

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

LISNÉIA FABIANI BOCK ORDAHI

**COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E CLIENTES EM UM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA COM BASE NA TEORIA
HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Ficha Catalográfica

O63c Ordahi, Lisnéia Fabiani Bock

Comunicação entre a enfermagem e clientes em um Centro de Terapia Intensiva com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad / Lisnéia Fabiani Bock Ordahi. — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006.
131 p.; CD-ROM.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Comunicação. 2. Enfermagem – Teoria. 3. Centro de Terapia Intensiva. I. Autor

CDD – 610.736 1

LISNÉIA FABIANI BOCK ORDAHI

**COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E CLIENTES EM UM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA COM BASE NA TEORIA
HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante de Souza

**FLORIANÓPOLIS
2006**

LISNÉIA FABIANI BOCK ORDAHI

**COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E CLIENTES EM UM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA COM BASE NA TEORIA
HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD**

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 28 de julho de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
- Presidente-

Dra. Eliane R. P. do Nascimento
Membro

Dra. Eliana Marília Faria
Membro

Dedico este estudo à **Deus**, o todo poderoso, por estar sempre ao meu lado dando força, motivação, além da sensação de realização na vida pelo encontro da felicidade infinita e concretização desse estudo.

“Deus nos deu o rosto, nós fazemos as nossas expressões”.

Maria Júlia Paes da Silva

AGRADECIMENTOS

Neste momento especial de minha vida e de minha carreira profissional, sinto uma sensação de paz e emoção ao lembrar das pessoas que se mostraram amigas, companheiras, confidentes e sobretudo pelo encontro, pela presença ao longo de minha trajetória e vida. Agradeço à todos que de alguma forma contribuíram para meu crescimento como pessoa, cuidadora, em direção ao *ser-mais*.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, professores e funcionários, pela oportunidade de formação, por suas contribuições e orientações.

A minha orientadora, amiga e confidente Dra. **Maria Itayra Coelho de Souza Padilha**, a quem admiro tanto, pela presença genuína, pelo incentivo, disponibilidade e dedicação apostando em minha pessoa, tendo tido paciência e persistência para o término desse trabalho .

Às supervisoras e amigas **Isônia, Dânia e Emilda**, que sempre confiaram no meu trabalho, me apoiaram nos momentos de estresse, presenciaram os “choros” e sempre me trouxeram palavras de conforto e de motivação.

A minha co-orientadora e amiga **Lúcia Nazareth Amante de Souza** pela atenção, conselhos, palavras de conforto e o compartilhar de seu conhecimento sobre “a comunicação”.

As colegas **enfermeiras CTIA** que estiveram próximas e que tanto concordaram em trocar os plantões e turnos, principalmente a **Pricila, Sônia e Nelcy**. Também aos **técnicos de enfermagem da Noite B**, pela

confiança, carinho e amizade eterna e também pela compreensão de minha ausência nos plantões que permitiram o aprofundamento dos estudos e concentração nas discussões.

Aos meus pais, **Bruno e Vera**, pela essência de cada um e por terem me ensinado a valorizar a vida, e a ser uma pessoa franca, verdadeira, preocupada com o outro e que ama sua família.

Ao **Daniel**, que muito me apoiou e escutou durante esta caminhada, pela paciência, dedicação, e confiança em mim depositada, participando de cada etapa do estudo.

Ao meu irmão **Igor**, pela cumplicidade e pela força transmitida.

A **Nice**, pela sua força e incentivo constante, e também pela sua forma de ver o meu futuro, dizendo: *“o conhecimento adquirido ninguém nos tira. Aproveita as oportunidades que a vida está lhe dando e não pára de estudar”*.

Aos meus **alunos da Feevale** aos quais jamais poderia esquecer, meus grandes amigos e companheiros.

Às orientandas **Malú, Jéssica, Renata e Cláudia** pelos momentos que passamos juntas, pela presença, envolvimento e pela amizade eterna.

À amiga **Tânia Maia** pela confiança e acolhimento total em vários momentos em Floripa.

As amigas **Vanise Alencastro, Michele Mayer**, pelo ombro amigo, entendimento do estresse, do cansaço, da impossibilidade de minha presença. Agradeço principalmente pelos momentos de descontração e carinho das verdadeiras parceiras.

E finalmente, meu agradecimento especial aos **participantes deste estudo**, pelo envolvimento e contribuição com este trabalho, compartilhando comigo suas experiências profissionais, histórias de vida e sentimentos que cada um demonstrou, permitindo a união de meu grupo e meu crescimento pessoal e profissional. Muito Obrigada!

ORDAHI, Lisnéia Fabiani Bock. **Comunicação entre a enfermagem e clientes em um centro de terapia intensiva com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad. 2006.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis. 131p.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante de Souza

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial que tem como objetivos identificar nos discursos e na prática da enfermagem o diálogo entre esta e o cliente impossibilitado de comunicação verbal à luz da teoria humanística de Paterson e Zderad; e analisar o processo comunicacional que ocorre entre a equipe de enfermagem e o cliente impossibilitado de comunicação verbal. A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2005, com nove técnicos de enfermagem do turno Noite B do Centro de Terapia Intensiva de um hospital privado de Porto Alegre/RS. Utilizamos a observação não participante e de três oficinas, chamadas de Oficinas Existenciais. As informações coletadas foram agrupadas de acordo com os temas discutidos nas oficinas e observação não participante, sendo compilados em quatro categorias de forma a contemplar os objetivos propostos, sendo assim: o conhecer a si e aos outros; a comunicação entre a enfermagem e cliente, família e outros profissionais da saúde; a experiência do não cuidado e analisando o processo comunicacional entre a enfermagem e o cliente. As reflexões possibilitaram reconhecer que a relação dialógica ainda permanece um tanto prejudicada pela “robotização das pessoas que cuidam”, que deixam de perceber e conhecer a si e ao cliente nas suas condições de ser humano. As vivências desveladas por cada participante apontam para a necessidade de integração entre os profissionais da saúde nas questões terapêuticas e ao entendimento no processo comunicacional com o cliente, através do *estar com*, do *ser mais*, da transferência do amor e da compaixão. Além disso, o discurso do ideal necessita ser o mesmo da ação real para que o cuidado seja humanizado.

Palavras chave: comunicação, enfermagem, centro de terapia intensiva, teoria de enfermagem.

