianta representar só porque a Minerva está observando” (Íris).

Na execução deste cuidado, o diálogo transcorreu de forma mecânica entre as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem. A realização do banho orientava-se pelo segmento da

técnica de uma forma geral, sem manifestar atenção com o fato de a(o) cliente ser uma pessoa com características individuais mesmo na realização da técnica. A preocupação daquelas(es) que cuidavam voltava-se para o aspecto físico e o conforto do cliente (sensação de frio, de dor, de vergonha).

“Vamos fixar o tubo no meio do lábio. Chama o Netuno para ajudar a virar, ele é bem pesado” (Íris).

Esta preocupação técnica pode impedir momentos de reflexão sobre o ser, revelando um cuidado de enfermagem competente e seguro, porém carente de afetividade, disponibilidade e envolvimento emocional, mostrando o quanto a polaridade excludente entre razão e sentimento está presente na rotina, na vida do ser humano.

As *Oficinas Existenciais* oportunizaram momentos de reflexão pautados no autoconhecimento e na percepção do “eu” na relação “eu-tu”, “eu-isso”, aproximando a dimensão humana da visão racional e científica do mundo e do ser humano. Esta reflexão possibilitou uma releitura sobre a prática do cuidado que leva em conta aquela (e) que está sendo cuidada(o). Santín (1995) aponta a sensibilidade como um ponto chave para tentar descrever a condição humana através do vivido, do conhecido, do sentido.

A sensibilidade evidencia a subjetividade das pessoas na produção de conhecimento, dando importância à felicidade, à beleza, ao afeto. Ainda de acordo com este autor, definir sensibilidade é uma tarefa difícil pois se refere a um conjunto amplo de significações, além de estar intimamente ligada à subjetividade, aos valores existenciais, ao mundo vivido.

Neste contexto, o presente estudo buscou o ser humano no exercício de sua atividade, trazendo à tona conflitos íntimos, de trabalho e, até mesmo, com outras(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, buscando despertar em cada uma(um) a sensibilidade para o tema. Netuno apreendeu este sentido na *Fusão Intuitivo-científica* da *Oficina Existencial 1, Quem sou eu?* quando ele contextualizou a sua prática com o tema da oficina, tornando-se sensível ao fato de que precisava refletir mais sobre o contato com as(os) cliente(s), ou seja, durante a realização do cuidado.

“Foi positivo pois mexe com sentimento das pessoas, porque sem os mesmo seríamos robôs. Isto faz com que a gente reflita mais durante o contato com o doente”.

(Netuno)

Quando Netuno fala em contato ele refere-se ao cuidado que realiza. Cuidado é uma palavra que traduz zelo, precaução, cautela, desvelo, atenção. Para a enfermagem é uma atividade diária, que pode ser vista sob diferentes prismas que procuram dar conta de sua definição. Waldow (1998, p. 51) dá ao cuidado um sentido mais amplo, “como forma de viver, de relacionar-se”, fazendo parte de outras disciplinas.

Em seu sentido de desvelo, preocupação recebeu uma conotação mais próxima de uma reflexão filosófica existencial. De acordo com Boff (1999) cuidado além de desvelo e preocupação, significa solicitude, zelo, atenção, bom trato podendo provocar inquietação e sentido de responsabilidade.

O cuidado aparece quando a existência de uma pessoa tem significado para uma outra. Ajudar um ser humano internado em uma UTI implica no desempenho de um trabalho técnico que ao ser desenvolvido por uma pessoa consciente surge como um projeto e não um procedimento intervencionista.

Deste modo, “o resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e realizar o trabalho. Para isso, o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo-de-ser-no-cuidado” (Boff, 1999, p. 99). Esta preocupação é revelada por Netuno quando ele sente a necessidade de refletir sobre o cuidado que realiza. Esta reflexão aconteceu durante um processo que intencionava refletir sobre o processo comunicacional, em sua abordagem terapêutica, sob a luz de Paterson & Zderad (1979). Vale salientar que estas reflexões trouxeram para as(aos) trabalhadoras(es) a oportunidade de recriar sua postura pautando-a no sentimento, na capacidade de se emocionar, de se envolver.

O cuidado passou a ser fruto do afeto, da criatividade, da sensibilidade em intuir e fazer racionalmente devolvendo à pessoa que o executa a auto-realização, através do compartilhar de caminhos pautados nos valores e compromissos de cada ser humano. Diana consegue apreender este sentido *na Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 2, Como eu me comunico?*

“Aprendi a ver o doente como um ser humano que precisa de atenção e carinho. A comunicação é muito importante na recuperação do paciente. Como vamos entender sua necessidade? Sua preocupação? O paciente precisa se sentir seguro” (Diana).

A preocupação relatada por Diana mostra que participar das vivências ampliou sua visão de cuidado em UTI. Neste local, a orientação do cuidado está voltada para um papel mais tecnológico, como resposta à disponibilidade de aparelhos invasivos e não invasivos que monitorizam sistemas orgânicos. As(os) trabalhadoras(es) de enfermagem estão preparadas(os) para lidarem com “situações cruciais com uma velocidade e precisão geralmente não necessárias em outras unidades assistenciais” (Hudak & Gallo, 1994, p. 4), requerendo destas(es) julgamentos precisos acerca da situação da(o) cliente sob seus cuidados que subsidiam as prioridades de atendimento.

Silva (1998, p. 269) fala que cuidado está próximo das “nossas experiências de ser cuidado e cuidar”, sendo possível aprender e ensinar. A organização do cuidado em UTI visa o domínio da técnica que permite a manutenção da vida agregada aos aparelhos. Deste modo está construído socialmente a partir das crenças e valores dos que o realizam. Este estudo resgatou o cuidado em sua expressão ontológica, aproximando o cuidado técnico do seu sentido de promoção e significação da vida humana baseado em uma interação entre quem é cuidado e quem cuida.

Netuno, na *Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 3, Como eu me comunico?* revelou compreender que para exercer um cuidado de qualidade junto a(ao) cliente precisava dos sentimentos e que através dos debates ele tinha solucionado algumas dúvidas.

“Após diálogos e debates, conclui que sem comunicação, sentimentos, não se faz um bom trabalho junto ao paciente e a equipe. Foi solucionada dúvida referente ao nosso dia a dia” (Netuno).

Um destaque significativo é o fato de que as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, ao se depararem com esta situação, revelaram sua integridade, usando sua capacidade intelectual em não se converter a uma situação de exploração ou de dominação e colocar sua criatividade a favor do ser humano. Seus atos e atitudes foram indicativos de uma mudança de comportamento sentida por todos no desempenho de suas atividades.

A integridade do ser humano que cuida se revela na dedicação, na confiança, na esperança e na coragem que se sobressaem claramente. Mayeroff (1971) dá ao cuidado o significado de um processo contínuo no qual a(o) cuidadora(or) ajuda a criá-lo, a descobri-lo, constituindo assim uma razão de viver. Hermes, na *Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 3, Como eu me comunico?* resgata a comunicação como fator de mudança nos relacionamentos, nos quais o cuidado aparece como um projeto de vida quando ele a aponta como possibilidade para reflexões e decisões quanto aos caminhos a seguir.

“Cada vez mais precisamos refletir sobre nossos atos e condutas tomadas perante as pessoas. A comunicação é fundamental para que isto possa acontecer. Às vezes falhamos com as pessoas por não nos comunicarmos. As oficinas têm sido muito proveitosas, pois através delas é que comparamos que cada vez mais estamos fugindo de um mundo e entrando em outro” (Hermes).

Através desta reconstrução, as(os) trabalhadoras(res) de enfermagem mostraram disponibilidade, abertura revelando-se presença junto a(ao) cliente sob seus cuidados. Sua elaboração culminou com a *Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 4, Representação da relação dialógica.*

O gesto de oferecer a mão, o fato de se sentir a vontade para conversar com a(o) cliente mostra que estas pessoas estão preparadas para usar a comunicação terapêutica, pois faz parte da mesma a aceitação e o envolvimento emocional. A construção de uma relação dialógica junto a(ao) cliente aconteceu por intermédio de figuras e/ou de palavras que revelavam esta relação a partir de sua experiência pessoal e profissional, possibilitando desta forma a expansão do conhecimento da enfermagem.

“Oferecendo ajuda e apoio, sempre estender a mão” (Diana).

“Sinto-me mais à vontade ao falar com o paciente daqui para frente” (Íris).

Oliveira (1998), diz que “a adoção de tecnologias gera a necessidade de um pessoal especializado e familiarizado, não só com as patologias, mas com o uso de equipamentos e materiais ali utilizados” afastando-a(o) do cuidado, da atenção aos chamados das(dos) clientes e da forma como respondem. Segundo Ragassi (1998, p. 108) nesta relação “o sujeito desaparece, absorvendo-se na relação com o objeto, como que se diluindo nele.”

Ao identificar os aparelhos e utensílios de uma UTI, a(o) trabalhadora(or) de enfermagem organiza e demarca uns em relação aos outros, e os utiliza para executar o seu trabalho. Ao apreender desta forma, ela(ele) está em relação com um mundo determinado, o mundo da UTI. Este mundo determinado existe porque a presença da(o) trabalhadora(or) de enfermagem o posiciona desta forma e a medida que se localiza em meio a estes objetos, ela(e) se singulariza face a este mundo determinado e organizado com a finalidade de recuperar e manter a vida de seres humanos, semelhantes seus.

A(o) trabalhadora(or) de enfermagem além de relacionar-se com os objetos, relaciona-se com outro ser humano que chama e aguarda por ajuda, ou seja, cuidado. Um não existe sem o outro, um não criou o outro, eles são inseparáveis, constituem uma unidade possível de ser entendida em um horizonte de compreensão (Castro, 1998, p. 85). Estes seres humanos se definem em relação ao mundo determinado a medida que refletem e tomam consciência deste mundo e de si próprio.

Inicialmente pensei que fosse emergir das vivências a tecnologia como objeto emocionador. No entanto, as pessoas envolvidas voltaram-se para si e umas para as outras reforçando o significado existencial para os encontros. Hermes revela dificuldades nos seus relacionamentos na *Fusão Intuitivo-científica da Oficina Existencial 1, Quem sou eu?*.

“Tenho muita dificuldade nos relacionamentos, sou muito fechado em casa, quase não falo. No trabalho sou mais extrovertido. As vezes sou até um pouco grosso com meus colegas, é meu temperamento” (Hermes).

Em enfermagem, a interação entre os seres humanos entre si e entre estes e o mundo determinado tem uma finalidade na qual buscam realizar o atendimento (chamamento) das necessidades de um, a(o) cliente, através das ações de outro (resposta), a(o) trabalhadora(dor) de enfermagem. A(o) trabalhadora(dor) de enfermagem vive em função de um projeto lançado para o futuro que busca realizar, qual seja, o de responder aos chamados da(o) cliente sob seus cuidados.

A realização deste projeto é a realização da(do) própria(o) trabalhadora(dor) de enfermagem viabilizado ou inviabilizado pelas possibilidades materiais, sociais e culturais do mundo determinado. A inviabilização deste projeto pode ser causada pela falta de

material, equipamentos obsoletos e precários, trazendo um horizonte de dificuldades que geram emoções e impedem o caminhar para os fins desejados.

Castro (1998) argumenta que ao projetar um futuro para si no mundo exige-se coisas deste mundo e, assim, ocorre a ligação afetiva aos objetos e às pessoas de modo recíproco. Ao enfrentar o mundo determinado de uma UTI, a(o) trabalhadora(dor) de enfermagem pode se abalar afetivamente e alterar-se. A medida que o humano se altera, o mundo se altera, impondo espontaneamente dificuldades e caminhos que favoreçam as saídas. Ainda segundo o autor (p. 95) “a experiência emotiva portanto dá-se numa relação espontânea com o mundo, sendo totalmente cativa, prisioneira do objeto emocionador”

Para a(o) trabalhadora(dor) de enfermagem de uma UTI o objeto emocionador³ é muito mais que aparelhos. Ela(ele) lida com vidas humanas que também estão cativas das emoções desencadeadas pelo momento que vivem. Além disso, em vários encontros, quando solicitava para as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem escreverem suas expectativas, esta relação espontânea com o mundo aparecia como um projeto de trabalho harmônico, em um grupo coeso com interesse voltado para saber mais.

“Espero que seja um trabalho esclarecedor, tema importante e venha acrescentar conhecimentos e experiências” (Íris, na Oficina Existencial 1).

“Ampliar conhecimentos, manter grupo unido” (Netuno, na Oficina Existencial 2).

“Espero que seja tão bom quanto o anterior. E que consigamos superar as barreiras existentes em nosso meio” (Diana, na Oficina Existencial 2).

“A cada encontro a busca pelo inovador é sempre constante” (Hermes, na Oficina Existencial 3).

Os projetos revelados pelas expectativas mostram atributos espirituais voltados “para o bem”, como bondade, amor respeito, lealdade, altruísmo, cordialidade, disposição alegre para servir, honestidade e muitos outros” (Daniel, 1983, p. 67), estão imbricados em uma relação dialógica a qual foi incorporada durante o processo vivido.

³ É tudo aquilo que está posicionado e localizado em determinado lugar que impõe suas qualidades, sua consistência de ser, desencadeando emoções e uma compreensão reflexiva de si (Castro, 1998).

Estas reflexões surgiram em grupo, trabalhando as personalidades de cada pessoa tendo como ponto de convergência as situações de enfermagem vividas dia a dia. De acordo com Daniel (1983) o desenvolvimento dos atributos espirituais em grupo resulta no sucesso e aprimoramento das atitudes terapêuticas, podendo ser observados nas atitudes das pessoas que mudaram-nas na relação de ajuda, conforme refere Hermes.

“Às vezes falhamos com as pessoas, por não comunicarmos, pois pecamos muitas vezes em não saber o significado das coisas, e, ao, invés de procurarmos, colocamos uma pedra em cima. Quer dizer, ao invés de fingir entendê-lo, temos que realmente entender que o significado dos gestos do paciente são um pedido de ajuda. As pessoas que estão a sua volta e que muitas vezes dão as costas” (Hermes).

Embora seja difícil definir limites para quanto e quando se está disponível, aberto, sensível, Diana, Hermes, Íris e Netuno iniciaram um caminho no qual o diálogo, o cuidado passou a ser intersubjetivo, ou seja, passou a significar relação sendo o encontro visto como a realização da expectativa de um pedido de ajuda e uma resposta a este pedido, transacionais, seqüenciais e simultâneos.

Este sentido corrobora para afirmar que a relação dialógica é um fenômeno no qual “se reúnem seres humanos em uma transação intersubjetiva, nutriente”, desenvolvida em um universo real de seres humanos e objetos no tempo e no espaço (Paterson & Zderad, 1979, p. 67).

A transação intersubjetiva alcançou o trabalho em equipe quando o grupo sentiu que estava trilhando sobre um mesmo caminho e que a realização de um trabalho em equipe implica em maior produtividade resultando em um cuidado mais humanizado, preocupado com os aspectos expressivos do ser.

A preocupação com o trabalho em equipe foi sendo evidenciada na medida que as pessoas se libertavam de si próprias, ao se conhecerem e ao perceber que suas limitações pertencem ao universo de ser do ser humano, podendo estar tranqüilas para pensarem um relacionamento entre elas(eles). Netuno mostrou esta preocupação na *Oficina Existencial 2, Como eu me comunico*, durante o *Dialogo Intuitivo*.

“Colou uma gravura com um grupo de pessoas na carroceria de um caminhão e outra, com um desenho de pessoas em torno de uma mesa realizando um trabalho

comunitário. Uniu as duas gravuras com setas e escreveu: “comunicação em grupo ou equipe”. Ao lado colou duas fotos de dois homens trabalhando com computadores, uniu-as com um traço e escreveu evolução da comunicação” (Netuno).

Paterson & Zderad (1979) afirmam que a enfermagem envolve duas pessoas que com sua unicidade querem entrar em um relacionamento existencial, único e profundo, cujo grau de intimidade é definido pela liberdade de cada uma em participar do cuidado e permitir a proximidade da outra. Ambas influenciam as experiências de vida de cada uma. Na enfermagem o encontro apresenta o significado de atender o pedido de ajuda e responder para quem o pede.

A intencionalidade da enfermagem, neste referencial, está voltada para o cuidado com o “bem-estar” e o “estar-melhor”, conferindo à vida das pessoas a possibilidade de “ser-mais”. A transação intersubjetiva, para acontecer, precisa ser precedida pelo preparo da(o) trabalhadora(or) de enfermagem para conhecer a situação das pessoas. Envolve abertura para as experiências que revelam o conhecimento e compreensão do “ser”.

O preparo conferido pelas *Oficinas Existenciais* trouxe mudanças nas atitudes e no comportamento das pessoas que as vivenciaram, conforme conta Netuno.