ORDAHI, Lisnéia Fabiane Bock. **Comunicación entre la enfermasen y clientes em uma unidad de vigilancia intensiva embasada en la Teoría Humanística de Paterson y Zderad**. 2006. Disertación (Mestrado en Enfermasen) – Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Pos-Graduación en Enfermasen, Florianópolis

RESUMEN

Esa investigación tiene el carácter convergente-asistencial y el objetivo es la identificación de los discursos y, en la practica de enfermasen, el dialogo entre esa y el cliente imposibilitado de comunicación verbal. Todo se embasado el la luz de la teoría humanística de Paterson y Zderad; y analizar el proceso de comunicación que hay entre el equipo de enfermasen y el cliente imposibilitado de comunicación verbal. La coleta de los datos ocurrió en el período de abril hasta junio de 2005, y fue realizado con nueve técnicos de enfermasen de el turno de la noche B en el Unidad de Vigilancia Intensiva de un hospital privado de Porto Alegre/RS. Nosotros utilizamos la observación no participativa y de tres encuentros, llamados de Encuentros Existenciales. Las informaciones fueron agrupadas en acuerdo con los temas discutidos en los encuentros y observación no participativa, sendo dividido en cuatro categorías de forma a alcanzar los objetivos: conocerse y conocer a los otros; comunicación entre enfermasen y cliente; familia y otros profesionales de la salute; experiencia de no cuidado y analizando un proceso de comunicación entre la enfermasen y el cliente. Las reflexiones posibilitan reconocer que la relación del dialogo aunque es mantenida perjudicada por la “robotização de las personas cuidadoras”, que no perciben y no se conocen y al cliente en las condiciones de ser humano. Las vivencias reveladas por los participantes miran para necesidad de integración entre los profesionales de la salute cuanto a la terapéutica y al conocimiento en el proceso de comunicación con el cliente, a través del “estar con”, do “ser mas”, de la trasferencia del amor y de la compaisano. También el discurso de lo ideal debe ser el mismo de la acción real para que el cuidado sea humanizado.

Palabras-llaves: comunicación, enfermasen, Unidad de Vigilancia Intensiva, teoría de enfermasen.

ORDAHI, Lisnéia Fabiani Bock. **Communication between the nursing and customers in intensive therapy center on the basis of the humanistic theory of Paterson and Zderad.** 2006. Dissertação (Mestrado in nursing) - Federal University of Santa Catarina, Program of Post-Graduation in nursing, Florianópolis.

ABSTRACT

That is about a convergent-assistential research that has as objective to identify in the speeches and in the nursing practice the dialogue between them and the disabled of verbal communication client using the Paterson and Zderad's humanistic theory and to analyze the comunicacional process that occurs between the nursing professionals and the disabled of verbal communication client. The collection of data occurred in the period of April to July of 2005, with nine nursing technician who work on B Night turn of the Intensive Therapy Center on a private hospital in Porto Alegre /RS. We use the comment of not participant and of three workshops, called as Existentials Workshops. The collected information had been grouped according to the subjects argued in the workshops and not participant observing, being separeated in four categories to complement the considered objectives, being thus: knowing itself and the others; the communication between the nursing and customer, family and other health professionals; the experience of the not taken care of and analysing commucational process between nursing and client. The reflections make possible to recognize that the dialogical relation still remains such harmed because of the "mechanization of the people who take care of", they do not perceive and know itself and not even the client on the human being conditions. The experiences discovered for each participant show the necessity of integration between the health professionals on the therapeutical questions and the agreement in the comunicacional process with the client, through the being with, the being more, the transference of love and compassion. Moreover, the speech of the ideal, needs to be the same of the real action, so that the care is humanized.

Words key: communication, nursing, intensive therapy center, nursing theory

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cartaz elaborado na Primeira Oficina Existencial por Lírio, mostrando o Diálogo Intuitivo (otimismo, frustração, alegria)	57
Figura 2: Cartaz elaborado na Primeira Oficina Existencial por Tulipa, mostrando o Diálogo Intuitivo (otimismo para o futuro, frustração, alegria)	62
Figura 3: Cartaz elaborado na Primeira Oficina Existencial por Rosa, mostrando o Diálogo Intuitivo em casa e no trabalho (otimismo, esperança, alegria).....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil dos Participantes das Oficinas.....	46
---	----

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE QUADROS	12
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Revisão teórica sobre o cuidado	21
2.2 Revisão teórica sobre a comunicação	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 Apresentando a Teoria Humanística de Paterson e Zderad	34
3.2 Pressupostos Básicos da Teoria Humanística	35
3.3 Conceitos selecionados a partir da teoria humanística de Paterson e Zderad	36
4 METODOLOGIA.....	41
4.1 Tipo de Estudo	41
4.2 Um hospital de referência	42
4.3 Contexto do estudo: o ambiente do CTIA	44
4.4 Os sujeitos do estudo	45
4.5 Coleta de Dados	47
4.6 Análise e discussão das informações	51
5 O DIÁLOGO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA.....	53
5.1 Conhecer a si e aos outros.....	54
5.2 A comunicação entre a enfermagem e cliente, família e outros profissionais da saúde	64
5.3 A experiência do não cuidado.....	84
5.4 Analisando o processo comunicacional entre a Enfermagem e o cliente com impossibilidade de comunicação verbal	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	107
ANEXOS.....	113

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As lembranças da minha infância, principalmente por volta dos nove anos de idade, percorrem vários momentos, em que senti despertar uma forte atração pelo ambiente hospitalar. Um destes centrou-se no convívio com minha tia, que exercia a função de auxiliar de enfermagem em um hospital na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul (RS). Várias vezes durante as férias escolares, eu a acompanhava em seus plantões noturnos. Tinha curiosidade em vê-la atuando, e me orgulhava de sua profissão. Impressionava-me a facilidade com que interpretava as necessidades daquelas pessoas que cuidava, além de constante demonstração de carinho e atenção.

Outro momento marcante de minha vida foi à realização do vestibular e escolha de minha profissão. Durante o Curso de Graduação em Enfermagem, realizei paralelamente um curso de Auxiliar de Enfermagem, o que contribuiu para o início de minhas atividades no hospital. Após a formatura, iniciei minhas atividades, como enfermeira assistencial no Centro de Terapia Intensiva (CTI), de um hospital de referência na cidade de Porto Alegre, onde estou há seis anos.

Inicialmente me preocupava o fato de que a maioria dos clientes não podia falar. Alguns entubados, outros comatosos, deprimidos, tornando difícil a percepção de suas necessidades a partir de seus gestos e expressões faciais. Interagir com um cliente entubado, ou com o nível de consciência alterado, requeria tempo, sensibilidade e atenção. Este cliente se comunicava apenas através de gestos, ou de outras alterações clínicas, tais como: agitação, sudorese, cianose, dentre outros. O simples fato de estar em um ambiente de terapia intensiva exigia conhecimento técnico, além do domínio no manuseio dos equipamentos. Tudo era novo, mas para minha tranquilidade, a equipe de enfermagem com quem estava trabalhando era experiente e muito me apoiou nesta fase inicial. Cabe ressaltar que a maioria ainda faz parte da equipe de

enfermagem com quem trabalho atualmente.

Perguntava-me a mim mesma, qual a melhor forma de aproximação com o cliente de um CTI? Como adquirir sua confiança? Como orientar este cliente? De que forma poderia verificar o entendimento destas orientações se não podiam responder verbalmente? Estaríamos preparados para interpretar as suas necessidades? De que maneira poderia ajudá-lo vendo seu sofrimento?

As perguntas permaneciam comigo. Procurava respostas com a equipe de enfermagem e conversava sobre os aspectos expressivos do ser humano. Muitos deles relatavam que tinham dificuldade em interpretar os sinais não verbais dos clientes. Por vezes, via-os medicando os clientes com analgésicos, pois caracterizavam as expressões faciais angustiantes como dor.

Ao iniciar um curso de especialização em terapia intensiva no ano de 2002, surgiram algumas reflexões sobre as implicações da comunicação no processo de trabalho em enfermagem. Como Monografia de final de curso optei juntamente com a orientadora pelo tema para estudo, “*a percepção dos Enfermeiros de terapia intensiva sobre a comunicação não-verbal dos clientes*”, quando poderia verificar o quanto era importante conhecer o processo de comunicação que se estabelece entre a equipe de enfermagem e o cliente com a comunicação verbal prejudicada. O resultado da monografia mostrou o despreparo dos Enfermeiros entrevistados para a percepção dos aspectos expressivos do ser humano. Mostravam dificuldades para interpretar as reações físicas dos clientes, e o de se colocar no lugar do outro além de não evidenciarem interesse em esclarecer suas dúvidas quanto às dificuldades encontradas no diálogo (ORDAHI, 2003).

Reportando-me ao início de minhas atividades como enfermeira no Centro de Tratamento Intensivo, lembro-me da preocupação em atender o cliente na sua totalidade, mas também com a operacionalização de equipamentos neste setor, demonstrada através de minha inexperiência e formação recente. Havia uma preocupação obsessiva em realizar as técnicas de enfermagem e cumprir as rotinas estabelecidas, não valorizando ou procurando compreender as mensagens implícitas no olhar daquele ser humano que estava ali, deitado, à espera do meu fazer, quase sempre sem realizar perguntas ou esclarecer dúvidas sobre o procedimento ao qual iria ser

submetido.

O ambiente extremamente técnico de uma CTI segue o modelo cartesiano, no qual o cuidado de enfermagem apresenta uma dependência crescente da técnica, e seu desenrolar prevê o tratamento mecânico onde a maior preocupação está centrada nas conexões do corpo com a máquina, na manipulação de cateteres, sondas e observação das alterações dos monitores.

A reflexão sobre a prática é sem dúvida um fator importante para o profissional. Reflexão esta que tem sido presente no transcorrer da minha vida profissional, como enfermeira assistencial e como educadora permanente de alunos da graduação de enfermagem. Tenho consciência de que o ser humano não vive isoladamente, mas em contínua interação com os outros seres humanos e com o ambiente.

Ao me perceber deste modo recordei uma situação que despertou o sentimento de impotência em mim e na equipe de enfermagem, a qual passo a descrever:

Uma cliente com o diagnóstico de abdome agudo chega na UTI, acordada e lúcida, estando em Ventilação Mecânica, recebeu a visita de seu esposo, ficando muito agitada, querendo nos comunicar algo através de gestos e mímica facial. Descreveu seu sentimento numa folha de papel, porém seu esposo recolheu-o rapidamente sem que pudéssemos ler.

A cliente desde então, apresentou piora de seu quadro geral, momento em que observamos a presença de hematomas na região abdominal e membros inferiores, não percebidos anteriormente. Sem contato com outros familiares, ficamos sabendo através de uma amiga desta cliente, de que a mesma teria sido agredida fisicamente pelo marido, e de que não era a primeira vez que isto acontecia.

Naquele momento houve questionamentos e inconformidades da equipe, o que levou-me a ficar preocupada, por não saber que atitude tomar diante da situação. Até mesmo porque o julgamento é sempre muito delicado, onde podemos errar com facilidade. Parei e percebi que precisávamos dar maior atenção às manifestações não verbais dos clientes. E de que forma? Inicialmente, por meio de leituras e conversas em grupo, para que pudéssemos refletir sobre a importância da comunicação e sua

dimensão nas relações entre as pessoas.

A comunicação é muito mais abrangente do que somente transmitir, informar, esclarecer, revelar e expressar. Envolve sentimentos, idéias, concordâncias, discordâncias e proximidade física (SILVA, 2002). E por isso, concordo com a definição da autora quando esta afirma que a comunicação não-verbal ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Pode acontecer por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Essa situação é comum aos clientes que necessitam de CTI, que, para comunicar-se restam-lhes apenas gestos e olhares muitas vezes até de angústia na tentativa de se fazerem entender. Por outro lado, somam-se as tentativas da equipe de enfermagem em compreender este cliente para a realização do cuidado.

A equipe de enfermagem constitui um elo entre este cliente e o ambiente que o cerca. Waldow (1998), baseada em Wanda de Aguiar Horta, refere que a comunicação é para a enfermagem um instrumento básico, uma competência e uma habilidade a ser desenvolvida.

Com início das aulas do Curso de Mestrado em Enfermagem em 2005, novos conhecimentos e conceitos são incorporados, e as teorias de enfermagem são compreendidas com a finalidade de descrever, explicar, prever e até mesmo prescrever o cuidado de enfermagem.

Com base na vivência, nos meus questionamentos e na aquisição de conhecimento, procurei responder a seguinte questão:

“Como se desenvolve a comunicação entre a enfermagem e os clientes em um Centro de Terapia Intensiva?”

Refletindo desta forma, optei por utilizar a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), que traz em seus pressupostos a aproximação entre os Enfermeiros e clientes como uma experiência existencial na qual a sua expressividade e suas potencialidades são evidenciadas. Os seres humanos são encarados como livres, dependentes e interdependentes para o envolvimento em seu cuidado e nas decisões

que precisam tomar em sua vida.

Paterson e 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 considerada como um diálogo vivido, e oferece um marco de referência que envolve o *encontro* (o reunir-se de seres humanos onde há expectativa de que haverá alguém para atender e alguém para ser atendido), a *presença* (a qualidade de estar aberto e receptivo para outra pessoa de modo recíproco), o *relacionamento* (“o estar com outro”, onde um vai em direção ao outro, oferecendo e possibilitando presença autêntica) e *um chamado e uma resposta* (a comunicação interativa, que pode ser tanto verbal como não verbal).