“Eu, depois que tive essas oficinas, a Diana falou a palavra “mecânica” da coisa, né? Eu acho que eu mudei assim no sentido de conversar mais com o paciente mesmo ele sedado, entubado, mais e... referir o que eu vou fazer com ele, o procedimento, porque até então a gente tava mais no mecânico, fazia, saia, fazia, saia. Então não... não dava muita importância, e depois que também teve essa oficina, por causa da parte da comunicação, eu achei que teria que dar uma melhorada, abrir mais um pouco...Após o desenvolvimento, me senti a vontade para referir idéias, como também adquirir novos conhecimentos. Isto foi positivo para meu trabalho junto ao paciente. Sinto mais a vontade para desenvolver minhas tarefas, com isso o paciente fica mais seguro” (Netuno).

A mudança de atitude de Netuno aconteceu depois das reflexões sobre o processo comunicacional. O autoconhecimento e os modos de comunicação trouxeram para ele a oportunidade de vivenciar uma interação que nutre, que traz sentimentos de satisfação consigo mesmo. De acordo com Rogers (1983, p. 4), o conhecimento mais vivido, mais visceral, mais próprio do ser humano não trata de uma aprendizagem intelectual ou

cognitiva, embora possam ser expressas verbalmente, trata-se de algo vivencial, “que abrange a pessoa inteira, tanto as reações viscerais e os sentimentos como os pensamentos e palavras”.

O significado deste aprendizado está pautado no fato de que as pessoas aprenderam a ouvir e assim conhecer aquelas que o cercam. Rogers (1983) diz que quando ouvimos, não a palavra, mas a pessoa, ela se sente impelida a falar mais sobre o seu mundo, caminhando para um novo sentido de liberdade, tornando-se mais aberta ao processo de mudança. Diana ressalta o ouvir quando relata que aprendeu, se sentiu tocada e mais solta.

“Bom, a gente aprendeu melhor a se conhecer um com os outros, o pensamento de cada um, a opinião de cada um. Mexeu comigo. Eu também aprendi a me soltar mais, a falar... a conversar mais, a ficar menos desinibida” (Diana).

“Sinto-me mais seguro em relação às atividades desempenhadas. Dou mais atenção ao que o paciente pede ou se manifesta com gestos. Tento me envolver mais emocionalmente. Manifesto mais carinho com o paciente, independente cada caso ou paciente. Sinto-me melhor espiritualmente a cada plantão” (Netuno).

A tranquilidade expressada por Diana, quando fala que se sente mais solta, e de Netuno, quando fala em carinho e em maior envolvimento, mostra uma interação pautada em um comprometimento cordial, focalizado no calor humano, sintetiza uma conclusão ampla sobre a compreensão do fenômeno da comunicação aplicado em uma perspectiva de humanização.

Viver em um mundo automatizado onde cada vez mais a máquina participa da intimidade de uma casa, de um local de trabalho, especialmente a UTI, é até certo ponto comum que os aspectos expressivos do ser humano sejam colocados em segundo plano. Para Hermes, Diana e Netuno as vivências reavivaram a necessidade de valorizar estes aspectos, perceberam que podem conhecer, através de uma atitude empática, de aceitação, as condições humanas, e que “o contato interpessoal é insubstituível a qualquer recurso mecanizado ou instrumental na enfermagem” (Daniel, 1983, p. 93).

Um ambiente essencialmente técnico, como a UTI, favorece um atendimento imediato e seguro das necessidades das pessoas, através de diagnósticos precisos e da

presença constante da máquina como mantenedora da vida, promovendo um distanciamento entre a trabalhadora de enfermagem e a(o) cliente.

Segundo Barbosa (1985) mesmo que a tecnologia seja uma realidade extremamente marcante e indispensável em uma UTI, estamos cientes de seus efeitos, tanto benéficos quanto adversos, e conhecedores de sua repercussão sobre a nossa prática assistencial. Salienta ainda, que “dentre estes efeitos, pode-se esperar a atmosfera fria, impessoal e desfigurante em sua face humana, por colocar-se de mediação, provocando um distanciamento entre enfermeiro e clientes com os aparelhos que desenvolvem neles sentimentos de dependência e de submissão a estes” (p. 7).

Ao realizar as *Oficinas Existenciais* os sentimentos presentes em uma interação puderam ser resgatados através da fundamentação teórica na Teoria Humanística de Paterson & Zderad e no processo comunicacional em sua abordagem terapêutica, segundo Stefanelli (1993). A reflexão sobre o conhecimento e compreensão do *ser* facilitou a ampliação do autoconhecimento das pessoas envolvidas, possibilitando a manifestação de seus sentimentos de forma mais sensível e em sintonia com a necessidade do outro.

Neste sentido, a concepção dos conceitos de Paterson & Zderad (1979) formou uma teia quando fiz uma releitura das *Oficinas Existenciais* e das categorias analisadas a qual chamei de *Teia da Vida*, que será o tema do próximo capítulo, *Tecendo a teia do diálogo*.

IV – TECENDO A TEIA DO DIÁLOGO

A Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979) descreve e representa os valores e a orientação filosófica das autoras em seu esforço para descrever e explicar os fenômenos de um encontro em enfermagem. Ao revisá-la e aplicá-la pude deduzir, a partir de suas afirmações abstratas sobre os conceitos que utiliza, um referencial conceitual que possibilitou explicar as interações em uma UTI. Apresento-os interligados, pois entendo que um não sobrepuja o outro, todos mantêm uma interligação que dá conta da realidade onde vivo quando vou para o meu trabalho.

Paterson & Zderad (1979) consideram o *ser humano* como único e capaz de interagir consigo e com os outros *seres*, afetando o mundo e sendo afetado por ele. Ele possui características especiais de relacionamento sentindo-se responsável por outros seres humanos, desde o seu nascimento até sua morte, acompanhando-o durante todo o seu desenvolvimento. A partir do autoconhecimento, o *ser humano*, compreende os seus comportamentos e dos outros seres humanos, permitindo a abertura de um para o outro.

O *ser humano* é por mim percebido como um conjunto de probabilidades de conexões consigo mesmo e com o ambiente ao seu redor. É um *ser-aí* com inúmeras possibilidades de interações como pessoa plena de seus direitos e deveres civis, sua profissão, sua família, amigos e seu espaço no qual se movimenta em direção a *ser-mais*.

Sua natureza essencial está nas relações que estabelece, na duração e na frequência que ocorrem, resultando em encontros cujos significados são inerentes a eles mesmos.

Desta forma, ele nunca está sozinho e sua vida é repleta de interações, de encontros que podem ser superficiais ou mesmo muito profundo. A profundidade destas relações vai depender do modo como ele aceita a condição humana promovendo um movimento em direção à outra pessoa. O sentimento de aceitação nasce quando a auto-reflexão, a contemplação relacionadas à compreensão do ser, possibilitam o autoconhecimento, a autopercepção e a auto-aceitação. Sendo assim, as interações passaram a ser *eu-tu*, *eu-nós*, *eu-isso*, em um tempo e espaço vivido com os outros seres humanos. As oficinas possibilitaram que as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem se voltassem para sua condição humana, reconhecendo na(o) colega e na(o) cliente que cuida um ser humano com sentimentos, qualidades, limitações.

O *ser humano*, na condição acima descrita, emergiu nos encontros de uma forma sutil podendo ser percebida na declaração de Netuno, quando faz uma reflexão sobre a vivência e a sua pessoa quando encontra com outras pessoas.

“Depois que também teve essa oficina, por causa da parte da comunicação, eu achei que teria que dar uma melhorada, abrir mais um pouco. Eu me, me conhecer mais um pouco melhor e... e tentar ver o paciente assim, mesmo não me respondendo. De outra maneira, conversando ou até tocando, né? Oh, eu vou fazer isso pro senhor, vou... achei que melhorou um pouco na minha parte profissional, depois disso...” (Netuno).

Netuno faz uma reflexão sobre os espaços de encontro na qual situa o ser humano interagindo em um ambiente. De acordo com Paterson & Zderad (1979), o encontro ocorre em um espaço vivido, *o ambiente*. O ambiente abrange dois mundos: o mundo interior, subjetivo e o mundo exterior, o mundo de objetos e coisas. Em *enfermagem*, este ambiente é complexo pois recebe influência de pessoas que desempenham diversos papéis. O cuidado de enfermagem é desenvolvido em um espaço onde mais de um profissional atua e exerce uma ação sobre a(o) cliente.

Hermes faz uma colocação que evidencia o ambiente interno no qual as modificações aconteceram. É no ambiente interno que os valores, as crenças, os sentimentos nascem e a reflexão permite a percepção destes sentimentos. O mundo

subjetivo quando vivido modifica o mundo objetivo, fato observado durante o atendimento de uma pessoa estrangeira. O estudo do processo comunicacional facilitou a aproximação entre pessoas de locais de moradia diferentes (ambiente externo) que em uma interação de ajuda criaram um vínculo de segurança e confiança.

“E tem a forma indireta, que a gente está falando mas não sabe se a pessoa está compreendendo ou não o que a gente fala. Vocês se lembram daquele paciente estrangeiro que internou aqui? Como é que foi a comunicação dele? Foi através mais de gestos do que palavras. Era uma pessoa estranha, de um mundo distante, de um outro lugar, ela precisava das pessoas que estavam ao redor dela mas ela não sabia nada, nada do que se tratava, como se tratava, mas no entanto nosso intuito era o melhor possível. Sim, conseguimos nos comunicarmos com ele sim, e ele adquiriu uma confiança em nós, porque ele sabia que toda proximidade nossa era para ele, a família distante não podia fazer, a gente se familiarizou com ele” (Hermes).

Neste espaço, o tempo foi vivenciado no mundo real do encontro entre trabalhadora(or) de enfermagem e cliente, no qual o mundo interior de cada uma foi aceito e o cuidado voltou-se para o *bem-estar* e o *estar-com*, embora o ambiente externo tenha sido uma UTI, cujas características já foram comentadas anteriormente. Hermes, revela em poucas linhas a relevância do processo comunicacional terapêutico para o entendimento com uma pessoa estrangeira em uma situação de *Enfermagem*.

Para Paterson & Zderad (1979), a *Enfermagem* é uma resposta a um chamado de ajuda, um encontro entre clientes, famílias e trabalhadoras de enfermagem com um objetivo ou expectativa em mente, ou seja, a(o) cliente e família esperam ser ajudadas e as (os) trabalhadoras(es) de enfermagem esperam poder ajudar.

Trata-se de uma resposta de alento a uma pessoa que necessita se desenvolver refletindo todo o seu potencial humano e as suas limitações. Aconteceu quando, ao realizar um procedimento técnico, ou ao conversar, ou simplesmente em silêncio ao seu lado, as (os) trabalhadoras(es) de enfermagem tiveram a possibilidade de intervir terapêuticamente, indo ao encontro da(o) cliente, da sua essência e dos seus sentimentos.

Barbosa (1995, p. 46), “*considera que a enfermeira vivencia uma experiência única não somente do ponto de vista da(o) cliente, mas também do ponto de vista do que significa para ela estar frente a situação de cada(o) cliente.*”

Através do cuidado as(os) trabalhadores(rãs) de enfermagem puderam desenvolver o *bem-estar* e o *estar-melhor* em direção a uma meta, criando possibilidades de escolhas responsáveis com objetivo comum a *Saúde*.

Apesar de ser usado repetidamente, Paterson & Zderad (1979) não definem realmente este termo. A *Saúde* é vista como uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e de morte. Através da descrição de “*bem-estar*” e “*estar-melhor*” pode ser deduzido que *Saúde* é conceitualizada como algo mais que a ausência de doença. “*Bem-estar*” e “*estar-melhor*” são vistos pelas teóricas como objetivo da enfermagem, e como o potencial visto na(o) cliente.

A preocupação das ações de enfermagem é com o *estar-melhor*, auxiliando a pessoa a se tornar mais humanamente possível em sua situação particular de vida. Sendo assim, a *Saúde* é vivenciada no processo de viver, de estar envolvido com cada momento, na busca de encontrar sentido na vida.

Para Paterson & Zderad (1979), a *Enfermagem* está relacionada com a *Saúde* e a enfermidade, porém não esclarecem esta relação. A *Saúde* é considerada como necessária à sobrevivência e com frequência é apontada como meta da enfermagem. Em contrapartida, em um sentido mais ampliado, a *Saúde* pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.

Entendo *Saúde* como uma potencialidade nem sempre percebida pelo ser humano, podendo ser considerada um estado de consciência, na qual o ser humano percebe suas limitações, mas acredita nos potenciais a serem investidos, independente de sua condição. Em outras palavras, é um conceito de valor, que varia de acordo com o contexto cultural no qual o ser humano manifesta seu desejo de *Saúde* e busca por ela, conforme seu modo de experienciar a vida

Em UTI, o cuidado é realizado junto a seres humanos em estado crítico de saúde, no qual os seus reflexos estão abolidos parcial ou totalmente. As(os) trabalhadoras(es) de

enfermagem precisam acreditar no potencial de saúde destas pessoas para poderem cuidar. Os sentimentos de fé e esperança destas(es) trabalhadoras(es) precisam ser mantidos e cultivados para que possam perceber este potencial mascarado pela situação vivida pelas clientes que cuidam.

Neste sentido, a *Saúde* pode estar envolta pelos sentimentos das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, que interagem em uma situação de UTI, indo além de simples executoras(es) de técnicas e procedimentos, com vistas à recuperação biológica e fisiológica das(os) clientes que buscam por atendimento.

No entanto, as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, ao acreditarem neste potencial, transferiram à(ao) cliente, suas crenças, seus valores e sentimentos, buscando realizar técnicas e procedimentos que vão além de uma recuperação biológica e fisiológica. Estas pessoas revelaram-se *presença* estando abertas as outras, prestando ajuda ao tocar, ao olhar, recriando o *processo comunicacional* por meio de sinais, signos e de silêncio, estabelecendo a *relação dialógica*, dinâmica, transacional.

Deste modo, a *Enfermagem* é um *Diálogo Vivido*, trata-se da enfermeira e cliente relacionando-se de modo criativo durante as ações de enfermagem. Estas ações podem ter significados diferentes para a(o) cliente e enfermeira(o) e serem ocasiões para que mudanças ocorram no diálogo, abrindo-o ou desviando-o para um nível verbal.

No *Diálogo*, o encontro é o momento no qual os seres humanos se reúnem. É caracterizado pela expectativa implícita de que haverá a(o) enfermeira(o) realizando cuidados de acordo com a necessidade da(o) cliente. Este ato vivo e humano de enfermagem ocorre de acordo com o seu objetivo, influenciando nas características e no processo de diálogo de enfermagem.

Hermes traz veladamente o significado de *Enfermagem, Saúde e Diálogo Vivido* quando se posiciona sobre processo comunicacional e reflete sobre a necessidade de se comunicar para ajudar quem pede por ajuda.

“É através dela que eu identifico os problemas e as soluções para cada indivíduo. Todo mundo precisa se comunicar (Quem não se comunica se complica). Cada vez mais precisamos refletir sobre nossos atos e condutas tomadas perante as pessoas. A comunicação é fundamental para que isto possa acontecer” (Hermes).

Neste diálogo, as autoras entendem estarem envolvidos além do encontro, a *Relação Dialógica*, a *Presença* e os *Chamamentos e Respostas*. O encontro pode ser influenciado por alguns fatores, tais como os sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, pelo controle apresentado pela(o) enfermeira(o) e cliente ao se reunirem, pela singularidade enfermeira(o)-cliente e pela decisão de se revelarem uma(um) a(ao) outra(o).

Segundo Paterson & Zderad (1979, p. 30), “é importante considerar a amplitude dos encontros humanos, que vão do trivial ao extremamente significativo. As atividades de enfermagem, embora tragam paciente e enfermeira em uma proximidade física, não garantem uma autêntica intersubjetividade, onde um ser humano relaciona-se com outro como uma presença, em vez de um objeto.”

No diálogo, a relação compreende o processo de tratar com o outro, significando estar com ele. Os seres humanos relacionam-se como sujeito a sujeito, sendo ambos tipos de relação essenciais para a existência humana genuína. A pessoa, quando não se limita ao seu espaço físico, está aberta, receptiva, pronta e disponível para a outra pessoa de um modo recíproco. Na tentativa de se apreender o ser, o foco precisa estar voltado para o momento existencial do outro. Ao agir assim, a *Presença* da(o) trabalhadora(or) de enfermagem é percebida pela(o) cliente como um ser humano que está neste momento preocupado, não consigo mesmo, mas com a maior compreensão possível da experiência do ser da(o) cliente, favorecendo um diálogo autêntico.

“A pessoa aberta ou disponível revela-se como uma presença” (Paterson & Zderad, 1979, p. 33). Isto não é o mesmo que ser atencioso. Uma(um) ouvinte pode ser atenciosa e ainda não aceitar se dar. Ações visíveis não necessariamente significam presença, não podem ser provocadas, mas sim reveladas direta e inconfundivelmente por uma olhadela, um toque, um tom de voz. Envolve reciprocidade, a(o) outra(o) é visto como uma presença, como uma pessoa em vez de um objeto, tal como uma função ou um caso.

Os *Chamamentos e Respostas* são transacionais, seqüenciais e simultâneos, ocorrem verbal ou não verbalmente, tendo o potencial de serem “repentinos”, que se refere a capacidade da enfermeira de se relacionar, simultaneamente com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida.