Paterson e Zderad (1979) explicam que por ter a arte de enfermagem um propósito dirigido e intersubjetivo, é mais complexa que as artes da pintura e poesia. Como arte clínica implica em *estar com e fazer com*, assim o cliente deve participar como sujeito ativo para fazer real a sua possibilidade. Entendo que tanto o *bem-estar* quanto o *estar melhor* devem ser os objetivos da enfermagem no CTI.

A teoria humanística de Paterson e Zderad (1979) é dirigida ao desenvolvimento das atividades da enfermeira. Entretanto, cabe ressaltar neste estudo que no Brasil uma das características do trabalho de enfermagem é a divisão de atividades conforme o nível de formação. O cuidado de enfermagem é prestado por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro, e que no processo de formação estes profissionais adquirem conhecimentos científicos diferenciados, uma vez que estes são agregados de acordo com a carga horária prevista pela lei regulamentar de cada curso. Nesta diversidade de saberes de cada profissional ao ser unificada pode ampliar e inovar os modos de pensar e interagir em diferentes ações.

Embora a teoria Humanística estudada, enfoque a (ao) enfermeira (o) no desenvolvimento de suas atividades, o presente estudo foi realizado com técnicas (os) de enfermagem, que são pessoas que assumem a maior parte dos cuidados no Centro de Terapia Intensiva do estudo. São pessoas com sua história de vida, com seus valores e crenças e com conhecimentos e experiências variadas. Cuidam de si, cuidam de seus (suas) companheiros (as), filhos (as) e das pessoas caracterizadas como clientes que

necessitam de atenção, e cuidados de saúde adequados.

Convidar os (as) técnicos (as) de enfermagem para essa reflexão mostra um valor na vivência de cada um (a) como fonte de conhecimento e forma de acrescentar a relação dialógica a prática. Sendo assim, em junho de 2005, realizei a observação não participante e dois encontros nos quais refletimos sobre a comunicação com o (a) cliente, repensando o nosso fazer e sobre o processo comunicacional e suas implicações durante a realização dos cuidados assistenciais. Em julho de 2005 realizei o terceiro e último encontro, quando então refletimos sobre as vivências e interação dialógica que a enfermagem realiza junto ao cliente internado no CTI.

Ao término da disciplina de Projetos Assistenciais¹ e ao elaborar o relatório, percebi uma mudança significativa no ambiente de trabalho, nas relações entre enfermagem e cliente, na transformação de um “ambiente robotizado” em um “ambiente humanizado” como se as vivências estivessem sendo incorporadas pelas (os) envolvidas (os) no estudo.

Considerando à assistência de enfermagem como uma interação dialógica, tracei como objetivo geral para este estudo:

- Refletir sobre o modo como ocorre o diálogo entre a enfermagem e os clientes sob a luz da teoria humanística de Paterson e Zderad.

E como objetivos específicos:

- Identificar nos discursos e na prática da enfermagem o diálogo entre esta e os clientes à luz da teoria humanística de Paterson e Zderad..
- Analisar o processo comunicacional que ocorre entre a equipe de enfermagem e os clientes.

A seguir apresento uma revisão de literatura que trata de alguns aspectos sobre o cuidado e comunicação, partindo de uma visão geral para sua aplicação no processo de trabalho em enfermagem.

¹ Disciplina do Curso de Mestrado em Enfermagem – UFSC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo mostra o discurso de autores e pesquisadores sobre o cuidado e processo comunicacional, considerando suas reflexões teóricas e estudos realizados, apresenta a teoria Humanística e descreve o caminho metodológico seguido durante a realização deste estudo.

2.1 Revisão teórica sobre o cuidado

O cuidar sempre esteve presente na história humana, também como um processo evolutivo na enfermagem, preconizado por Florence Nightingale (1989). A ênfase era dar ao cliente oportunidade de participar do seu próprio cuidado, se as suas condições assim o permitissem. Atualmente, o cuidado passa a ser novamente o foco da enfermagem, dentro da abordagem cuidar/cuidando (WALDOW, 2001).

Historicamente, o termo enfermagem significou essencialmente cuidar, ato este que se forma ao longo do tempo, procurando adequar-se à realidade de sua época, sob a influência de diferentes movimentos econômicos, políticos e sociais, de avanços científicos e tecnológicos, políticas de saúde e da incorporação de novos conhecimentos oriundos da enfermagem. Esse cuidar deve ser profundamente estudado para que dele emanem o saber e o instrumento de trabalho necessário para o desempenho do cuidado de enfermagem.

Conforme Waldow (1998, p.18) “o cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expressão de interesse e carinho”. O primeiro modo faz-se notar em todas as espécies e sexos. Homens e mulheres, bem como plantas e animais, desenvolvem formas de sobrevivência que, dada à capacidade de raciocínio do ser humano, se aprimoram e sofisticam com o tempo. O segundo modo ocorre entre

os humanos, considerando sua capacidade de usar a linguagem, para se comunicar com os outros.

A comunicação é parte essencial do cuidado; portanto, já não pode mais ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos da enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico, mas sim, como afirma Stefanelli (1993), capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelos Enfermeiros, não importando a sua área de atuação.

A comunicação para Silva (1997) é o instrumento principal que a enfermagem possui para assistir ao cliente de forma integral, envolvendo todos os seus aspectos que não somente os da doença, podendo ser efetuado em todos os momentos que o Enfermeiro e equipe de enfermagem estiverem junto ao cliente; seja através de um procedimento, ou atendendo a um chamado, esclarecendo alguma dúvida ou simplesmente fazendo companhia ao outro.

O cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar, e segundo Waldow:

é um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida. (WALDOW, 2001, p.129)

O cuidado implica em uma relação constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo. Para Leininger, citado por Silva, a definição de cuidar significa:

as ações e atividades com vistas a assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte. (LEININGER apud SILVA, 1997, p. 21)

A visão de Watson (1988) é a de que cuidado é um valor humano, que envolve

desejo e comprometimento com o cuidar, conhecimento, ações e consequência do cuidado. O cuidado humano é relacionado à resposta humana intersubjetiva para saúde-doença, interação pessoa-ambiente, conhecimento do processo de cuidado, auto-conhecimento, conhecimento das limitações de poder e transação de alguém.

Arruda e Nunes (1998) ao refletirem sobre o cuidado em enfermagem, salientam que o cuidado é considerado um dever, uma relação terapêutica, uma posição ética, mas além de tudo, condição essencial para que ocorra conforto.

O cuidado de Enfermagem é fundamental e dá sustentação à profissão. Os cuidados prestados pela Enfermagem pertencem a uma esfera objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o fazer com, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, o olho no olho, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano, o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (FIGUEIREDO, MACHADO e PORTO, 1995).

Para Waldow (1995), cuidar em Enfermagem consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É ainda, ajudar outra pessoa a obter auto-conhecimento, controle e auto-cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas.

Para Boff (1999) é o cuidado e o enternecimento pela inalienável dignidade da vida que move as pessoas e os movimentos a protestar, a resistir e a mobilizar-se para mudar a história. Os profetas antigos e modernos nos mostram a coexistência destas duas atitudes presentes no cuidado político: a dureza na denúncia dos opressores e o enternecimento no consolo das vítimas. E ainda ressalta que cuidar é mais que um ato;

é uma atitude, que abrange mais que um momento de atenção, de zelo, e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado à saúde é uma necessidade universal e vital para o processo de viver em sociedade.

o cuidado somente surge quando a essência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida (BOFF, 1999, p. 91).

Para Boff (1999), cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. É um modo de ser no qual a pessoa centra-se no outro, incluindo duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, a atitude de solicitude e atenção para com o outro; a segunda, se preocupação e inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Os momentos de cuidado estão permeados por sentimentos, emoções e expressões tanto por parte da enfermeira como por parte do cliente, em menor ou maior intensidade, dependendo da situação, do autoconhecimento e reconhecimento de ambos nessa interação. Assim, o cuidado é sempre transpessoal, pois transcende o meu, o seu e transforma-se em nosso. (BOBROFF, 2003)

Padilha et al, em estudo sobre as práticas de cuidado, conceituam o Cuidado em Saúde como:

ações profissionais de natureza disciplinar e interdisciplinar, que se dão no processo de interação terapêutica entre seres humanos, fundamentadas em conhecimento empírico, pessoal, ético, estético, científico, educativo, político, com a intenção de promover a saúde e a dignidade no processo de vida humana. (PADILHA et al, 2003, p. 5)

Crossetti, Arruda e Waldow (1998) ao estudarem sobre os elementos do cuidar na perspectiva de enfermeiras, afirmam que, a disponibilidade se refere ao tempo que a

enfermeira deve dedicar ao paciente, e que isto nem sempre é possível pelas condições de trabalho consideradas insalubres, pelo clima de pressão que pode ser criado pela comunidade ou gestores de saúde, levando, por vezes, a ações de não cuidado.

Padilha, Maia e Vieira (2004) em um estudo sobre a “Avaliação das práticas de cuidado de profissionais de saúde em serviços hospitalares do estado de Santa Catarina”, com o objetivo de identificar a percepção das formas de não-cuidado/violência, que ocorrem no processo de cuidar entre profissionais, profissionais e clientes, dirigentes e profissionais e dirigentes e usuários/as, trazem em seus resultados, que as práticas de não cuidado/violência acontecem no cotidiano das relações e inter-relações do processo de cuidar entre cliente e profissionais da saúde e dirigentes, indicando que o cuidado e não cuidado/violência refletem questões e interrelações de Poder.

Padilha (1998) ao estudar as relações de poder, traz em seu discurso que a disciplina e o controle são inerente aos profissionais de saúde, ora como sujeição aos superiores, ora como exercentes do poder junto aos demais membros da equipe de enfermagem e aos clientes. Esta negação de si mesmo, na atitude de poder, frente ao contrato da relação, permite a submissão, ausência de rebeldia e crítica do cotidiano, impossibilitando que a própria organização institucional busque alternativas e mecanismos de intervenção e comunicação objetivando, o acolhimento e uma melhor qualidade da ação profissional no cuidado aos clientes.

Watson (1988) refere que um dos fatores de cuidado é a “provisão de um ambiente que fortaleça a imagem pessoal e auto-estima, através da atenção holísticas para os aspectos físicos, mentais, sócio-culturais e espirituais”. Este ambiente envolve comodidade, privacidade, segurança e aspectos estéticos e de higiene, ou seja, é um ambiente de cuidado que facilita o alcance do conforto por parte de quem cuida e de quem é cuidado.

A dignidade do cliente, receptor do cuidado, para Padilha, Maia e Vieira (2004) relaciona-se tanto com o ambiente físico, quanto o emocional e ocorre sob determinadas condições, dentre as quais está o afeto, calor humano, atenção, amor que propicia o crescimento, alívio, segurança, proteção, bem estar ou seja, um ambiente no

qual a pessoa experencia o cuidado humano.

O cuidado humanizado completa uma atitude amigável, por parte de quem presta o cuidado, e isso pode ser comprovado pela aceitação, confiança e satisfação do cliente. para que a enfermagem possa fazer parte desse cuidado no cotidiano, é necessário absorvê-lo no seu dia-a-dia e mantê-lo como princípio de vida (THOMAS E CARVALHO, 1999).

Um estudo realizado por Alves, Padilha e Mancia (2004) sobre as práticas de cuidado que a equipe de enfermagem oferece em um hospital com atendimento especializado a clientes portadores de HIV/Aids, apresentaram em seus resultados que o convívio com a doença traz reações diversas, tanto para o indivíduo, quanto familiares, amigos, assim como o próprio profissional, de acordo com o universo sociocultural de cada um. E percebem dificuldades nestas pessoas para o enfrentamento das situações mais críticas como a terminalidade e morte.

Repensando sobre o cuidado de enfermagem, Paterson e Zderad (1979), reafirmam que o cuidado não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas também no sentido de ser, expresso de forma atitudinal .E que a experiência de conforto do cliente percebida pela enfermeira deve também ser validade por ele enquanto cliente. Esta experiência é individual, única e temporal, pois varia de pessoa para pessoa e para cada pessoa em diferentes momentos. No entanto, tenho observado que esses aspectos são desconsiderados ou pouco valorizados, quando o cuidado se dá em um ambiente de terapia intensiva onde a tecnologia e o tecnicismo ainda predominam.

Para Cintra, Nishide e Nunes

Uma UTI humanizada significa que os enfermeiros têm a mesma compaixão e atenção consigo, com seus pares e colegas e com os pacientes. Cuidar de quem cuida é essencial para se poder cuidar terapeuticamente de outros. (CINTRA, NISHIDE E NUNES, 2003, p. 4)

Para Silva (2000), existem algumas atitudes sobre a arte de ser um cuidador: como aprender a escutar, não interromper o outro nas suas falas, o silêncio pode ser

muito terapêutico e ajudar mais do que muitas palavras; acolher o outro como ele é; aprender com todos, sabendo também receber carinho, atenção e feedback; não descuidar das próprias necessidades; acompanhar as mudanças em você e nos outros; partilhar os aprendizados; ter em mente que a integridade é mais importante que a perfeição; aprender a lavar o próprio coração, além das mãos; ser coerente; evitar rotular pessoas; atender prontamente o ser cuidado e sorrir.