Neste enfoque, um pedido da(o) cliente pode ser um chamamento por ajuda, e ao mesmo tempo uma resposta a disponibilidade da(o) trabalhadora(or) de enfermagem. Por outro lado, o modo que a(o) enfermeira(o) responde ao chamamento de uma(um) cliente é, por si mesmo, um chamamento por um tipo particular de resposta, um chamamento pela participação no diálogo. Isto reforça a necessidade de que ao prestarmos cuidados, reconhecemos a **Enfermagem** como chamamento e resposta intencionais.

Ao ignorá-los, não percebemos muitas vezes as necessidades emergentes das(os) clientes, que podem se expressar subjetivamente, bem como podemos deixar passar despercebidas não somente as respostas exibidas pela(o) cliente, mas também como nossos chamamentos e respostas, na situação de enfermagem. Relacionar-se compreende o processo de “*desempenhar*”, fazer com a(o) outra(o), significa “*estar-com-o-outro*”.

Diana expressa esta conceituação quando repensa sobre o significado de disponibilidade. Em palavras simples ela mostra empatia, aceitação e envolvimento emocional presentes em uma relação que nutre as pessoas.

“Esta disponibilidade é muito importante para o paciente, sendo que conforme a gente demonstra nossos sentimentos, o paciente sente-se mais seguro. Tentar imaginar-se sempre no lugar do paciente é uma coisa que me toca, e me faz sempre pensar que bom seria ter sempre alguém disposto ao meu lado para me confortar, segurar a minha mão e me fazer sentir que eu não estou “só”, largado em outro mundo que não é o meu” (Diana).

A **Relação Dialógica**, neste estudo recria o processo comunicacional entre a(o) cliente e as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem. É o diálogo vivido que as (os) trabalhadoras(es) de enfermagem da UTI em estudo estabelecem com a(o) cliente ali internada através do processo comunicacional.

O **Processo Comunicacional** é de fundamental importância no desenvolvimento deste estudo. A Teoria Humanística não contempla este conceito separadamente da relação dialógica, mas sim, como intrinsecamente imbricado na existência do diálogo vivido entre enfermeira(o) e cliente durante o cuidado de enfermagem.

Segundo Stefanelli (1993) o processo comunicacional permite a compreensão da(o) cliente em sua totalidade, transformando a experiência de vida em momentos de mudança. As mensagens, enviadas, compreendidas, compartilhadas tendem a influenciar o

comportamento das pessoas a médio ou longo prazo, evidenciando neste processo um fluxo contínuo de energia, conferindo dinamicidade e continuidade na influência de umas pessoas sobre as outras.

O processo comunicacional caracteriza-se pela presença dos atos expressivos das pessoas que se manifestam através da comunicação verbal ou não verbal. A comunicação verbal refere-se a linguagem falada ou escrita, aos sons.

A comunicação não verbal envolve as manifestações de comportamento não expressas por palavras Thelan (1996) afirma que a comunicação não verbal constitui 70% a 90% da comunicação afirmando que diversas intervenções podem facilitar a comunicação com os clientes, tais como gestos, mímica facial, palavra escrita, desenhos dentre outros.

Diana e Hermes apreendem este sentido quando falam sobre o processo comunicacional no último encontro no qual fazem uma *Fusão intuitivo-científica* sobre o mesmo. Hermes volta-se para a interação verbal e Diana além da verbal fala da não-verbal.

“Tem “n” significados a comunicação, a comunicação, né? Quando se cuida de uma pessoa. E...tem a comunicação direta, quando a gente fala direto para o pessoa e a pessoa compreende o que a gente tá falando” (Hermes).

“Como vamos entender sua necessidade? Sua preocupação? O paciente precisa se sentir seguro. A comunicação é um meio da gente se entender com o doente. A comunicação e a gesticulação estão juntas neste entendimento” (Diana).

A linguagem não verbal envolve a fascinante linguagem do corpo humano. Weil & Tompakow (1996) afirmam que o ato de descruzar os braços, mudar a posição do pé ou virar as palmas das mãos para cima são gestos inconscientes e, que por isso mesmo, se relacionam com o que se passa no íntimo das pessoas.

Aliado a este estudo, Silva (1991) destaca a importância dos sentimentos das pessoas envolvidas no binômio enfermeira(o)/cliente no momento do processo comunicacional. Ela acredita que fazer enfermagem implica no reflexo das próprias crenças, sentimentos, pensamentos e conhecimentos enquanto pessoa. A(O) enfermeira(O) ao encontrar em si mesma(o) o sentido da interpretação do corpo, afeto, pensamento e

espírito conseguirá interagir melhor com a(o) cliente uma vez que entenderá seus sentimentos, afetos, pensamentos expressos com seus gestos e mímica facial.

Adiante ela fala sobre outras maneiras de clarificar a comunicação não verbal. Destas acredito que a Cinésica, a Proxêmica e as Características Físicas dão o suporte para a enfermeira caracterizar os sentimentos das clientes durante sua interação pessoal.

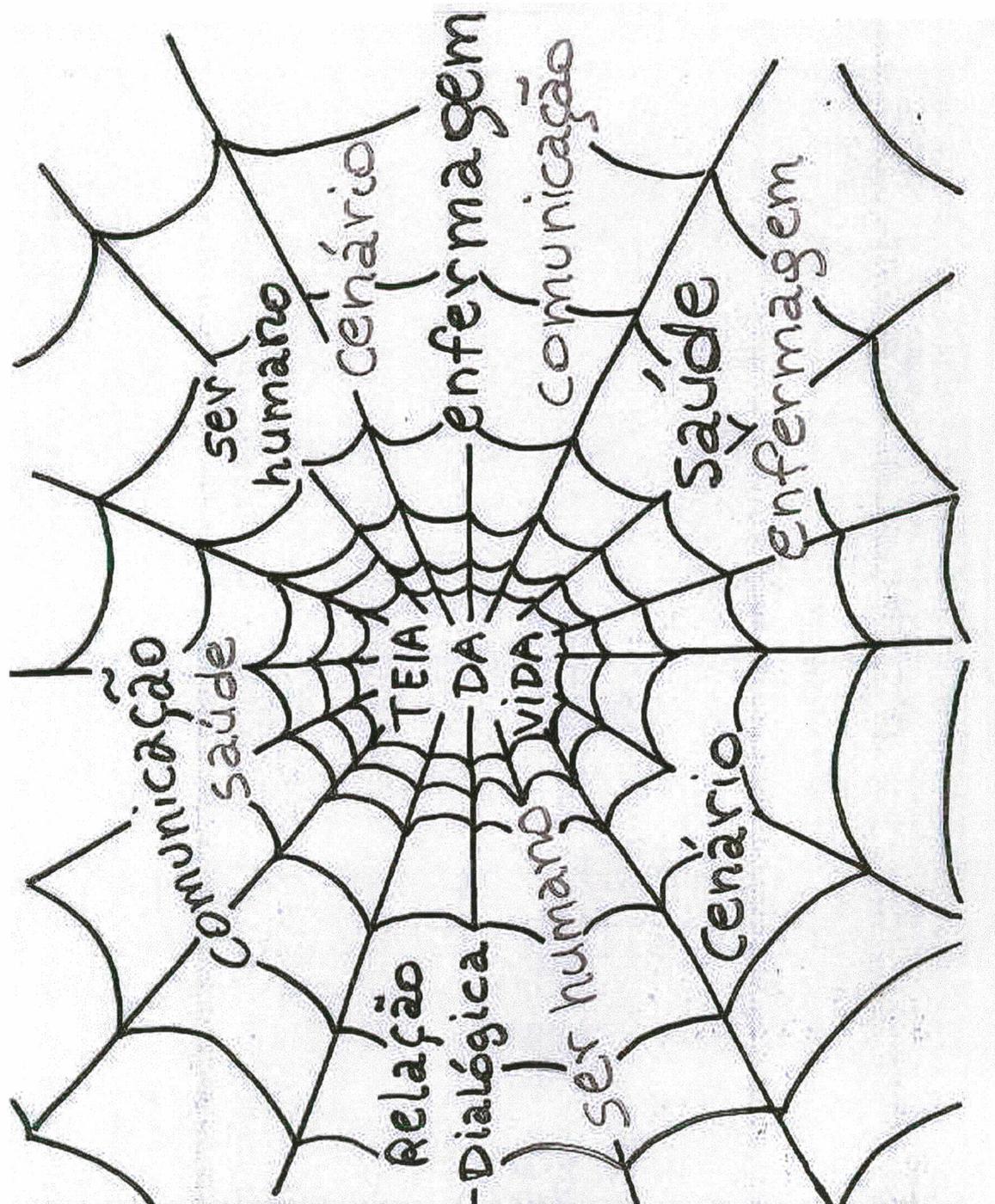
Acredito que o *Processo Comunicacional* é o denominador comum de todas as ações de enfermagem, influenciando decisivamente na qualidade dos cuidados prestados as pessoas que necessitam. É o momento no qual as pessoas compartilham emoções, conhecimentos, informações sendo uma rica oportunidade para recriar a si próprio e a(o) outra(o) através das mensagens compartilhadas.

Estas mensagens abrangem símbolos culturais manifestos através da linguagem falada ou escrita, dos sinais, dos gestos e meios não verbais. Para a enfermagem representa a possibilidade de ir além da execução de procedimentos técnicos que fragmentam e reduzem o ser humano a um receptáculo de suas ações. Esta possibilidade diz respeito à humanização dos atos profissionais permitindo que os sentimentos, as emoções e a história de cada ser humano tragam uma compreensão da totalidade que este ser humano representa.

Como o relacionamento terapêutico é uma seqüência de interações entre enfermeira e cliente, durante certo tempo, é natural que surja entre eles um certo grau de participação emocional. Para que o envolvimento emocional seja mantido em níveis terapêuticos é necessário que a(o) enfermeira(o) reconheça o fato de ser um elemento participante do relacionamento, com objetivos claros e habilidades para se fazer presença.

O envolvimento emocional compreende tanto aspectos afetivos quanto cognitivos. Stefanelli (1981) aponta como essencial que a enfermeira tenha condições de analisar as diversas situações interpessoais que encontra nas quais poderão ocorrer os fenômenos de aceitação, empatia e envolvimento emocional, ressaltando que são aspectos básicos para a liderança, qualidade essencial para o desempenho das atividades profissionais. intrinsecamente enlaçados, como o diagrama a seguir que através de uma teia, procura representar a vida, portanto chamada de *Teia da Vida*.

DIAGRAMA 1 – A TEIA DA VIDA



V – CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO DIALÓGICA

Aliada a inquietação que o tema em estudo me trazia, estava a expectativa de contribuir de algum modo para uma mudança em meu ambiente de trabalho, em direção a um desempenho profissional mais humanizado.

A comunicação tem sido apontada como elemento básico para a sobrevivência dos seres humanos, pois através dela o ser humano transmite o seu modo de ser. Nos encontros rotineiros, seres humanos trocam experiências, emoções e, em uma situação de enfermagem, ainda existe a busca por ajuda e a expectativa em ajudar, a interação dialógica, que em uma UTI, ocorre em um ambiente adverso, suplantado algumas vezes pela tecnologia.

Trabalhar em UTI é um paradoxo. Muitas vezes, provocamos dor para recuperar e manter a vida. Muitas vezes, não podemos falar, apenas podemos cuidar de uma(um) cliente que não dá sinais de se perceber como pessoa, pois está com ausência parcial ou total dos reflexos verbais e dolorosos: O cuidado de enfermagem parece, muitas vezes, não implicar em uma relação de troca, devido a esta imobilidade/falta de diálogo com a(o) cliente. Talvez este paradoxo nos leve a pensar em robotização e mecanização de nossos atos.

Por outro lado, o processo comunicacional é também um paradoxo: quanto mais se expandem os meios comunicacionais devido aos avanços tecnológicos, mais as pessoas se distanciam, perdendo o fio que mantém os relacionamentos. Na vida social, esta situação

vem sendo normalizada, e até banalizada, pela frequência com que optamos pela máquina para ser o fio de uma relação, quando podemos fazer este contato frente a frente. Mas diante de uma situação de enfermagem, esta situação gera o que é chamado de robotização, de mecanização.

Deste modo, conhecer como se desenvolve o processo comunicacional entre as(os) trabalhadoras(res) de enfermagem de uma UTI de um hospital escola e vivenciar a aplicação da Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1979) tornou-se um caminho para transformar este “ambiente robotizado” em um “ambiente humanizado”.

Paterson & Zderad (1979) baseiam sua teoria no diálogo vivido em uma situação de enfermagem, na qual os sentimentos, as emoções são reconhecidas e valorizadas como vivências a serem desveladas, a fim de conhecer e compreender o ser humano e suas necessidades contextuais.

A pergunta orientadora do estudo *“como o trabalhador de enfermagem percebe o processo comunicacional quando está junto a(ao) cliente, desenvolvendo o processo de cuidar, na UTI?”* foi além de uma simples constatação. O processo desenvolvido permitiu ir ao fundo, desvelando um pedaço a mais no iceberg que é o mundo das relações interpessoais.

O processo comunicacional deixou de ser trivial para caminhar em uma abordagem existencialista, cujo desvelar do fenômeno mostrou pessoas sensíveis e sequiosas pelo saber, pelo conhecer-se a si mesmas ao contextualizar a sua vivência,

Hoje consigo ser presença frente a(ao) cliente, independente de seu nível de consciência, reconhecendo a mim e a ela(e) como pessoas vivenciando as experiências que surgem no cotidiano de cada uma(um). Estudar o tema “comunicação” durante o curso de especialização trouxe à tona muitas angústias e a realidade separada em “técnico e humano”, em aparelho e corpo. Continuar o estudo deste tema trouxe a possibilidade de unir a tecnologia à expressividade de um corpo, que mesmo inerte, é a tradução da singularidade humana. São os paradoxos: trabalho em UTI, a comunicação e a inapagável subjetividade das pessoas frente à adversidade de viver na dependência da tecnologia.

As mudanças que ocorreram nas atitudes e comportamentos das pessoas envolvidas neste estudo foram sutis, aconteceram gradativamente, e vem se incorporando em sua prática. Pude constatar um interesse maior pela(o) cliente, nas formas como atendem seu chamado, como se fazem presença.

A postura destas pessoas trouxe segurança e tranquilidade para desenvolver meu trabalho, estimular as pessoas ao meu redor a caminharem junto comigo e, principalmente, sinto-me responsável pelo meu próprio viver.

As oficinas possibilitaram que formássemos um grupo carismático, aprendemos a expressar nossas emoções com vigor e a sermos mais transmissores de emoções do que receptores. Goleman (1999) salienta que a emoção vinda do coração confere à mensagem transmitida sinceridade e autenticidade, fortalecendo ainda mais a interação do grupo.

Ao iniciar o estudo, a minha atitude procurava ser ingênua, evitando afirmar conceitos através de idéias preconcebidas e de procurar explicações psicológicas ou científicas que justificassem as atitudes e posturas que observava. Atitude semelhante pude perceber nas(nos) trabalhadoras(es) de enfermagem quando iniciamos as oficinas.

Convidei-as(os) para entregarem-se à intuição, que é individual e pessoal, e tanto quanto que possível, criadora. Estabelecemos uma relação intersubjetiva, usamos a intencionalidade para integrarmos universos que se abriram naquelas vivências. “A atitude ‘ingênua’ permite-nos *ser a emoção* num plano irreflexivo ou pré-reflexivo. Exatamente ao contrário do exercício intelectual ou reflexivo ou do pensamento que nos leva ao conteúdo abstrato e conceitual” (Almeida, 1988, p. 30). Pensamos e refletimos sobre o processo comunicacional durante as oficinas, tendo como referência o tempo enquanto estávamos realizando os cuidados de enfermagem, e, tivemos a consciência deste processo.

Deste modo, tivemos a compreensão, imediata, intuitiva do entendimento, ou seja, buscamos “relações das vivências reais, através do simbólico, onde o jogo e o lúdico são importantes procedimentos de investigação e vivência” (Almeida, 1998, p. 33).

Nestes encontros a intencionalidade referiu-se a abertura da pessoa para o mundo, identificando e dando sentido as situações. O fenômeno da comunicação não foi deduzido, tornou-se algo concreto, algo que passou a ser parte estrutural da consciência, pois foi

ampliado pela intenção de tornar o processo comunicacional conhecido em toda sua potencialidade de significados.

Durante toda a realização das oficinas o conhecimento intuitivo foi valorizado e estimulado e de acordo com Almeida (1988, p. 26) pôde ser entendido como “resultado de conhecimentos adormecidos, sensibilidade, criatividade, exercício de pesquisa e curiosidade, imaginação, mas sobretudo apreensão pré-reflexiva”. Consistiu em um entendimento claro e correto da verdade, sem uso de juízos ou de reflexões.

Pude perceber este ponto, quando minha intenção era focalizar a interação com a(o) cliente e as(os) participantes voltaram-se umas(uns) para as(os) outras(os) buscando as formas como estavam interagindo entre si. Ocorreu uma intercomunicação entre as consciências e a subjetividade de cada uma(um) transformou-se em intersubjetividade.