2.2 Revisão teórica sobre a comunicação

A palavra comunicação vem do latim *communis*, que significa comum. Posteriormente evoluiu para *communicare* que significa tornar comum, fazer saber. E pressupõe o entendimento das partes envolvidas, onde não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão (CUNHA, 1996; SILVA, 2001).

A Comunicação não é um fenômeno isolado nem contemporâneo. Como atividade humana, é necessário considerá-la integrada aos processos culturais e, para estudar sua evolução, não é possível desvinculá-la da cultura.

O primeiro passo na comunicação com o cliente é reconhecê-lo como ser humano. Entender e aceitar sua individualidade e o momento doloroso que está passando. É, na medida do possível, olhar sob a ótica do outro, procurando oferecer o que no fundo gostaríamos de receber, quebrar barreiras, aproximando-nos, deixando de lado tabus, simplificando e aquecendo as relações (STEFANELLI, 1993).

Se, a cada ato, nos colocarmos na posição de quem está deitado, quase sem opções, intensamente necessitando de nossa atenção e presença, certamente daremos mais importância a cada manifestação que emitimos. Olhares, comentários, conversas, gestos, toques, enfim, qualquer comunicação tem para o cliente lúcido ou não, uma importância fundamental.

Conscientemente ou não, na medida em que nos relacionamos com outras pessoas no processo de viver, estamos sempre de alguma forma nos comunicando e na área da saúde, especialmente na enfermagem, ele é considerado vital, pois é fundamental no atendimento das necessidades básicas do ser humano.

Horta (1979) afirma que, na enfermagem, a comunicação é um dos instrumentos básicos da profissão.

A comunicação divide-se basicamente em três tipos: VERBAL, NÃO VERBAL, PARAVERBAL (Bittes e Matheus, 1996; Silva, 2002). A comunicação verbal é aquela na qual às palavras são expressas por meio da fala ou do texto escrito. Este tipo de comunicação tem como qualidade essencial, a clareza na colocação da idéia e a adequação desta à pessoa que está nos ouvindo ou lendo o que escrevemos.

Para Silva (2002), a comunicação não verbal ocorre por meio de gestos, expressões faciais e postura corporal e afirma que estudos de Birdwhistell, Edwards e Brillhart feitos sobre a comunicação não verbal estimam que 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% são transmitidas por sinais paralingüísticos (entonação de voz e velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelos sinais do corpo.

A comunicação não verbal deve ser utilizada para complementar ou esclarecer o que está sendo comunicado verbalmente. Exige do profissional uma qualidade imprescindível que é a capacidade de observação sobre tudo o que o cliente nos comunica através do corpo, de sua expressão facial. E a comunicação paraverbal se refere ao complemento singular da comunicação que é o tom de voz, o ritmo, os suspiros, os períodos de silêncio (carregados de palavras) e a entonação que damos às palavras quando falamos. São àqueles detalhes do cotidiano das palavras que indicam o tipo de ação nelas contidas (SILVA, 2002).

Estes tipos de comunicação, quando utilizados simultânea e sincronicamente promovem um processo comunicacional límpido e propício para a relação dialógica e no cotidiano dos Enfermeiros permitem uma compreensão mais acurada da realidade vivida pelos clientes (BORENSTEIN e PADILHA, 2002).

Segundo Stefanelli (1993), o processo de comunicação é composto de formas verbais e não verbais utilizadas pelo emissor com o propósito de compartilhar informações. A autora cita que, permeando estas formas, há uma terceira chamada de paraverbal ou paralingüística, que pode ser expressa pelo tom de voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, pausa, choro, dentre outros.

Para Stefanelli (1993), as funções da comunicação visam conhecer a si mesmo e ao outro, estabelecer um relacionamento significativo e estimular mudanças de atitude e de compromisso.

Silva (2002) entende que a comunicação não-verbal é tudo aquilo que pode ter significado para o emissor ou o receptor, exceto as palavras por elas mesmas. A autora situa a base do trabalho dos profissionais de saúde nas relações humanas com o cliente e com a equipe multidisciplinar e aponta o estudo sobre a comunicação verbal e não-verbal, paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica, como formas de compreender os modos dos

sujeitos expressarem seus sentimentos:

1. **Paralinguagem:** é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Estes sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito.
2. **Cinésica:** é a linguagem do corpo. São os movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais.
3. **Proxêmica:** é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles (diferença de status, preferências, simpatias...).
4. **Características físicas:** são a própria forma e a aparência de um corpo, que transmitem informações sobre a origem étnica e social, sexo, faixa etária, estado de saúde dentre outros.
5. **Fatores do meio ambiente:** são as disposições dos objetos no espaço e as características do próprio espaço.
6. **Tacêsica:** pode ser tudo que envolve o toque. Está também relacionada com o espaço pessoal, a cultura dos comunicadores e as expectativas de relacionamento.

Silva (2002) apresenta um programa de 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. Em 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 os diferentes profissionais da área da saúde.

A Enfermagem ao atender um cliente, deve saber decodificar e perceber o significado da mensagem que este envia, para então, posteriormente, estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente, com suas reais necessidades (SILVA, 2002).

Transmitir e captar mensagens que ajudam as pessoas a aliviarem sua carga

emocional é próprio daqueles que por se auto-conhecerem, dominam seus sentimentos e os utilizam em um processo de ajuda, atuando como um recurso para mudar a percepção da outra sobre determinada situação (SOUZA, 2000).

Silva (2002), ao descrever o processo de comunicação na enfermagem, ressalta a importância da comunicação não verbal nesse processo e afirma que a tomada de consciência pelo Enfermeiro do seu significado na relação com o cliente contribui para a melhoria da qualidade da assistência a ser prestada. Pode ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Castro e Silva (2001), ao investigar os aspectos não verbais, referem que para humanizar a assistência de enfermagem é preciso que o Enfermeiro compreenda e tenha consciência da comunicação não verbal. Silva (2002), salienta que é preciso que o profissional esteja atento aos sinais não verbais e à linguagem corporal do cliente/família, para que se entendam os sentimentos manifestados, muitas vezes não expressos verbalmente.

Melendo (1998) afirma que os dois tipos de comunicação, verbal e não verbal se complementam, ou podem ocorrer simultaneamente. Para essa autora, o nosso corpo está sempre se comunicando, mesmo que estejamos calados.

Em geral quando duas pessoas concordam com a mensagem que foi enviada por uma destas, significa que houve uma boa comunicação. Se por acaso, ocorre uma diferença na comunicação enviada, com relação a mensagem recebida, refere-se que houve falta de comunicação ou falta de entendimento da mensagem. Por isso, não existe uma comunicação totalmente objetiva entre as pessoas. Cada pessoa é um mundo a parte, possui sua subjetividade, sua própria cultura, suas crenças e valores, seus interesses e experiências. A percepção do indivíduo condiciona a mensagem a sua própria lente pessoal. Vemos e ouvimos, conforme nossa própria percepção (SILVA 2002).

Conforme Beltrão citado por Faria (1996, p.30) no processo de comunicação há uma realização parcial e uma integral, para o alcance do objetivo básico. “O processo de comunicação tem por finalidade obter interação, isto é, provocar ações e reações

entre indivíduos e grupos para estabelecimento de uma cadeia recíproca de opiniões e comportamentos”.

Ferreira (2000) realizou uma pesquisa para sua dissertação de mestrado “A Comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação”. Obteve resultados com uma série de contradições: quanto mais intensivo é o tratamento, menos profundo é o contato efetivo da equipe; quanto mais isolado está o cliente, menos a equipe interage com ele. Afirma que:

a comunicação está intrinsecamente ligada à vida, com aspectos conscientes e inconscientes, onde o emissor afeta o receptor e este afeta o outro, e ambos afetam o meio que os circunda, deduz-se que a comunicação é a ‘matriz’ em que se desenrola a existência humana. É a possibilidade dos homens interagirem que cria a percepção de si (FERREIRA, 2000, p.38).

Silva (2002) destaca a importância dos sentimentos envolvidos no binômio Enfermeiro/cliente no processo comunicacional. Acredita que fazer enfermagem implica no reflexo das próprias crenças, sentimentos, pensamentos e conhecimentos. Ao encontrar em si mesma o sentido da interpretação do corpo, afeto, pensamento e espírito, o Enfermeiro interage melhor com o cliente, uma vez que entenderá seus sentimentos, afetos, pensamentos expressos na fala, gestos ou mímica facial.

Conforme George (1993), citado por Bobroff (2003, p. 41) “a comunicação, nesse contexto, inclui o modo verbal, o não verbal e o ouvir de uma maneira que conote compreensão empática”. Podemos demonstrar nosso interesse pelo cliente escutando-o. Escutar é um comportamento de cuidado não verbal, ou seja, ao escutar, silenciarmos, respeitamos o cliente e o estamos cuidando (BOBROFF, 2003).

Silva (1989) em sua dissertação de mestrado “A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes”, verificou falhas na validação da comunicação não-verbal pelas enfermeiras, concluindo ser necessária a inclusão do tema nos programas de educação continuada da instituição em estudo. Em sua tese de doutorado intitulada, “Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros”, Silva (1993) valida um programa sobre os diferentes

aspectos da comunicação não-verbal aplicável para diferentes profissionais e instituições de saúde, onde houve um aumento no índice de percepção dos sinais não verbais do paciente pelos enfermeiros após a aplicação do programa. A mesma autora, em sua tese de livre-docência, denominada “Análise comparativa da aplicação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros hospitalares”, Silva (1998) aplicou um programa para Enfermeiros em diferentes instituições, justificando que a comunicação não verbal inclui todas as formas de comunicação que não envolvam as palavras expressas. Percebeu que os índices de aprendizagem imediata e de percepção da comunicação não-verbal foram positivos, e que um programa bem estruturado pode atingir bons resultados.

Na enfermagem, deve-se realizar a comunicação terapêutica que difere da comunicação social, pois tem como objetivo prestar assistência para melhorar a qualidade de saúde do cliente ou buscar a solução de seus problemas específicos de saúde, enquanto que a segunda promove relações de amizade, de recreação ou relaxamento. Na comunicação terapêutica, a responsabilidade é do Enfermeiro que presta a assistência e planeja e implementa a assistência (ATKINSON e MURRAY, 1989).

George (1993), ao citar Watson, afirma que a enfermagem se expressa mais freqüentemente pela linguagem transparente do corpo, pelo tato e pelo tom de voz.

Na comunicação terapêutica o cuidar em enfermagem é a possibilidade de oferecermos uma atenção de qualidade àqueles que necessitam da assistência de enfermagem. Os profissionais de enfermagem, entre todos os profissionais da área da saúde, são os que mais tem oportunidade de desenvolver um relacionamento próximo ao cliente seja pelo longo período que este permanece internado, seja porque na enfermagem tem se dado destaque especial a concepção de ser humano como um ser bio-psico-socio-espiritual, fatos estes que causam a necessidade de uma maior interação cliente e equipe de enfermagem, intensificando o relacionamento.

O processo terapêutico será educativo quando a enfermagem e cliente chegam a se conhecer e a se respeitar, como indivíduos que participam na solução dos problemas de cada um (FARIA, 1996).

Aprendemos que devemos tratar cada cliente segundo suas necessidades

peçoais, e para isso precisamos encontrar meios de ajudá-los a nos comunicar suas necessidades. Cabe ao profissional, estar atento às dificuldades que impedem a pessoa de declarar o que deseja.

Para Silva (1996), nas relações interpessoais, a comunicação não verbal tem quatro funções básicas: de complementar a comunicação verbal; substituir a comunicação verbal; contradizer a verbal e demonstrar sentimentos.

Mazza (1998) em sua dissertação de mestrado “A comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática”, que teve como objetivo desenvolver no aluno de graduação em Enfermagem a competência interpessoal na interação com a criança hospitalizada com abordagem da comunicação não-verbal, concluiu é necessário aprender a “ouvir” com todos os sentidos para compreender a criança hospitalizada, e perceber a comunicação como forma de cuidar.

Paini (2000) utilizou a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, em sua dissertação de mestrado “Diálogo vivido como cuidado humanizado no processo educativo de enfermagem”, tendo descoberto novos meios para o cuidar, como também uma visão diferente do que é um diálogo vivido como cuidado humanizado para acadêmicos de enfermagem e pacientes.

Souza (2005) aproxima, em sua Tese de Doutorado “Perspectivas do agir comunicativo implícitas no discurso da Enfermagem”, a Teoria da Ação Comunicativa para identificar a ação de enfermagem no discurso das autoras de enfermagem, e refletir sobre o modo como a enfermagem pode superar a noção tecnicista, resgatando os valores de verdade e justiça no agir comunicativo.

Pela comunicação verbal e não verbal elaboramos idéias e comportamentos ou simplesmente informamos. Esta utilização da comunicação requer o emprego de técnicas e recursos que tornem as mensagens mais atraentes e persuasivas.