“A intersubjetividade não consiste em uma situação estática de consciências que se comparam, mas sim numa situação dinâmica de consciências que se interpenetram, se reconhecem, se conflituam, se relacionam” (Almeida, 1988, p. 27). Avaliar a intersubjetividade é difícil pois envolve a revelação da consciência de acordo com o desejo de cada uma(um). Entretanto as pessoas mostraram autenticidade para sentir, tolerar e aceitar as diferentes autenticidades de cada uma.

A *Fusão intuitivo-científica* alcançada pelas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem não dá por finalizado o estudo. Sua conclusão traz uma síntese do todo que precisa ser investigado, provocado, esmiuçado, para trazer uma mudança significativa no processo de cuidar.

A Teoria de Paterson & Zderad (1979) pode ser desenvolvida e aplicada por todos que desejem fazer seu trabalho com qualidade e humanidade. Há a necessidade de que estas pessoas estejam abertas para o encontro e desejem conhecer a situação das pessoas em uma situação de enfermagem.

Este foi um passo. Todavia há que se ampliar momentos como estes a todo o grupo de enfermagem, proporcionando a todos o “*mais-ser*”, o “*estar-com*”. Sendo assim, acredito que possamos nos expressar como **Netuno**, que disse se sentir “*como um polvo, com muitos braços para receber e envolver o paciente*”.

O pensamento de Netuno mostra o *ser humano* em sua essência, como alguém de relações ilimitadas, possibilitando a construção do próprio “*eu*”, ou seja, “o *eu* somente se constitui mediante a dialogação com o *tu*... o *tu* possui uma anterioridade sobre o *eu*. O *tu* é parceiro do *eu*” (Boff, 1999, p. 139) Cuidar de outra pessoa é zelar por uma ação de diálogo eu-tu, libertadora, sinérgica e construtora.

A vivência das oficinas pôde provocar mudanças em pessoas que não sabiam ou não estavam sensibilizadas para as deficiências em um processo de comunicação unidirecional. O “*bem-estar*” das pessoas está construído na ilusão da invulnerabilidade. A doença acaba com esta visão e mostra que as pessoas estão expostas as intempéries da vida. Então encontramos clientes fracas(os), desamparadas(os) e vulneráveis, vivendo um momento solitário, cuja presença de uma(um) trabalhadora(dor) de enfermagem empática(o), capaz de ouvir e de se fazer ouvir, pode transformar um encontro em uma situação de enfermagem baseada na dialogicidade.

As pessoas com autopercepção sabem que as emoções corroboram para as suas decisões. Este re-conhecimento gera a capacidade de enviar e receber mensagens pautadas em seus valores e na sinceridade em saber sobre seus pontos fortes e fracos, suas limitações pessoais buscando melhorar seus atributos continuamente através da experiência vivida. Neste contexto a autoconfiança aparece e trás a certeza para cada uma, quais são suas capacidades, valores e objetivos que possam permear uma situação de enfermagem.

A maneira como o ser humano se entrega ao trabalho está relacionado com a motivação que ele tem para tal. De acordo com Goleman (1999) a fluência é um estado no qual o ser humano está absorvido em uma atividade e não percebe o esforço despendido para tal, adaptado agilmente para as demandas sucessivas. Ele se vê recompensado quando responde a um desafio com criatividade e sente orgulho em fazer algo, quando se sente em meio de amizades e presta ajuda para aquelas(les) que precisam. Para o ser humano mostrar o máximo de seu desempenho não bastam incentivos tradicionais - maior salário, prêmios na forma de viagens, de férias prolongadas- precisa que ele tenha amor pelo que faz.

Motivo e emoção compartilham a mesma raiz do latim, *motore*, ou seja, *mover*. As emoções são, literalmente, o que nos move, impulsiona, na direção de nossas metas. Elas alimentam nossas motivações e nossos motivos. E, por sua vez, impelem nossas percepções

e moldam nossas ações. Estar sensível a outra pessoa é estar atenta(o) às dicas emocionais com a escuta atenciosa buscando compreender a sua perspectiva. A ajuda oferecida terá por base a compreensão das necessidades e sentimentos das outras pessoas.

Neste sentido o estudo desenvolveu e alimentou um ser humano, capaz de ser alguém que existe por escolha, exercendo harmoniosamente a sua possibilidade de ser amoroso, agressivo, impulsivo e comedido, preocupando-se principalmente com o “*bem-estar*” e o “*estar-melhor*” das pessoas que cuida.

O espaço aberto com o estudo do processo comunicacional em uma abordagem existencial resgatou a vontade, o desejo, a crença de que é possível construir um ambiente mais humanizado através da compreensão e aceitação das diferenças que estão nos momentos vivenciais de cada pessoa, de cada profissional.

A abertura deste processo impede que teça considerações finais e conclusivas. Posso apenas olhar este momento como mais na construção da *Teia da vida* que quanto mais tecida, mais inacabada está.

VI – BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Wilson Castello de. **Formas do encontro : psicoterapia aberta**. São Paulo. Agora, 2. Ed. 1988. 119 p.

BARBOSA, Sayonara de Fátima F. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em Unidade de Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

BÉRGAMO, Marta A. Sobre a comunicacao e a enfermagem. IN: LEOPARDI, Maria T. **Teorias de enfermagem**. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis. Ed. Papa-livros, 1999. 228p.

BEZERRA, Ana L. Q. et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 134-9, 1998

BICUDO, M. Aparecida V. A contribuição da fenomenologia à educação. In COELHO, Ildeu Moreira. GARNICA, Antônio Vicente M. **Fenomenologia uma visão abrangente da educação**. São Paulo. Editora Olho d'Água. 1999. 155 p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis. Editora Vozes. 2 ed. 1999. 199 p.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é comunicação**. São Paulo. Brasiliense. 1982. 1 ed.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo. Editora Cultrix. 1982.

CARRARO, Vanderlei. **O ser humano inconsciente: como o seu familiar o compreende**. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 1998

CASTRO, Fernando de. Homem, mundo e emoções. In: **As emoções**. Florianópolis, NECA Edições Independentes, 1998. p. 79-98.

CORRÊA, Adriana K. Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 48, n. 3, p. 233-242, jul./agos./set.,1995.

CORREA, Adriana K. O paciente em centro de terapia intensiva: uma reflexão bioética. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo. V. 32, n. 4, p. 297-302. Dez. 1998

- DANIEL, Liliana Felcher. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo. EPU. 1983. 176 p.
- DOBBRO, Eliseth R. L. SOUSA, Janaina M., FONSECA, Selma M. da. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influencia na comunicacao interpessoal. **Rev. Esc. Enf. USP**. V. 32, p. 255-61, out. 1998
- DOMINGUES, C. I., SANTINI, Luciana, SILVA, Vanda E. F. da. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 39-48, mar. 1999
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Carvalho, Vilma de. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro. Revinter. 1999.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira S. A. 2 ed. 1986
- GAUTHIER, Jacques et al **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro. Copacabana Koogan. 1999.
- GELAIN, Ivo. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária. 1998.
- GIMINES, Maria da Glória G. **A mulher e o câncer**. São Paulo, Editorial Psy Ltda, 1997.
- GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro, Objetiva, 1995. 375 p.
- GOLEMAN, Daniel. **Trabalhando com a inteligência emocional**. Rio de Janeiro, Objetiva.1999. 416 p.
- HUDAK, Carolyn M. GALLO, Barbara M. **Cuidados de enfermagem, uma abordagem holística**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. 6. Ed. 1997. 1013 p.
- JESUS, M. C. P. CUNHA, M. H. F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicacao por alunos da graduação de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.15-25, jan. 1998.
- KOIZUMI, Maria Sumie, MIYADAHIRA, Ana Maria K., TAKAHASHI, Edna I. U. Análise retrospectiva das pesquisas de enfermagem em terapia intensiva: 1975-1984. . **Rev. esc. enf .USP**. São Paulo, 20(1): 5-17, 1986
- KOIZUMI, Maria Sumie. Perfil da pesquisa de enfermagem em terapia intensiva no Brasil. **Rev. esc. enf. USP**. São Paulo, v.3, n. 3, p. 468-85, dez. 1997
- LAUFFREY, Shirley C., BROUSE, Susane H. Paterson & Zderad – a humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, Joyce J. WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Maryland: Prentice – hall, p. 181-202, .1983.
- LOPES, Carmen Luci R., BARBOSA, Maria Alves, TEIXEIRA, Maria E. M., COELHO, Renata B. A comunicacao profissional de saúde x cliente diante das novas tecnologias. **Rev. Bras. Enferm**. V. 51, n. 1, p. 53-62. Jan./mar. 1998
- MATTELART, Armand. **Comunicação-mundo: história das idéias e das estratégias**. Petrópolis, RJ. Vozes. 2 ed. 1996. 320.
- MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro. Editora Record. 1971.

MAZZA, Verônica de Azevedo. **A comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática.** Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 1996

MELEIS, Afaf. Nursing theory: an live a mirage or a mirror of reality. In: MELEIS, Afaf **Theoretical nursing development & progress.** Philadelphia, J.B. Lippincott Co. Cap. 8, p. 169-194, (Tradução livre, para uso didático, por D^a Eloita Pereira Neves, UFSC. 1985), 1985.

MELEIS, Afaf. **Theoretical nursing – development & progress.** Philadelphia, J.B. Lippincott Co, p. 349-356, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. DESLANDES, Suely F., NETO Otávio C., GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis. Editora Vozes. 13^a edição. 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** HUCITEC-ABRASCO. São Paulo – Rio de Janeiro. 6^a edição. 1994.

NEWMANN, M. ^a A developing discipline. In: **Nursing's theoretical evolution.** New York: NLN, p. 5-18, 1985. REVER

POLAK, Ymiracy. O corpo como mediador na relação homem/mundo. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 6, n. 3. p. 29-43, set./dez. 1997.

OLIVEIRA, Maria Emília de. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo** Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 1998

ORO, Inez Maria. Doente grave e família – percepções de seus problemas. **Revista de Enfermagem Atual.** Ano III, n. 13, set./out., p. 19-22, 1980.

PATERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta T. **Enfermeria humanística.** México, Editorial Limusa, 1979.

POLAK, Ymiracy N. de Souza. O corpo como mediador na relação homem/mundo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 29-43, set./dez., 1997.

PRAEGER, Susan, HORGARTH, Cristina R. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem – os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

RAGASSI, Doroti M. M. O estudo fenomenológico da emoção. In: **As emoções.** Florianópolis. NECA Edições Independentes, p. 99-129, 1998.

ROGERS, Carl R. **Um jeito de ser.** São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária. 1983. 156p.

SADALA M. L. A.; STEFANELLI, M. C. Avaliação do ensino de relacionamento enfermeiro-paciente. **Revista Latino-Americana Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 4, n. especial, p. 139-151, abr, 1986.

SANTÍN, Silvano. Ética e sensibilidade. IN CAPONI, Gustavo A., LEOPARDI, M. Tereza, CAPONI, Sandra N. C.. **A saúde como desafio ético.** Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis. Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde. 1995. p. 87-105.

SANTOS, Iraci dos. GAUTHIER, Jacques. **Enfermagem análise institucional e Sócio-Poética.** Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Néri/ URFG. 1999. 210 p.

SILVA, Alcione Leite da. BELLAGUARDA, Maria Lígia. VOGEL, Cristina. Significados do cuidado em um universo infantil. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 7. p. 268-388, mai/ago. 1998.

SILVA, Josinete Aparecida da, SILVA, M. J. P. da. Expressões faciais e emoções humanas levantamento bibliográfico. **Rev. bras. Enferm.** V. 48, n. 2, p. 180-87, abr./jun. 1995

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo. Editora gte. 1996

SILVA, M. J. P. da O toque e a distancia interpessoal entre enfermeiros e pacientes na consulta de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 25. n. 3, p. 309-18, dez. 1991.

SILVA, M. J. P. da Percebendo os sentimentos de maneira não verbal. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 128-132, 1991.

SILVA, Maria da Luz. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. **Enfoque**, São Paulo, v. 12, n. 14, p. 16-19, 1991.

SINNO, Maria. Comunicacao enfermeiro-cliente. **Rev. bras. de enf.**, 40 (2/3) abr./maio/jun./jul./ago./set. p. 123-25. 1987

SIMÕES, Sônia Diana Faria. SOUZA, Ívis Emilia de Oliveira. O método fenomenológico heideggeriano como possibilidade de pesquisa em enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 50-56, set./dez, 1997.

SOUZA, Lúcia N. Amante de. **Apontamentos de sala de aula.** 1998. Mimeo.

SOUZA, Lúcia N. Amante de. **Estabelecendo uma forma de comunicação com o paciente entubado na unidade de terapia intensiva.** Monografia para o curso de Especialização em Projetos Assistenciais do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 1997.

STEFANELLI, Maguida. **Comunicação com o paciente, teoria e ensino.** São Paulo, Robe Editorial, 2ª ed., 1993.

STEFANELLI, Maguida. FRANFS, C., FUKUDA, I. M. K. Aceitação, empatia e envolvimento no relacionamento enfermeiro-paciente. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 245-257, 1982.

STEFANELLI, Maguida. Importância do processo de comunicacao na assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, 15(3): 239-245, 1981.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação.** Agosto. 1997. p. 7-40.

THELAN, Lynne A. DAVIE, Joseph K. URDEN, Linda D. LOUGH, Mary E. **Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção.** Lisboa. Lusodidacta. 2ª edição. 1994.

TRENTINI, Mercedes. PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis. Editora da UFSC. 1999.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano.** Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1998. 204 p.

WEIL, Pierre. TOMPAKOW, Roland. **O corpo fala.** Petrópolis. Vozes. 4ª ed. 1996.

WOLFF, Liliane Dayse G. A compreensão da experiência de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 1996

VII. ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar da pesquisa que irei desenvolver na UTI/HU nos meses junho/julho do corrente ano.

A pesquisa que proponho realizar busca resgatar junto as(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem desta UTI, as crenças, valores e opiniões acerca da interação que estabelecem com a (o) cliente internado em UTI sob seus cuidados.

Os relatos obtidos serão confidenciais, o nome das(os) participantes não será utilizado em nenhum momento, garantindo o sigilo da pesquisa. Sua participação na pesquisa ajudará a compreender e aprimorar a dinâmica do trabalho de enfermagem.

Saliento que após a coleta de dados, seu relato será entregue para o seu parecer final, estando você livre para argumentar, inferir ou recusar as informações, como também desistir de participar do estudo em qualquer momento. Se você considerar as perguntas constrangedoras poderá recusar-se a responder.

Será entregue à você uma cópia deste termo e uma outra ficha ficará arquivada comigo. Certa de sua colaboração, agradeço a disponibilidade em participar do estudo, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e conseqüente mudança em nosso trabalho, deixo meu telefone para você entrar em contato quando quiser.

Lúcia Amante Fone: 249-0240 ou 980-0817.

Eu, _____, consinto em participar desta pesquisa desde que se respeite as colocações acima.

Florianópolis, / /1999.

ANEXO 2 - OBSERVAÇÃO INGÊNUA

O primeiro banho levou cerca de dez minutos, sendo executado por dois trabalhadores de enfermagem em uma(o) cliente, M., admitida na UTI em pós-operatório imediato de Laparotomia Exploradora. Estava entubada, em ventilação mecânica no Bennett MA-1. Portava sonda nasogástrica aberta, com secreção sanguinolenta no frasco coletor. O abdômen apresentava incisão mediana, curativo limpo, dreno de penrose à direita, com secreção sanguinolenta coletada por uma bolsa de colostomia (foi retirado 400 mililímetros de secreção, desta bolsa, após a higiene).

Estava sob efeito anestésico, porém mantinha contato com gestos com a cabeça. A higiene corporal teve início às 20:48 horas e término às 21:02 horas do dia 12 de junho de 1999. Minerva e Diana iniciaram a limpeza da pele, que ainda estava com PVPI, usado para o preparo da pele no pré-operatório. Diana já havia preparado e disposto o material sobre a mesa auxiliar.

Minerva: M., vamos limpar a tua pele. A(o) cliente franze todo o rosto e expressa angústia.

Minerva: Tens dor? M. responde afirmativamente com a cabeça.

Diana: Minerva, tem luvas e lençóis para limpar. Limpasse bem?

Minerva: Um pouco. Aqui não muito porque ela sente dor. E aponta para o local da drenagem pleural realizada no período da tarde.

Diana: Trouxe uma toalha para secar.

Minerva: Secar?

Diana: O pano está úmido.

Minerva: É mesmo.

Seguem limpando, a(o) cliente está com um lençol cobrindo seu corpo, não existe cortina para isolar o box.

Diana diz para Minerva: Ela está com vergonha.

Minerva: Como é que sabes?

Diana diz para M.: Tens vergonha?

M. responde movimentando afirmativamente a cabeça.

Diana: Ela está lúcida, e se fosse eu, eu teria vergonha.

Dizia isto e limpava a região pubiana da(o) cliente.

Durante todo o tempo perguntaram se M. sentia frio, dor, solicitavam sua ajuda para virar e trocar os lençóis.

Diana: Minerva, pede para alguém fazer um “maridão”¹.

Minerva: Hermes, faz um “maridão” para nós? M., já estamos terminando. Ergue a cabeça para por o travesseiro. Hermes chega com o apoio e todos iniciaram a lateralização da(o) cliente.

Diana: Ela está desepitelizada na região sacra, já tem hiperemia, que vamos colocar?

Minerva: Nada. Só precisa mudar o decúbito. Encosta aqui M. vamos te cobrir bem. Ela está edemaciada.

Diana: Pronto. Ela está bem. Saem deixando a(o) cliente limpa e aquecida.

¹ Nome dado a um apoio, feito de cobertores e lençóis, para a região dorsal da(o) cliente, quando este é posicionado lateralmente

ANEXO 3 - OBSERVAÇÃO INGÊNUA

O segundo banho levou cerca de vinte e cinco minutos, sendo executado por três trabalhadores de enfermagem, com a(o) cliente em estado de sedação contínua, portador de tétano, no dia 16 de junho de 1999, com início às 21:35 horas e término às 22:00 horas.

A(o) cliente, Sr. N., encontrava-se no leito de isolamento da UTI, devido a necessidade de isolamento. Estava entubado, em ventilação mecânica, no aparelho Evita. Atendia ao chamado, virando a cabeça em direção de quem chamava. Movimentava braços e pernas desordenadamente, as vezes ao estímulo verbal ou ao toque, outras vezes de forma espontânea. Abria os olhos espontaneamente, porém não fixava o olhar.

Durante o banho, a porta do quarto permaneceu fechada. Os trabalhadores de enfermagem entraram no quarto para fazer o banho. Iniciaram a atividade falando e rindo sobre assuntos diversos.

Isis: Sr. N., vamos dar um banho no senhor. Aqui parece ferido do manguito. Apontou para o braço da(o) cliente que estava com sinais flogísticos.

Minerva: Não. Isso já estava. Era um ponto negro.

Isis: Vamos, não adianta representar só porque a Minerva está observando. Este comentário foi feito porque estavam todos acanhados, falando pouco. Todos riram.

Isis: Como está inchado. Mas já está melhor, né Sr. N.?

Minerva: Aqui está com escara no lábio do tubo.

Isis: Vamos fixar o tubo no meio do lábio. Chama o Netuno para ajudar a virar, ele é bem pesado.

Netuno chegou e todos posicionaram a(o) cliente, comentaram sobre o peso, a coluna que doía enquanto finalizavam, deixando o quarto em ordem.

A descrição destas atividades não pode ser gravada. Eu, como enfermeira responsável pelo plantão participava das atividades e, tão logo terminávamos, eu sentava e descrevia todo o momento vivenciado.

ANEXO 4 - DESCRIÇÃO DAS OFICINAS EXISTENCIAIS

A **Oficina Existencial nº 1** aconteceu no dia 18 de junho de 1999, com início às 19:40 horas e término às 21:50 horas. O tema do encontro era “**Quem sou eu?**”. Foi realizado na sala de reunião da UTI, composta por uma mesa retangular com cadeiras, um retroprojektor, um armário com gavetas, um quadro branco e uma película para retroprojeção. É um espaço pequeno. Na ponta da mesa existe uma janela de vidro que permite visualização dos clientes internados na UTI. **Minerva** faz o acolhimento, agradecendo a presença de todos. Chegaram juntos sentando na ponta da mesa, próximo à janela, Diana, Íris e Netuno; Hermes senta na lateral da mesa, de frente para mim. Íris solicita o início da reunião, os outros permaneciam calados. Hermes mexia nos papéis sobre a mesa, os outros sentavam relaxados na cadeira, mas com os braços cruzados.

Minerva os convidou para uma viagem e pediu para que escrevessem em um papel as suas expectativas para esta. Após todos escreverem, ela solicitou que lessem:

Íris: “Espero que seja um trabalho esclarecedor, temas importantes e que venha acrescentar conhecimentos e experiências.”

Hermes: “Pretendo contribuir para o trabalho da amiga, e também com isso, enriquecer meu conhecimento imaturo nesta viagem!”

Diana: “Espero que seja um encontro descontraído e que possamos alcançar o objetivo.”

Netuno: “Atingir novos conhecimentos, buscar respostas e participar de um grupo coeso”.

Minerva explicou o tema e solicitou que elaborassem um cartaz respondendo a questão orientadora: “**Quem sou eu? Em casa? No trabalho?**” Todos folhearam as revistas, em silêncio, durante trinta minutos. Hermes apenas escreveu, acabou primeiro e ocupou o seu tempo folheando as revistas. Em seguida, Minerva pediu que cada um colasse seu cartaz na parede e fizesse a leitura da sua produção. A seguir descrevi os cartazes e as falas de cada um.

Íris fez uma colagem dividindo o papel em dois. Escreveu em cima: **Em casa**

DIÁLOGO INTUITIVO,
expectativa do novo, de
aprender, união do grupo.

<p>sou assim: <u>“Avó, mãe e filha. Eu sou assim, três em um.”</u> (colou a foto de mulheres com idades próximas a 40, 50 e 60 anos), e escreveu ao lado: <u>“Meu objetivo é ser feliz.”</u> (uma foto com um casal passeando em uma praia) e dizes: <u>“Eu batalho por aquilo que desejo e sempre consigo vencer.”</u> <u>“Preocupação com a alimentação do lar.”</u> (fotos de frutas, cerveja e massa). <u>“Cuidado com o futuro sólido.”</u> (cuidado, uma palavra recortada e colada e a foto de uma árvore frondosa). <u>“Paz na velhice.”</u> (uma estrada com uma placa sugerindo não dormir).</p>	<p>DIÁLOGO INTUITIVO, segurança, dependência, felicidade, vitória.</p> <p>DIÁLOGO CIENTÍFICO, variedade alimentar.</p>
<p>Na outra metade escreveu: Na vida, fora do lar e no trabalho: <u>“Contra o mau humor.”</u> (uma foto de uma mulher gritando). <u>“Sou alto astral.”</u> (alto astral colado e “sou” escrito). <u>“Amar pega bem as pessoas.”</u> (amor pega bem em colagem e “as pessoas” escrito).</p>	<p>DIÁLOGO INTUITIVO, paz, felicidade, amor.</p>
<p>Hermes preferiu usar o papel impresso e oferecido por mim, fazendo uma colagem ao pé da página. “Quem sou eu? Em casa?” Desenhou uma caixa e escreveu ao lado – vazia. <u>“As vezes passo 24 horas trancado em meu quarto sem falar com ninguém.”</u> <u>“Estou sempre só (procuro estar só)”</u>. <u>“A única pessoa com quem as vezes converso é com minha mãe (minha única amiga).”</u></p>	<p>DIÁLOGO INTUITIVO, solidão, amor/ódio, solidariedade.</p>
<p>Quem sou eu? No trabalho? Desenhou uma caixa, escreveu ao lado: - <u>“surpresa”</u>. <u>“Produtivo, hábil, cooperador, amigo, colérico (às vezes), me sinto útil.”</u> A figura colada é um desenho de um grupo de pessoas em um bote descendo uma corredeira. Escreveu embaixo: <u>“A figura representa uma jornada em nossa equipe. Estamos num barco em uma grande correnteza. A correnteza significa nosso dia a dia. O que já atravessamos e o que temos a enfrentar!”</u></p>	<p>DIÁLOGO INTUITIVO, solidão, amor/ódio, solidariedade</p>
<p>Diana colou o impresso no papel, centralizando-o e colou figuras ao redor, unindo-as com um traço ao seu significado. Quem sou eu? Em casa? <u>“Sou sonhadora. Tenho muita fé, sou positiva.”</u> – associou a colagem da foto de um anjo. <u>“Sou guerreira, procuro lutar sempre para alcançar meus objetivos.”</u> – associou com um grupo de militares armados, caminhando. <u>“Alimentação – importante para mantermos saudáveis.”</u> – colou uma gravura com frutas. <u>“Super-mãe.”</u> – colou a gravura de um menino e uma menina. Quem sou eu? No trabalho? <u>“Sou responsável.”</u> <u>“Procuro sempre ter novas idéias para ampliar meus conhecimentos.”</u> (colou uma lâmpada com um jovem dentro). Na mão direita, vários objetos, a mão esquerda sobre a testa, a face sorrindo, com olhar de busca). <u>“Comunicativa.”</u> (colou um telefone celular ao lado desta palavra).</p>	<p>DIÁLOGO INTUITIVO, fé, otimismo.</p> <p>DIÁLOGO CIENTÍFICO, variedade alimentar.</p> <p>DIÁLOGO CIENTÍFICO, definiu seus objetivos e tenta alcançá-los.</p>

desta palavra).

Netuno escreveu após a colagem, dividindo a folha em dois: casa, trabalho. Acima da palavra Casa colou as palavras: herói, escrevendo ao lado: “para minha família”; super-herói e segurança total, escrevendo ao lado: “dentro do lar, para família”. Acima da palavra Trabalho colou em uma parte da página, escrito em letras maiores, em vermelho, “o dia da caça”, ao lado escreveu: “dia a gente ganha outro perde”. Outra foto colada era de uma esfinge egípcia, olhos fechados, e uma frase com letras grandes e vermelhas: “desafie seu raciocínio”, escrevendo ao lado: “pensar antes de fazer.”

Ao solicitar que cada um lesse sua produção, procurei relacionar com a Comunicação Terapêutica cujo tema central são os sentimentos de empatia, aceitação, e o envolvimento emocional presentes em uma interação de um modo geral. Quando iniciei a parte teórica desta fase procurei pontuar a relação com os clientes internados na UTI, usando situações por nós vivenciadas. Procurei associar os sentimentos presentes na relação dialógica, empatia, aceitação, envolvimento emocional, com o conteúdo dos cartazes.

O grupo, atento, não fez observações. Ao projetar uma transparência, que mostra através de desenhos, o sentido destes sentimentos, todos descruzaram os braços e voltaram-se para a mesa, descansando os braços sobre ela, riram.

Íris diz para o Netuno que se sentia segura e tranqüila ao saber que estariam juntos pela manhã para encerrarem o plantão. Netuno sorriu. Minerva diz ao grupo que se sente segura ao trabalhar com eles. Diana concorda com as colocações, Hermes permaneceu calado. Diana dizia estar gostando, Hermes e Netuno permaneceram calados. Hermes folheava revistas o tempo todo, sendo que uma vez pedi para que ele deixasse para ler depois. Durante este momento Íris comentou “Às vezes estou com problemas, mas não posso falar para o meu colega. Então estou triste. Acho que deveríamos ter apoio de um psicólogo. Chamamos o paciente pelo número do leito e esquecemos do nome”. Diana disse “A gente está tão acostumado que não se toca...”

Netuno fala “Trabalhamos muito robotizados. O paciente parece um robô.”

Em seguida solicitei que fizessem uma avaliação, por escrito sobre o encontro, deixando em aberto para que eles escrevessem aquilo que surgisse, sem direcionar para determinado aspecto da oficina.

Íris: “Consegui fazer uma auto-avaliação. Tema bastante envolvente.

DIÁLOGO INTUITIVO,
vitória, responsabilidade,
criatividade.

DIÁLOGO INTUITIVO,
segurança.

DIÁLOGO INTUITIVO,
sentimentos de tristeza,
indiferença com a(o) cliente.

FUSÃO INTUITIVO-
CURIÓTIPO

<p>Integração dos participantes. Respostas claras e objetivas. Objetivos alcançados. <u>Conclusões sobre alguns pontos: stress e apoio psicológico aos funcionários.</u> Ministrante com conhecimento do assunto e clara nas suas colocações. Abertura para novos temas e maior entrosamento.”</p> <p>Hermes: “<u>O trabalho em equipe é sempre muito produtivo, pois torna as pessoas úteis. O trabalho em comunicação é muito importante, pois mostra quem são as pessoas. Somos todos muito falhos no que diz respeito a comunicação (às vezes somos irrealis) com a(o) cliente (paciente). Esquecemos do ser humano, desrespeitamos a ele, somos agressivos em certas atitudes referentes a ele (que, digo, mesmo que esta atitude seja benéfica) esquecemos seus valores (morais, éticos do ser humano). São seus objetivos e só nos preocupamos com nós mesmos. Precisamos refletir muito mais quanto a falha em nossa comunicação com o ser humano (seja ele paciente ou profissional).</u>”</p> <p>Diana: “<u>O que achei deste encontro? Achei muito produtivo, pelo fato de eu me conhecer melhor, meus sentimentos, minhas falhas e até mesmo minha insegurança em participar de um trabalho em equipe. Ajudou também para conhecer melhor os meus colegas de serviço, as suas falhas e as suas mudanças de temperamento. E principalmente entender melhor os sentimentos de nossos pacientes, que estão ali precisando da gente.</u>”</p> <p>Netuno: “<u>Foi positivo pois mexe com sentimentos das pessoas, por que sem o mesmo seríamos robôs. Isto faz com que a gente reflita mais durante o contato com o doente. Gostei do primeiro dia, espero que o próximo possa atingir os objetivos.</u>”</p> <p>Após entregarem as avaliações, fizeram os seguintes comentários:</p> <p>Hermes: “<u>Tenho muita dificuldade nos relacionamentos, sou muito fechado em casa, quase não falo. No trabalho sou mais extrovertido. Às vezes sou até um pouco grosso com meus colegas, é meu temperamento.</u>”</p> <p>Diana: “<u>Poxa, a gente trabalha junto e quase não sabe um do outro. Vê o colega triste e acha que pode ser causa da gente.</u>”</p> <p>Íris: “<u>Em casa sou mãe, mulher e irmã, mas agradeço muito o fato de ter encontrado alguém aos 26 anos, que embora bem mais velho, tem sido meu porto seguro. Luto pelo que quero e sou contra o mau humor.</u>”</p>	<p>CIENTÍFICA, associou a técnica com a vivência em seu trabalho.</p> <p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, associou a segurança com o melhor desempenho do trabalho.</p> <p>DIÁLOGO INTUITIVO, tristeza, indiferença.</p> <p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, auto-avaliou e relacionou a sua vivência com o assunto abordado.</p> <p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, relacionou a sua vivência com o assunto abordado.</p> <p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, relacionou a sua vivência com o assunto abordado.</p>
---	---

A **Oficina Existencial nº 2** aconteceu no dia 24 de junho de 1999, com início às 20:00 horas e término às 21:25 horas. O tema do encontro foi **“Como eu me comunico?”**, enfocando a comunicação não-verbal. Neste encontro, as expectativas dos participantes foram as seguintes:

Íris: “Espero que o tema seja bem empolgante e bem esclarecedor.”

Hermes: “Espero cada vez mais buscar aprendizado e cooperar para o nosso aprendizado.”

Diana: “Espero que seja tão bom quanto ao interior. E que consigamos superar as barreiras existentes em nosso meio.”

Netuno: “Ampliar conhecimentos, manter grupo unido.”

Respondendo as questões orientadoras: **Como eu me comunico em meu trabalho? Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho para me comunicar? Quais as dificuldades que eu encontro em meu trabalho para me comunicar?**

Íris: aproveitou o texto impresso e colou no papel, fazendo três colunas imaginárias. Como eu me comunico no meu trabalho? Colou: um desenho de um coração com olhos e boca, sorridente, escreveu ao lado: “Sorrindo”; a Magali (personagem das histórias infantis da Turma da Mônica) sorridente e de braços abertos, escreveu ao lado: “Falando”; o desenho de uma senhora com ar compenetrado e atencioso e escreveu: “Escutando”. Este mesmo desenho foi colado, só que agora falando com um papel na mão direita e parecendo alterada, brava e escreveu do lado: “Falando alto”. Abaixo da segunda pergunta **“Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar?”** Colou em letras garrafais, ao lado de trabalho, **“A NOSSA TURMA”**, colando abaixo os personagens da Turma da Mônica, de Maurício de Souza, um ao lado do outro, gesticulando, interrogando, pensando. Abaixo deste, um outro quadradinho com a Magali saltando da cama e escreveu **“a(o) cliente”**. Para a pergunta **“Quais as dificuldades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar?”** colou a Magali com expressão de medo, de espanto, escrevendo ao lado “quando a(o) cliente se cala”. Um outro quadradinho com a Magali fechando a porta e escreveu **“quando ele se fecha”** e um último quadradinho com uma senhora chorando e escreveu **“quando ele chora”**.

DIALOGO INTUITIVO, usa a comunicação verbal e não verbal sem conceituá-la.

DIALOGO INTUITIVO, associou a emoção com a dificuldade de interação.

Hermes apenas escreveu no impresso que ofereci, não fez nenhuma colagem. Como eu me comunico no meu trabalho? Respondeu: “de forma direta, através de gestos (eu), as vezes finjo entender o que ele me diz (entubado) com seus gestos, apresentado figuras ou objetos.” Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar? Respondeu: de estar mais direto com ele, Ter um número menor de paciente para que eu possa trabalhar. O fato de o paciente estar sem acompanhantes, me permite que eu possa ir e vir com mais flexibilidade. A informatização”. Quais as dificuldades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar? Respondeu: “pacientes estrangeiros (outras nacionalidades), humor (do profissional, às vezes estamos mau humorados e não queremos falar com ninguém.”

Diana: respondeu no impresso oferecido, porém fez algumas colagens, ligando-as com setas ao seu significado. Como eu me comunico no meu trabalho? “através de gestos de carinho, de um sorriso amigo (fez uma seta em direção à uma colagem de uma mulher sorridente) e, também durante os cuidados prestados ao paciente (fez uma seta para uma colagem de uma mulher de óculos, sorridente, com um estetoscópio, fazendo ausculta no tórax de uma menina de fraldas, deitada em uma mesa de exames. A menina brinca com o estetoscópio). As vezes também através de brincadeiras para distrair o paciente que está ali, muitas vezes angustiado (fez uma seta à uma colagem de um homem sentado, abraçado a um boneco de madeira em seu colo, ambos sorrindo)”. Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar? Respondeu: “Encontro apoio e orientação quando tenho alguma dúvida.” Não fez colagens. Quais as dificuldades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar? Escreveu: “falta de tempo, muitas vezes provocada pelo acúmulo de tarefas a executar.” Traçou uma seta para um relógio maior. Ao lado colou uma figura com vários relógios de pulso, uma mulher e uma mão aberta.

Netuno fez colagens na parte superior do papel. Colou uma gravura de um homem abraçando um outro mais jovem, em uma atitude de acolhimento e escreveu “afetividade”. Abaixo colou uma gravura com um grupo de pessoas na carroceria de um caminhão e outra, com um desenho de pessoas em torno de uma mesa realizando um trabalho comunitário. Uniu as duas gravuras com setas e escreveu: “comunicação em grupo ou equipe”. Ao lado colou duas fotos de dois homens trabalhando com computadores, uniu-as com um traço e escreveu evolução. Aproveitou o impresso fornecido e escreveu, após a

DIÁLOGO INTUITIVO, indiferença pelo que a(o) cliente refere.

DIALOGO INTUITIVO, usa a comunicação verbal e não verbal sem conceituá-la.

DIALOGO INTUITIVO, emoção perpassando na interação.

pergunta “Como eu me comunico no meu trabalho?”, “contato verbal, toque, visual”; após “Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho, para me comunicar?”, “por ter um pouco de conhecimento do trabalho”: e após “Quais as dificuldades que eu encontro no meu trabalho para me comunicar?”, escreveu “limitação de algum procedimento, evolução tecnológica”.

Novamente durante a leitura dos trabalhos que foi realizada individualmente, os tópicos relacionados com a comunicação não-verbal foram salientados para, a seguir, serem enfocados cientificamente. O **Diálogo Científico** contemplou a comunicação através de seu conceito, dos seus elementos e formas de se processar, havendo um direcionamento para a comunicação não-verbal. Neste momento foram discutidos, usando transparências e a vivência do momento, a Cinésica, a Proxêmica, a Tacésica. Durante este diálogo, **Netuno** contou que após a primeira oficina, a sua interação com a(o) cliente sob seus cuidados deu-se de tal forma que este insistiu em trocar endereços para continuar lá fora (após a alta) a amizade de ambos.

Íris: início acanhado, arrastado, melhorando com o desenrolar do tema, pouco tempo para um assunto amplo, participantes com pouco entusiasmo no início, tema escolhido próprio para o grupo e dia (noite), o assunto foi crescendo, o interesse também e a participação melhorou, os objetivos de hoje foram alcançados, me senti melhor, menos tensa, a participação (externa) não foi boa.

Hermes: precisamos cada vez mais nos reparamos quanto ao modo em que lidamos com as pessoas (pacientes), pois, por mais bondosos, carismáticos e dedicados, as vezes não somos nada. Quer dizer que às vezes nada daquilo que executamos tem tanta importância, comparada a falta de atenção dispensada a quem precisa.

Diana: foi um encontro muito produtivo. Aprendi a ver o doente como um ser humano que precisa de atenção e carinho. A comunicação é muito importante na recuperação do paciente. Como vamos entender sua necessidade? Sua preocupação? O paciente precisa se sentir seguro.

Netuno: apesar de não estar num momento próprio, com novas idéias, teve vários pontos positivos. Para uma melhor aceitação junto ao paciente.

A **Oficina Existencial nº 3** aconteceu no dia 24 de junho de 1999, com início às 19:50 horas e término às 20:50 horas. O tema desta oficina foi **“Como eu me comunico?”**, enfocando a comunicação verbal. Neste encontro, embora tenha sido comentado, esqueci de solicitar aos participantes que escrevessem em um papel suas expectativas. As questões orientadoras deste encontro foram: **“Como eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? Quais as dificuldades? Quais as facilidades?”**

Íris: para responder as questões ela usou o impresso fornecido, colado em um papel um pouco maior e, para as colagens, usou quadrinhos das histórias infantis da Turma da Mônica de Maurício de Souza. Como eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? colou um quadrinho de dois amiguinhos conversando e escreveu ao lado “falando” e em outro Quadrinho da Mônica sorrindo, escreveu “sorrindo”. Quais as facilidades? Não usou colagem. Apenas escreveu: “Tenho facilidade em comunicar-me com pacientes entubados, não tenho dificuldade em fazer-me entender”. Quais as dificuldades? Escreveu: quando o paciente está desorientado eu falo e não sou compreendida. Colou uma figura da Magali com expressão de pouca compreensão do assunto e escreveu a seguir: “ele concorda mas não faz nada do que eu disse”.

Hermes não usou colagem, apenas escreveu no impresso fornecido. Como eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? “De forma clara e objetiva. Direta e indiretamente. Como mecanismo de negação”, Quais as facilidades que eu encontro quando uso a comunicação verbal? “é através dela que eu identifico os problemas e as soluções para cada indivíduo. Todo mundo precisa se comunicar (Quem não se comunica, se complica)”. Quais as dificuldades que eu encontro quando uso a comunicação verbal? “De forma a interpretar o imaginário das pessoas. Às vezes me fecho, e isso cria dúvidas entre as pessoas, do fato em querer saber o porque”.

Diana utilizou a folha de papel impresso e colou no papel maior, acima fez colagens de um casal olhando um para o outro e escreveu “falando”. Ao lado de uma gravura de um menino com um macaco sobre sua cabeça e de uma mulher escreveu “gestos”. Uma outra foto com uma mulher sorrindo escreveu “sorrindo”. Colou uma frase com letras garrafais “COM QUEM SERÁ...” e escreveu ao lado “dificuldade do paciente em me entender.” No impresso oferecido apenas respondeu as questões orientadoras. Como eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? “Eu me comunico falando através de

DIALOGO INTUITIVO, usa, além da comunicação verbal e não verbal, a emoção.

DIALOGO INTUITIVO, usa, além da comunicação verbal e não verbal, a emoção.

DIALOGO INTUITIVO,

<p>gestos, sorrindo”. Quais as facilidades? “Falo alto e claro, e tenho paciência em ficar ao lado do paciente. Também uso a escrita para que possa facilitar a nossa comunicação”. Quais as dificuldades? <u>“timidez em algumas situações, dificuldade em entender o que o paciente está querendo expressar, quando encontra-se entubado, ou fala outro idioma”.</u></p>	<p>usa, além da comunicação verbal e não verbal, a emoção.</p>
<p>Netuno apenas escreveu no impresso, não fez colagens. Com eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? “Para estar em contato com o paciente e a equipe de trabalho, para expor problemas e tentar soluções”. Quais as facilidades? “Eu! Quando convivo bastante tempo”. Quais as dificuldades? <u>“por ser um pouco fechado”.</u></p>	
<p>O Diálogo Intuitivo-científico abordou aspectos de comunicação verbal, enfocando conceitos, as formas de transmissão das mensagens e problemas que afetam a comunicação verbal. Além disto foi comentado sobre as dicas para uma boa comunicação verbal, fatores que podem dificultar a comunicação verbal e formas ambíguas de comunicação. A explanação teórica foi realizada através de transparências e das experiências dos participantes.</p>	
<p>Após este momento, os envolvidos fizeram uma avaliação da experiência recém vivida.</p>	
<p>Íris: <u>“uma melhor forma de comunicação com os pacientes. Procurar dar mais atenção às queixas dos pacientes. Questionar mais a minha postura com relação ao paciente. Procurar não mentir (algumas vezes) para o paciente.”</u></p>	<p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, reflete sobre a sua postura diante das(os) clientes.</p>
<p>Hermes: <u>“cada vez mais precisamos refletir sobre nossos atos e condutas tomadas perante as pessoas. A comunicação é fundamental para que isto possa acontecer. Às vezes falhamos com as pessoas, por não comunicarmos.”</u></p>	<p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, reflete sobre a sua postura diante das(os) clientes.</p>
<p><u>As oficinas tem sido muito proveitosas, pois através delas é que comparamos que cada vez mais estamos fugindo de um mundo e entrando em outro.”</u></p>	<p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, reflete sobre a sua postura diante das(os) clientes.</p>
<p>Diana: <u>“a comunicação é um meio da gente se entender com o doente. A comunicação e a gesticulação estão juntas neste entendimento. Sempre tentar convencer, explicar com calma ao paciente o que está acontecendo, o que vamos fazer. “Saber ouvir sempre”.</u></p>	<p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, reflete sobre a comunicação diante das(os) clientes.</p>
<p>Netuno: <u>“após diálogos e debates, conclui que sem comunicação, sentimentos, não se faz um bom trabalho junto ao paciente e a equipe. Foi</u></p>	

solucionada dúvida referente ao nosso dia a dia.”

A **Oficina Existencial 4**, Representação da relação dialógica, aconteceu no dia 27 de junho de 1999, com início às 20:45 horas e término às 21:50 horas. O tema desta oficina foi “**Como eu me comunico com a(o) cliente internado na UTI?**”. O local do encontro foi o mesmo da oficina descrita anteriormente. Nesta oficina, foram as seguintes expectativas escritas pelo grupo:

Íris: “Harmonia entre o grupo, objetivos e metas alcançados.”

Hermes: “A cada encontro a busca pelo inovador é sempre constante.”

Diana: “Espero que seja animador como os outros anteriores.”

Netuno: “Mais expectativas de novas idéias. Manter o grupo coeso.”

Após a leitura das expectativas, o grupo realizou, individualmente uma colagem respondendo a seguinte questão: “**como eu me comunico com o doente internado na UTI?**” neste período houve uma interrupção de cinco minutos para admissão de um cliente na UTI.

Íris ocupou toda a folha, colando uma foto de uma artista de televisão fazendo o gesto da paz com as mãos, escrevendo ao lado “através de gestos e sorrisos”. Outra foto, de uma senhora sentada com um rapaz jovem deitado, com olhos fechados. Com a mão direita ela faz carinho na sua cabeça e segura sua mão com a esquerda. Escreveu ao lado “com carinho e proteção”. Ao lado da foto de uma moça alimentando um pássaro branco escreveu “transmitindo paz e tranquilidade, esperança e recuperação”. Finalmente recortou flores em forma de coração e em um recorte em folha branca escreveu “colocando flores no coração da(o) cliente” e colou sobre o recorte anterior.

Hermes nada colou na folha. Apenas registrou a seguinte resposta: “Sou o intérprete comunicativo entre o doente, o tubo e a família. Traduzo seus gestos ansiosos buscando interpretar sua situação perante o sistema (a situação em que ele se encontra). Promover a harmonia e a segurança para que ele possa se amenizar da sua condição de doente. Fazer vigília em sua volta, intermitente (24 horas) para que o mesmo sinta-se seguro e amparado pelos profissionais que o cercam. Fazer com que o mundo fechado em que ele está não seja brusco, mais sim seguro.”

DIÁLOGO INTUITIVO, expectativa do novo, harmonia, união do grupo.

DIÁLOGO CIENTÍFICO, relata os recursos que utiliza para se comunicar.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, associou a comunicação não verbal com a verbal tornando-se presença para a(o) cliente, faz a relação EU-TU.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, traduz sua percepção sem revelar o EU

Diana fez colagens ocupando toda a folha. Colou um bebê segurando um dedo de uma mão, escrevendo ao lado “oferecendo ajuda e apoio, sempre estender a mão”. Em letras garrafais UM NOVO COMEÇO escrevendo ao lado “depois da sua recuperação tudo é um novo começo”. Em letras, também garrafais, POSITIVO com um desenho de uma mão fazendo sinal positivo com o polegar, escreveu ao lado “ser positivo, e ajudá-lo à entender que amanhã tudo será melhor”. Colou uma pequena foto de um santo para a qual nada escreveu dizendo que queria deixar assim. Escreveu ao lado de uma foto de um avião “tento colocar que a sua passagem por aqui será rápida”. Na foto de uma mulher sorridente com e sem óculos, escreveu ao lado “sorrir e demonstrar alegria é muito importante na sua recuperação”.

Netuno colou apenas duas gravuras. Uma com um senhor sentado em um sofá, com os pés repousando sobre um braço do sofá e as costas sobre o outro. Escreveu “após os encontros sinto-me a vontade para desenvolver minhas atividades junto ao paciente”. Uma outra figura de um polvo envolvendo dois homens nada escreveu. Apenas disse que ele se sentia como um polvo, com muitos braços para receber e envolver o paciente”.

Nesta vivência foi realizado uma reflexão sobre os encontros enfocando a interação com a(o) cliente. No momento de elaborar a interação com a(o) cliente, o grupo realizou uma síntese do que foi comentado em cada oficina. Houve um reforço sobre a questão da relação dialógica como fator de humanização dos cuidados de enfermagem.

Íris: “O tema abordado foi muito importante, bastante esclarecedor, empolgante. Revivi experiências vividas por mim anteriormente. Absorvi muito conhecimento no tema abordado. Harmonia, objetivos e metas alcançados. Sinto-me mais à vontade ao falar com o paciente daqui para frente. Ministrante com bastante segurança e domínio do tema.”

Hermes: “Esta oficina serve de reflexão para nós pois pecamos muitas vezes em não saber o significado das coisas, e, ao, invés de procurarmos, colocamos uma pedra em cima. Quer dizer, ao invés de fingir entendê-lo, temos que realmente entender que o significado dos gestos do paciente são um pedido de ajuda. As pessoas que estão a sua volta e que muitas vezes o dão as costas.”

Diana: “Este trabalho em grupo superou todas as minhas expectativas. É a primeira oficina em que eu participo, e espero participar de outras também. O

percepção sem revelar o EU na relação EU-TU.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, usa a comunicação verbal e não verbal para se fazer presença, interagindo dialogicamente com a(o) cliente.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, revela-se uma presença na interação com a(o) cliente, usando sentimentos para estabelecer a relação EU-TU.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, ao aliar o que sabia com o vivenciado sentiu-se mais segura para o trabalho.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, reconhecendo a(o) cliente e si própria como pessoas interagindo no cuidado.

mais importante em tudo isso é o paciente, que muitas vezes está ali deitado na cama e nós nos robotizamos a lhe dar a assistência em que nos é cobrada. Será falta de tempo? Aprendi a me comunicar e entender que por traz deste paciente está uma pessoa com sentimentos, em um ambiente totalmente diferente do seu.”

Netuno: “Na verdade quando começou a oficina, não tinha nem idéia do que era. Após o desenvolvimento, me senti a vontade para referir idéias, como também adquirir novos conhecimentos. Isto foi positivo para meu trabalho junto ao paciente. Sinto mais a vontade para desenvolver minhas tarefas, com isso o paciente fica mais seguro.”

A **Oficina Existencial 5** aconteceu no dia 6 de janeiro de 2000. O objetivo da oficina. Este encontro foi elaborado de forma diferente dos anteriores. Intuitivamente, sentia as modificações ocorridas em cada uma(um) das(os) envolvidas(os) no estudo. Já havia transcorrido seis meses e dez dias da última oficina e precisava saber o significado destas vivências para cada uma(um) delas (deles). Decidi fazê-lo de uma forma mais informal, usando a brincadeira da batata-quente, contendo questões que abrangessem toda temática, que eram respondidas verbalmente. Quando acabaram as perguntas da batata quente, entreguei questões para serem respondidas por escrito e individualmente, escolhidas aleatoriamente por cada uma(um). Infelizmente uma das pessoas estava adoentada, sendo a oficina realizada com três das(os) quatro participantes, pois não tínhamos certeza do tempo de afastamento que poderia ser prolongado. A seguir descrevo os depoimentos feitos neste último encontro.

Minerva – A Íris não está com a gente. E eu queria fazer depois, com todo mundo junto, mas eu tenho medo do tempo, não sei como quando a Íris volta...então é o seguinte: vocês já brincaram de batata quente?

Hermes e Netuno: Ah, já.

Minerva: A batata quente, eu vou ligar a música e vocês vão passando um pelo outro. Não vale pular, hem? Ai, quando eu desligar a música quem pegar vai abrir e tirar uma questão daqui. Tem seis. É tudo relacionado às oficinas que a gente fez aqui. Tá? Sobre a Teoria de Patterson, vocês lembram?

Diana– Não.

Minerva: Não? Aquela que é da comunicação que a gente tem que...

Hermes: Quem não se comunica se trumbica.

Minerva: Que tem que ter humanidade, sentimento...aquelas coisas todas, tá? Então eu vou ligar a música.

Hermes: – Fala rápido, dizendo como é o jogo em tom de brincadeira.

Minerva: ...agora não sei ligar esse...

Hermes: Acho que tá com problema Minerva, esse gravador aí...tá péssimo.

Minerva: Consegue pôr a música, mas não é a escolhida para a oficina.

Hermes: Ah não, a gente quer só...(Hermes bate na mesa enquanto espera. Lúcia tem dificuldade em acertar a fita e Hermes se oferece para ajudar, porém ela consegue antes que ele se levante).

Minerva: Tá. (conseguiu acertar a fita). Cadê a batata? Fugiram com a batata.

Hermes:Ah, Diana.

Diana: Ai faltou alguém aqui, né?

Hermes: Anda, passa. Cadê a lata? Tá contigo...

Diana: Ah, só botam a culpa em mim, né?, toda a culpa em mim.

Minerva: Vão passando... Passa, bem rápido. Isso é coisa de malandro. Tem Diana...(quando desliga a fita). Todos riem e brincam.

Hermes: Diana!

Diana: Vai começar por mim?

Minerva: Vai, escolhe uma. Ai lê em voz alta. (Hermes ri e todos riem).

Minerva: Ela quer bater a foto ali com a lata. (Diana bate a foto).

Diana: *Durante as oficinas o que mais te chamava atenção?* Ai...

Minerva; Lembra? Da tua...é lembra do que a gente conversou, como é que

a gente fez...o que foi falado...da tu fa...daí tu falas aí o que tu lembras...(pensa a Diana, todo o grupo reflete).

Diana: É tudo que eu senti? É isso?

Minerva: É.

Diana: Tá, a gente aprendeu melhor a se conhecer um com os outros, o pensamento de cada um, a opinião de cada um. Mexeu comigo. Eu também aprendi mais a me soltar mais, a falar...a conversar mais, a ficar mais desinibida. ah, foi divertido também, né? Deixa eu ver o que mais me chamava a atenção...

Minerva: É com o paciente que tu cuidas, né? Depois tu...a gente fez aquelas vivências...e tem uma coisa que eu esqueci de falar: se alguém de vocês, dos outros né?, que quiserem complementar o que a Diana tá falando, pode falar, não tem problema. É que ela começa a responder...

Diana: Até mesmo para eu me lembrando.

Minerva: É. Aí se alguém lembrar de alguma coisa ou tiver uma contribuição interessante, pode falar, não tem problema. É...com relação ao doente, Diana, tu falasses com relação a vocês, né? Que entre vocês tu te soltasses mais e com relação ao doente? Houve alguma coisa que te chama à atenção, que te...marcou? Mas assim oh, depois que terminou a oficina até hoje, não...não porque aquilo ali não era só para...imediatamente, após não é? É...para vida assim né? A intenção é que isso continue...que aquilo que a gente conversou seja transmitido...

Diana: Ah, não posso escrever?

Minerva: Eu escrever?

Diana: Eu escrever?

Minerva: Ah não? Fala! Depois tem outra de escrever...tá Diana, eu desligo. Minerva desliga o gravador porque Diana estava inibida em falar sabendo que estava sendo gravado e anota a fala da mesma em uma folha de papel.

Diana: Agora eu preciso me lembrar. Sabes que eu não me lembro. A gente falou dos pacientes que estão aí, contidos no leito, desacordados, sedados, muitas vezes num ambiente diferente, num ambiente que não é o deles, são

DIÁLOGO CIENTÍFICO, o aprendizado sobre processo comunicacional facilitou a interação com as pessoas (clientes ou colegas de trabalho).

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, reconhecer a limitação do cuidado quando não há aprofundamento da expressividade da(o) cliente.

pacientes dependentes, depende da gente para tudo...A tá, é que as vezes a gente fica mais robotizado, meio mecânico, a gente não pode fazer assim, tem que pensar no lado do doente. Visitas – que o acompanhante faz bem para o paciente, para gente as vezes não, para o paciente que tá ali na cama é um conforto.

Hermes: a robotização é como a Diana falou, a gente precisa ser lembrado e estar sendo sempre cobrado senão a gente volta a ser como era antes, tanto a parte técnica como a parte emocional. Até certo período até que incorpore o novo.

Diana: A gente tem que saber dosar as duas coisas, porque senão se emociona e se deixa levar pelos sentimentos. Por isso eu não gosto de trabalhar com criança.

Minerva Ah, é! A Vivi não...eu bato. Depois eu bato. Nova rodada da batata quente, desta vez é o Hermes que está com ela na mão e retira a pergunta.

Hermes: Depois, todos juntos, né? *Qual o significado da comunicação no seu trabalho, quando você está cuidando de outra pessoa?* Tem “n” significados a comunicação a comunicação, né? Quando se cuida de uma pessoa. É...tem a comunicação direta, quando a gente fala direto para a pessoa e a pessoa compreende o que a gente tá falando. E tem a forma indireta, que a gente tá falando mas não sabe se a pessoa tá compreendendo ou não o que a gente fala. Vocês se lembram daquele paciente estrangeiro que internou aqui? (todos murmuram). Como é que foi a comunicação dele? Foi através mais de gestos do que de palavras, que era uma pessoa estranha de um mundo distante, num outro lugar, né? Onde ela precisava das pessoas que estavam ao dela mas ela não sabia nada, nada, do que se tratava, como se tratava, mas no entanto nosso intuito era o melhor possível.

Minerva: E tu achas que a gente conseguiu conversar com ele no final das contas?

Hermes: Sim, conseguimos nos comunicarmos com ele sim, e ele adquiriu uma confiança em nós, porque ele sabia que toda a proximidade nossa para ele, era uma proximidade benéfica. A gente ia levar para ele, né?, conforto coisa que a família distante não podia fazer, a gente se familiarizou com ele.

Minerva: E como é que tu acha que ele percebeu isso. Essa disponibilidade em...em ajuda, né? Que ele não teve medo. No final das contas é isso: ele

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, aliou a sua vivência aos novos conhecimentos, tornando-se presença.

FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, a abertura levou ao envolvimento emocional com o cliente.

<p>não teve medo, né?</p> <p>Hermes: <u>Pela própria necessidade dele do quadro dele, né? Ele tinha necessidade de ser ajudado. Ele não tinha condições né? Ele tava sem condições, e tinha necessidade. Ele...ou ele se...dava por ajudado ou ele, né?...se agravaria mais a situação dele. No período de confusão ele se tornou agressivo, mas após a cessação das medicações em que ele se acordou, ele mostrou outra, ser uma outra pessoa, né?</u></p> <p>Minerva: É, ele tava alterado, né?</p> <p>Hermes: Sim, pela parte medicamentosa, né?</p> <p>Minerva: Então, concluindo, tu achas que a comunicação ela...ela transmite pro doente algo além das palavras...</p> <p>Hermes: Sim, claro. De forma direta verbalmente, de forma direta através de gestos, né? A gente tem que ter comunicação. Até mesmo com as pessoas que já não estejam mais aqui, como os mortos. Sempre que a gente for trabalhar com os corpos a gente tem que se comunicar com eles também. Questões de respeito, né?</p> <p>Minerva: Tá, alguém quer colocar alguma coisa? O Netuno!</p> <p>Netuno: Eu, eu achei que na hora que ele começou a ficar mais lúcido, o gesto, a gente falar, ou a tocar nele, começou..., como tocar né?, tocar com suavidade eu acho que ele começou a sentir mais segurança e confiança na equipe que tava...</p> <p>Minerva: Tava cuidando dele...</p> <p>Netuno: Ao redor dele...</p> <p>Minerva: É, esse foi...</p> <p>Hermes: Foi um exemplo bem, né?</p> <p>Minerva; Uma experiência muito boa nesse sentido, né? Que a gente pode ver que realmente a forma que a gente se coloca do lado do doente tem muito a...contribuir ou a não contribuir na recuperação dele, né?</p> <p>Netuno: A hora que ele acorda ele se...se apavorou, né? Se apavorou e com</p>	<p>FUSÃO INTUITIVO-CIENTÍFICA, a abertura levou ao envolvimento emocional com o cliente.</p>
--	---

o tempo...

Hermes: Todo tempo amarrado, entubado...

Netuno: Com o tempo foi adquirindo confiança no pessoal...

Minerva: É até porque ele não...

Netuno: Foi aceitando o apoio...

Minerva: a linguagem, né?, ele era angolano, não...

Hermes: Sirilanca.

Minerva: É.

Hermes: O dialeto deles né? E ele falava com a língua estrangeira, o inglês.

Minerva: Mais alguma colocação? Não? Eu vou ligar de novo. Só falta tu Netuno, heim? (Minerva liga e a lata rolou entre eles quando desligou).

Hermes: Parou na Diana.

Minerva: Tu empurrasse Diana.

Hermes: Parou na tua mão, Netuno.

Netuno: Foi ela que tava segurando.

Diana: Fino...

Minerva: Eu vi o susto do Netuno.

Diana: Tem que ficar mais distante.

Netuno: *Com relação ao desenvolvimento do seu trabalho, você considera que houve alguma modificação? Quais?* Eu, depois que tive essas oficinas, a Diana falou a palavra “mecânica” da coisa, né? Eu acho que eu mudei assim no sentido de conversar mais com o paciente mesmo ele sedado, entubado, mais é...referir o que eu vou fazer com ele, o procedimento, porque até então a gente tava mais no mecânico, fazia, saia, fazia, saia. Então não...não dava muita importância, e depois que também teve essa oficina, por causa da parte da comunicação, eu achei que teria que dar uma melhorada, abrir mais um

pouco...

Minerva: Melhorada, tu?

Netuno: Eu, me me conhecer mais um pouco melhor e...e tentar ver o paciente assim, mesmo não me respondendo, de outra maneira, conversando ou até tocando né? Oh, vou fazer isso pro Senhor, vou...

Minerva: ...é...

Netuno: Achei que melhorou um pouco na minha parte profissional, depois disso...

Minerva: É, uma coisa que eu vou colocar para vocês aqui com relação ao grupo. A Íris também tá incluída apesar dela não tá aqui. Mas é que o grupo ele é muito bom tecnicamente. Não tem um que é mais ou menos. É que todas vocês, eles são muito bons técnicos. Eu já falei isso várias vezes e vou continuar falando. Só que depois das oficinas eu notei um Netuno mais aberto...

Diana: Com a gente também.

Netuno: É como eu já falei, eu sou, não é que sou, alguém me acha assim...

Minerva: É o teu jeito né Netuno?

Hermes: É comportamento né? Personalidade.

Netuno: ...que eu sou orgulhoso, que eu não falo com as pessoas, mas não sei, é meu, eu custo a me abrir com as pessoas, só depois de muito tempo que eu vou convivendo que eu...

Minerva: É, mas a gente notou, que...é que com relação ao doente eu notei uma abertura muito maior tua com o doente. E o...e do Hermes eu achei que ele ficou mais calmo. Que eram dois né?, da ponta. Porque é mulher é faladeira por natureza, a gente é...pode ver! A mulherada né?, gosta de falar gosta de...tá de conversa. Então eu nesse ponto eu concordo contigo Netuno, realmente houve uma mudança visível. Mais alguém quer colocar alguma coisa? Não?

Hermes: Toda oficina serve de aprendizado. É impossível que a gente passe por uma oficina e não aprenda nada e vá voltar às origens. Então a gente

começa sempre a né?, a se perceber onde a gente falhou, porque a gente não vai mudar por completo...

Minerva: Com certeza.

Hermes: Mas a gente vai corrigindo os erros que a gente cometia anteriormente, né?, e é como eu te falo, tem que tá sempre sendo ou atualizado ou de uma forma indireta sendo cobrado não que a gente né?, ser cobrado a vida toda, mas até para que a gente se situe né?, dos conformes a gente tem que sempre de uma forma ou outra sendo cobrado, sendo aproximado. Faltou comunicação. Tu te comunicou mais com ele, ou tu não te comunicou como devias, ou tu te comunicou de forma agressiva, né? A gente tem que tá sempre tocado, sempre sendo tocado, sendo frisado, porque senão se a gente não for, ou se a gente não fizer mais oficinas, se a gente não for mais cobrado a gente vai voltar a ser aquilo que a gente era anteriormente, isso foi só um período, né?, a gente já está aqui... todos né com mais de quatro anos, fez uma oficina de dois meses e vão voltar a ficar mais tantos anos quantos vierem. Então a gente vai Ter ou vai Ter que fazer novas oficinas sempre para se atualizar, ou você, você, ou entre nós também, a gente se polícia, a gente tem que se policiar, tem que tá sempre sendo cobrado né?, acho que as pessoas, elas não mudam assim não.

Minerva: Não, com certeza. Isso aí é um caminho, né?

Hermes: É, é um caminho.

Minerva: Até o...o caminho, que existe uma filosofia que orienta que é o existencialismo, né?, que é um dos autores muito famosos, é o Paul Sartre, Jean Paul Sartre, né?, que...e o existencialismo é exatamente isso, que não é, como é que é? Não existe perfeição. Existe uma busca pela perfeição.

Hermes: A gente faz a busca para ela né?, é!

Minerva: Então, claro que tem horas que eu vou errar. Apesar de eu tá lendo muito essa parte, e tal...

Hermes: Isso é ser humano, né?

Minerva: Porque a gente começa a ler se sensibiliza mais, mas ainda assim tem horas, que pô, dá licença a gente fica cansado, fica de saco cheio e eu acho que a gente tinha que ter abertura no grupo pra de repente chegar e dizer

tô cansada. Não agüento mais né?, eu acho que a gente pode fazer isso um com o outro, eu vou tá sempre disposta a esse tipo de coisa. E no plantão passado, aquela menina...aquela do leito dois. Acho que ela deve ter tido alta.

Hermes: Ah, a R.

Minerva: A R. De madrugada eu vi que a Íris tava conversando com ela, e eu tava lá no isolamento. De repente a Íris veio: Minerva, vai lá e conversa com ela. Porque ela tava dizendo que ia morrer, deu um desespero na guria de madrugada. Então, a Minerva conversou até certo ponto, viu que não deu e me chamou. Eu fui lá e conversei com ela. Quando eu achei que a guria tava calma ela desatou a chorar de novo. Então não tinha como eu, naquela hora, fechando o plantão, dar uma atenção especial a ela, inclusive porque ela não conseguia falar, ela tava tão sufocada, que ela...ela não conseguia, até pelo tubo, né?, mas eu não sabia direito se ela me ouvia, eu fiquei naquela dúvida. O que é que eu fiz, vim aqui falei com a Doutora M. e a gente apelou para um sedativo. Que tem coisas a que gente não vai conseguir resolver na hora.

Hermes: Sim, teve uma paciente também, a que tava no leito 1 que foi super agressiva.

Minerva: Hã, hã! A Dona A.

Hermes: Reclamou que a Íris tava agredindo ela, eu fui lá pra contornar a situação, não consegui, te chamei...

Minerva: Exatamente.

Hermes: Não consegui, chama...foi...chamamos o médico né? Então ninguém venceu essa paciente. É ela foi super agressiva. Ninguém venceu. Na Segunda-feira houve um atrito feio entre ela e o médico de plantão...

Minerva: Ah é?

Hermes: O Dr. F. Então é muito difícil.

Minerva: Ai a gente quer ver: vê até que ponto somos nós, até que ponto é o doente. Porque o doente também é uma pessoa.

Diana: Mas daí, na Segunda-feira eu trabalhei ela...

Minerva: Tu trabalhou? Ah é, eu passei o plantão...

Diana: Eu peguei o plantão de vocês. E...como eu já conhecia ela lá do Nereu já há muitos anos cuidei delas, estudei com as filhas dela tal e tal. Ela se apegou a mim e conversou bem, comeu bem, ficou calma, tranqüila...se bem que ela tomou um haldozinho, né? Mas, ficou assim bem orientada, toda hora me chamava pra conversar, contar a história da vida dela toda, foi um amor o dia inteiro.

Hermes: Não, mas ela...ela se sentiu agredida porque a Íris ia fazer a higiene íntima e daí ela não quis. A Íris disse que tem que fazer e pronto. Ela achou que aquilo era uma agressão e não é assim. É como ela quer e não é feito como ela quer. E que tudo que é feito é feito...e como a gente né, é feito para melhora dela.

Minerva: Aí, aí no final ela, ela se indispôs com o Fernando?

Diana: Só se foi à noite, daí.

Hermes: Foi à noite.

Minerva: É porque o Dr. F faz plantão não vem de dia.

Hermes: De certo tava num bate boca com ela.

Diana: E ela aceitou a Lavagem externa asséptica de dia e tudo. Dei banho nela também.

Hermes: De madrugada a Íris desistiu né? Não teve como.

Minerva: Então é isso, né? Mais alguma coisa? Eu tinha feito cinco cartõezinhos, então só tem dois aqui e é a última rodada e aí quem pegar pegou, tá?, mas vou ficar de costas.

Hermes: É, eu também acho. (Música).

Minerva: Tão passando ou tão me enganando? (Risos...)

Diana: Ficou comigo, oh!

Minerva: Olha eu tava de costas. Não vi, não vi, tava de costas. A outra é da Íris.

Hermes: Fechou com a chave de ouro, né?

Diana: Tem três!

Minerva: Tem três, aí dois ficam para ela.

Diana: – Cheiroso né?

Minerva: Cheiroso? Não sei.

Hermes: Fecha isso daí. É da lata.

Minerva: Ah, é, não. É do papel. É do papelzinho.

Diana: *O que você sentia quando voltava a desenvolver suas atividades, imediatamente após participar das oficinas?* Ah eu me senti mais leve, mais segura. Consegui me comunicar melhor.

Minerva: Que bom!

Diana: E tô me sentindo muito bem como falei no início consegui me soltar mais. É isso.

Minerva: Mais alguém quer falar alguma coisa?

Hermes: Eu também, da mesma forma que ela. A gente se sente bem. São coisas que a gente aprendeu... a gente né?

Diana: Dá uma leveza na gente assim, e depois... como eu disse pra ti...

Minerva: A primeira oficina que eu participei eu gostei.

Hermes: Ela funcionou como uma terapia. Também ela não foi uma oficina ela foi uma terapia grupal, em que a gente né? Uma coisa nova fazer terapia em expediente, né? Geralmente as terapias são fora do expediente ainda mais essas terapias que para nós trabalha com os pacientes. (Minerva atende celular...)

Netuno: Na verdade captou aqui. Foi lá e empregou ali enquanto a mensagem, a idéia tava recente. Então tu já...

Minerva: Já aplicava. Agora eu preciso perguntar...isso é uma coisa boa, também né? Eu preciso perguntar nisso daí uma coisa: por que vocês acham

que a oficina deu mais segurança? Que a Diana falou, o Hermes, o Netuno né? Por que vocês acham que a oficina deu mais segurança?

Hermes: Eu, eu acho de mim. Porque a gente tava fazendo a coisa certa. Então a gente ouviu a teoria e botou em...junta com a prática. Então quer dizer eu me senti seguro por eu já fazendo a coisa, já to em caminho. Entendeu?

Minerva: E a questão do ambiente externamente técnico da UTI. Que é o que a gente mais encontra em literatura...

Hermes: Externamente estressante, né? Um...

Minerva: É que não dá...é que na verdade o que é que a gente vê? Pouco espaço para a emoção...aqui dentro né? Hermes murmura concordando.

Minerva: Então o que...o que vocês podem relacionar...

Hermes: Como assim? Pouco espaço para emoção Minerva?

Diana: Que é mecânico? Tudo muito mecânico?

Minerva: Exatamente.

Hermes:É mais sei lá que não...

Diana: Nós também temos pacientes acordados...

Hermes: É, e não, eu acho que o e, e ...é o pior estágio no agravamento do doente é o que a gente presta assistência né?, que é o paciente grave que está com a gente, lá na clínica eles tem os pacientes abertos eles não...acho que a gente se aproxima mais dos doentes, nos do que o pessoal das clínicas abertas. Então...não sei, eu até questiono contigo isso aí...mesmo que esteja na Bibliografia.

Minerva: Não o que eu quero dizer acho que eu não coloquei certo. É que o...a atenção do ambiente da UTI...

Hermes: A gente se envolve com tantos mecanismos que...

Minerva: Exatamente e, eu não sou diferente de ninguém.

Hermes: É, todos nós.

Minerva: Eu fazia isso: vinha ali e escutava, como o Netuno disse, de boca fechada considerando que o doente estava em cama.

Diana: Entrava muda e saia calada.

Minerva: Isso, não, claro que a gente conversava entre a gente, aquela coisa. Mas, a atenção para o doente não tinha. Aí eu pergunto a vocês o seguinte: vocês estão dizendo que depois da oficina vocês saíram mais seguros. Já to englobando, quem não se englobar que...que diga que não sentiu assim, né? E, e...então queria fazer uma relação porque será que a gente quando vem aqui, senta, conversa sobre sentimentos, sobre as formas que a gente se comunica, sobre...a emoção no dia do trabalho, o colega como a Diana sempre colocou, que ela conheceu melhor o colega dela...por que que isso vai dar uma segurança maior lá? Tem relação? É isso que eu quero dizer, não tou anulando o...assim que não existe. Existe. Mas porque será que a gente se sentiu seguro em lá e lidar com o doente dessa nova forma, conversando como o Netuno disse. Que mesmo que...ele explica o que vai fazer com o doente...

Hermes: Eu acho que é como eu falei, é que a gente já estava no caminho. Então a gente, já...tu, através de pesquisa, tu veio mostrar para a gente que o lado que a gente tá seguindo é um lado certo...só que mais ampliado, onde a gente começou a buscar aquelas ampliações, né? Eu penso dessa forma.

Minerva: É, é...

Diana: E além disso tem o doente, ele tem sentimento... Ele é um ser como a gente, ele tem sentimento, ele tá ali doente, né?

Minerva: E...e essa questão técnica será que não enfoca a gente, mesmo?

Hermes: Hoje, aconteceu da gente reclamar de não ter conhecimento de certos mecanismos, né? A gente tava falando com a chefia...

Minerva: Ah, tá. Aqueles aparelhos...

Hermes: Questão técnica de novo, oh, questão técnica, mas a gente sempre fala do doente também. Como é que tá fulano de tal, como é que tá beltrano. A gente sempre quando a gente se encontra...a gente quando dá por si a gente tá falando do doente por quê? É um sentimento ligado que a gente tem a ele. A gente quer saber o...a técnica, mas a gente também quer saber a

pessoa.

Minerva: Eu ainda não consegui colocar o que eu quero. Deixa eu ver...será que a gente não fica inibido em mostrar que sente?

Hermes: Fico, eu fico.

Minerva: Vocês não pensaram nisso? Assim que, que a gente trabalha aqui diretamente com a classe médica. E a gente sabe que eles são extremamente técnicos e isso aqui não é um...que eu to falando isso não to é...menosprezando acho que eles têm uma responsabilidade técnica enorme e tem que dar conta. Mas será que a gente não se inibe, que já que esse é um conhecimento de sentimentos, de vivência...será que a gente não se inibe frente a esse...

Hermes: De homem para homem, tu diz assim, de pessoa pra pessoa...

Minerva: De saber pra saber. Será que a gente não pensa assim. Puxa, o meu saber não é bom porque eu não sei como ele sabe? Nunca passou isso pela cabeça de vocês?

Hermes: Não, nunca. Eu acho que cada um...

Netuno: Por que tem o medo de se expressar que pode se expressar errado, e...

Minerva: É, é isso aí. E aí...

Netuno: De repente eu sei mas não falo porque ele é médico. Então ele...eu posso...

Diana: que isso aí o Netuno falou na primeira oficina. (Netuno fala junto com a Diana e eu não consigo entender).

Minerva: Então vocês acham que faz sentido assim, que...que a oficina deu mais segurança porque vocês viram que existem estudos nesta área que dizem tem que ser, é, não é que tem que ser, que é necessário, porque tem que ser é mais mecânico mesmo) que a gente precisa, pensar esse outro lado. Silêncio...Então tá? Mais alguma coisa, vocês queriam colocar? Vocês falaram ali que foi bom, que devia ter mais...que deviam ser lembrados desta conduta. Vocês têm alguma sugestão nesse sentido? Que eu me disponho a procurar mais coisas e fazer aqui, durante o horário de trabalho,

comunicação, falar de emoção, de sentimentos, o que vocês quiserem né?
Então se vocês tiverem vontade...

Netuno: Então, assim oh, Minerva, com o tempo assim com o passar do tempo ai chamar o pessoal e reunir, “como é que vocês tão?, como é que vocês tão tratando do paciente, lembra da oficina? Ai dar uma chacoalhada assim.

Hermes: É como falei? É como eu falei, não é? Que senão a gente sempre volta as origens...que a gente tem que tá sempre...(Falam junto, difícil entender...)

Diana: Eu já não me lembrava mais o que eu tinha visto na oficina, mas depois que começou, veio tudo à tona.

Minerva: Mas só que o teu comportamento lá dentro? Não, não foi esquecido. O que eu quero dizer: tu, tu tá fazendo aquela coisa, até tá mais na parte afetiva, sem pensar, tu tás incorporando um monte que a gente conversou na hora que para pensar a gente fica realmente...será que eu lembro, será que eu não lembro? Será que é assim? Então tá, a gente pode fazer. Eu só não prometo agora né?, porque agora eu tenho que dá conta do...de terminar isso ai, né?

Hermes: É claro, a gente também...né?

Minerva: E vocês também, a hora que precisa conversar...de falar assim. Inclusive agora que a minha liberação terminou...

Diana: Ai que bom! Acabou o mestrado, acabou tudo?

Minerva: Não!

Hermes: Ela precisava de liberação, só que...

Diana: Agora podemos ler o papelzinho da Íris?

Minerva: Curiosa. (O gravador é desligado inadvertidamente). Quando volta:

Minerva: Aqui tem quatro questões tá?, que eu fiz, ainda com relação as oficinas que eu gostaria que vocês respondessem por escrito, tá? Se quiser perguntar ou...e, eu tenho uma agenda do Paulo Coelho, eu comecei a

folhear e achei alguns é...pensamentos que eu copiei e peguei, sem ver o que eu tava perguntando aqui, eu peguei o pensamento. Ai depois vocês guardam...

Diana: São iguais?

Minerva: Não, são diferentes. Vocês vão escolher tá? Tem quatro, ai cada um tira um, o que quiser...assim...a última, o que sobrar é da Íris. Ai vocês leiam o pensamento e fique pensando se combina com vocês, se combina com a pergunta que eu fiz...se for verdade se é mentira. Mas, respondam a pergunta.

Netuno: A pergunta é a que tá embaixo, o pensamento é do papel?

Minerva: É, é.

Mari – Ah, não entendo essa letra, lembra...

Minerva: Dá aqui que eu leio pra ti. É a minha letra Diana.

Diana: Lê...

Minerva: “Lembrar sempre de três coisas: respeito por você mesmo, pelos outros e por seus atos”. Queres que eu leia a pergunta?

Diana: Não, eu leio. E porque aqui a letrinha tá diferente.

Minerva: Acho que agora eu posso desligar... Todos respondem a questão.

“Vivemos em um ambiente técnico, com aparelhos e procedimentos especializados. O que você pensa a respeito de momentos como aqueles vividos nas Oficinas Existenciais?”

Hermes: “Eu penso que sempre após as oficinas nossos comportamentos eram refletidos. E, depois, sem percebermos, eram refletidos. Protanto há uma necessidade em sermos lembrados em tudo aquilo que nos foi passado ou buscarmos novas oportunidades para que possamos por em prática e, ao invés de sermos ótimos, tornarmo-nos excelentes.”

“Segundo Paterson & Zderad (1979) nós precisamos estar disponíveis para o ENCONTRO. Como você avalia esta disponibilidade?”

Diana: “Esta disponibilidade é muito importante para o paciente, sendo que

conforme a gente demonstra nossos sentimentos, o paciente se sente muito mais seguro. Tentar imaginar-se sempre no lugar do paciente é uma coisa que me toca e me faz sempre pensar que bom seria ter sempre alguém disposto ao meu lado para me confortar, segurar a minha mão e me fazer sentir que eu não estou “só”, largado em outro mundo que não é o mau.”

“Fale sobre o que você pensa sobre empatia, aceitação, envolvimento emocional, relacionando-os com as atividades do seu dia-a-dia de trabalho.”

Netuno: “Sinto-me mais seguro em relação as atividades desempenhadas. Dou mais atenção ao que o paciente pede ou se manifesta com gestos. Tento me envolver emocionalmente. Manifesto mais carinho com o paciente. Sinto-me melhor espiritualmente a cada plantão”.

ANEXO 5 - OFICINA EXISTENCIAL 1 – QUEM SOU EU?

OBJETIVO: oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca de si mesmas, de suas crenças em sua casa e no trabalho.

RECURSOS MATERIAIS: sala com mesa, cadeiras, retroprojeto, papel para colagem, revistas, canetas, tesouras e cola.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro momento: o animador faz um convite para os participantes fazerem uma viagem e solicita que escrevam suas expectativas em um pequeno papel. Em seguida pede para que leiam em voz alta para o grupo.

Segundo momento: o animador solicita ao grupo que respondam as perguntas Quem sou eu? Em casa? no trabalho?, através de colagens ou de escrita. A seguir pede para que leiam sua construção e/ou façam a relação entre as figuras e a sua representação. O animador usa as colocações dos participantes para promover um reflexão sobre os sentimentos das pessoas envolvidas em uma interação dialógica.

Terceiro momento: o animador solicita ao grupo que escrevam em um papel sua percepção do encontro e entreguem. Não há a necessidade de uma leitura em voz alta para o grupo.

ANEXO 6 - OFICINA EXISTENCIAL 2 – COMO EU ME COMUNICO DE FORMA NÃO VERBAL?

OBJETIVOS: oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca dos modos de comunicação envolvidos em uma interação dialógica, enfocando os aspectos da comunicação não verbal.

RECURSOS MATERIAIS: sala com mesa, cadeiras, retroprojetor, papel para colagem, revistas, canetas, tesouras e cola.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro momento: o animador faz um convite para os participantes fazerem uma viagem e solicita que escrevam suas expectativas em um pequeno papel. Em seguida pede para que leiam em voz alta para o grupo.

Segundo momento: o animador solicita ao grupo que respondam as perguntas como eu me comunico no meu trabalho? Quais as facilidades que eu encontro no meu trabalho para me comunicar? Quais as dificuldades que eu encontro no meu trabalho para me comunicar?, através de colagens ou de escrita. A seguir pede para que leiam sua construção e/ou façam a relação entre as figuras e a sua representação. O animador usa as colocações dos participantes para promover um reflexão sobre a comunicação não verbal presente durante todo o tempo no qual estão interagindo coma(o) cliente sob seus cuidados.

Terceiro momento: o animador solicita ao grupo que escrevam em um papel sua percepção do encontro e entreguem. Não há a necessidade de uma leitura em voz alta para o grupo.

ANEXO 7 - OFICINA EXISTENCIAL 3 – COMO EU ME COMUNICO DE FORMA VERBAL?

OBJETIVOS: oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca dos modos de comunicação envolvidos em uma interação dialógica, enfocando os aspectos da comunicação verbal.

RECURSOS MATERIAIS: sala com mesa, cadeiras, retroprojeter, papel para colagem, revistas, canetas, tesouras e cola.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro momento: o animador faz um convite para os participantes fazerem uma viagem e solicita que escrevam suas expectativas em um pequeno papel. Em seguida pede para que leiam em voz alta para o grupo.

Segundo momento: o animador solicita ao grupo que respondam as perguntas como eu utilizo a comunicação verbal no meu trabalho? Quais as facilidades que eu encontro quando uso a comunicação verbal no meu trabalho? Quais as dificuldades que eu encontro quando uso a comunicação verbal no meu trabalho?, através de colagens ou de escrita. A seguir pede para que leiam sua construção e/ou façam a relação entre as figuras e a sua representação. O animador usa as colocações dos participantes para promover uma reflexão sobre a comunicação verbal presente durante todo o tempo no qual estão interagindo com(a) cliente sob seus cuidados.

Terceiro momento: o animador solicita ao grupo que escrevam em um papel sua percepção do encontro e entreguem. Não há a necessidade de uma leitura em voz alta para o grupo.

ANEXO 8 - OFICINA EXISTENCIAL 4 - REPRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO DIALÓGICA

OBJETIVOS: oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca da interação dialógica, através da colagem de figuras e/ou escrita, eu representem o cuidado que o trabalhador de enfermagem realiza junto aa(o) cliente internado na UTI.

RECURSOS MATERIAIS: sala com mesa, cadeiras, retroprojektor, papel para colagem, revistas, canetas, tesouras e cola.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro momento: o animador faz um convite para os participantes fazerem uma viagem e solicita que escrevam suas expectativas em um pequeno papel. Em seguida pede para que leiam em voz alta para o grupo.

Segundo momento: o animador solicita ao grupo que respondam a pergunta como eu me comunico com a(o) cliente internado na UIT? através de colagens ou de escrita. A seguir pede para que leiam sua construção e/ou façam a relação entre as figuras e a sua representação. O animador usa as colocações dos participantes para promover um reflexão sobre a interação dialógica, procurando associar as construções as reflexões realizadas nas oficinas anteriores.

Terceiro momento: animador solicita ao grupo que escrevam em um papel sua percepção do encontro e entreguem. Não há a necessidade de uma leitura em voz alta para o grupo.

ANEXO 9 - OFICINA EXISTENCIAL 5

OBJETIVOS: oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca do significado das vivências para cada participante.

RECURSOS MATERIAIS: sala com mesa, cadeiras, papel para escrever, canetas,.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro momento: o animador faz um convite para as(os) participantes refletirem sobre as oficinas das quais participaram.

Segundo momento: o animador solicita ao grupo que respondam a pergunta contida em uma lata, a qual vai ser escolhida através da brincadeira da “batata-quente”.

Terceiro momento: animador solicita ao grupo que escreva em um papel a resposta para a pergunta que ela (ele) escolheu aleatoriamente.