Deste modo, para “cuidar”, precisamos ter por base o sistema de valores humanísticos e de sensibilidade a fim de considerar os sentimentos e necessidades dos clientes, levando em consideração a pessoa como um todo. Neste sentido, a equipe de enfermagem avalia as dúvidas e dificuldades de verbalização, utilizando a comunicação como instrumento básico na busca da humanização e qualidade da assistência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Apresentando a Teoria Humanística de Paterson e Zderad

A teoria de enfermagem humanística tem suas raízes na filosofia do existencialismo, com influência da fenomenologia. Josephine G. Paterson e Loretta T, Zderad, enfermeiras americanas, após vários anos de prática clínica e de ensino, tornaram-se altamente insatisfeitas com a habilidade da ciência positivista de dirigir-se aos fenômenos que ela consideravam relevantes à enfermagem. Estavam em década à frente da literatura na enfermagem. A teoria da prática de enfermagem humanística foi publicada em 1976, no “Humanistic Nursing”, a qual foi escolhida para compreender os fundamentos e significados humanos da enfermagem, através da exploração de sua relação com o seu contexto humano. As teóricas apresentavam a fenomenologia como a metodologia mais compatível com a enfermagem, denunciando a visão empírica positivista.

Dentro da fenomenologia, Paterson e 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.

Segundo Meleis (1985), a Teoria Humanística de Paterson e Zderad segue o paradigma da Escola de Interação, pois seu interesse está voltado para a enfermagem como um processo de interação entre cliente e a enfermeira, buscando a integridade humana em oposição à mecanização e à desumanização.

O processo de enfermagem humanística, portanto, implica em temas existenciais relacionados com as pessoas, que se evidenciam através de escolhas e intersubjetividade. A intersubjetividade na visão das teóricas é a experiência que permite a autoconfirmação da identidade dos seres humanos. São os Enfermeiros e cliente que confirmam suas objetividades na relação que experimentam, tendo

possibilidades de entrar em um processo de escolhas responsáveis.

Acredito que a escolha e a utilização da Teoria Humanística como norteadora desta pesquisa, fornece subsídios necessários para implementar estratégias de cuidado ao cliente impossibilitado de comunicação verbal, orientada pela teoria de Paterson e Zderad.

3.2 Pressupostos Básicos da Teoria Humanística

A teoria humanística de Paterson e Zderad envolve algumas suposições aparentemente um tanto abstratas, baseadas nas interações enfermeira-paciente. Não existe uma forma simples de definir a essência da enfermagem humanista, já que a preocupação está centrada nas experiências fenomenológicas dos indivíduos, com análise das experiências humanas considerando o pensamento existencial.

Todos os atos da enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e na morte. A meta da enfermagem é um maior *bem-estar* e *estar-melhor* para Enfermeiro e cliente, enquanto experenciam o processo de fazer uma escolha responsável (PATERSON E ZDERAD, 1979).

A enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano, um *diálogo vivo*, isto é, uma relação intersubjetiva (PATERSON e ZDERAD, 1979).

De acordo com Meleis (1985) os pressupostos das teóricas são:

- Enfermagem envolve dois seres humanos que estão querendo entrar em um relacionamento existencial um com o outro;
- Enfermeiros e clientes como seres humanos são únicos e totais, seres bio-psico-sociais com o potencial para vir a ser mais através da escolha e intersubjetividade;
- As experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e o futuro, sendo influenciadas por cada um deles, Na sua totalidade elas são menos do que o futuro;
- Todo encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com um

grande grau de intimidade que profundamente e humanisticamente os membros envolvidos no encontro;

- Os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos no seu próprio cuidado e nas decisões que os envolvem;
- Todos os atos da enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e morte;
- Enfermeiros e clientes convivem, eles são independentes e interdependentes;
- Os seres humanos têm uma força inata que os move para conhecer seu ponto de vista angular e outros pontos do mundo;
- A enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado ao cliente e manifestado na presença ativa do enfermeiro como um todo no tempo e espaço;
- A meta da enfermagem é um maior bem estar acrescido para ambos, enfermeiro e cliente, enquanto eles experenciam o processo de fazer uma escolha responsável;
- A enfermagem é envolvida com seres humanos, seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação;
- Intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem-estar.

3.3 Conceitos selecionados a partir da teoria humanística de Paterson e Zderad

Segundo Trentini (2004, p.51), “conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato. Existem diferentes níveis de abstração que variam de conceito para conceito”.

Diante dessa reflexão, podemos esclarecer os conceitos: Ser humano, saúde, enfermagem, ambiente.

a) Ser Humano: Para Paterson e Zderad (1979) é um ser individual necessariamente relacionado com outros seres, no tempo e no espaço. Tem a capacidade e o livre arbítrio para decidir sobre sua relação com o mundo e também tem a auto-percepção como valor e como manifestação única de seu passado, presente e futuro.

É um ser único, sempre em transformação, possuidor de limites com suas crenças, valores e ações que o caracterizam. O ser humano, neste contexto será o cliente internado no CTI, com impossibilidades de comunicação verbal, tendo em si necessidades bio-psico-socio-espirituais entre outras. “Participa de uma sociedade onde compartilha seu processo de viver dinâmico, através de interações que lhe permite crescer, desenvolver, sentir, aprender, criar, transformar, cuidar e ser cuidado” (PATERSON E ZDERAD, 1979).

b) Saúde: A saúde é vista como um assunto de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e de morte. É descrita como mais do que simplesmente a ausência da doença. Bem-estar implica um estado regular, enquanto vir-a-ser a estar no processo de tornar-se tudo o que é humanamente possível (PATERSON e ZDERAD, 1979).

Entendo como premissa existencial desta teoria a concepção de saúde como um processo de descoberta do significado da vida, ou melhor, é estar aberto às experiências da vida, independente do seu estado físico, social, espiritual, cognitivo e emocional. Em um CTI, caracterizado como um local de atendimento a situações críticas de saúde, é importante a compreensão pela Equipe de Saúde, cliente e familiares, das possibilidades de visualizar o cuidado como estratégia de resgate à saúde necessária ao viver humano.

c) Enfermagem: É uma resposta de cuidado para outra pessoa, em uma situação de necessidade com o objetivo de aumentar as possibilidades de escolhas responsáveis no seu processo de vir-a-ser. A equipe de enfermagem preocupa-se com o ser exclusivo do indivíduo e com a luta para tornar-se pessoa. Ela enfoca o todo e enxerga além da categorização das partes.

A Enfermagem é um diálogo vivido, em que o Enfermeiro e outra pessoa relacionam-se de forma criativa, através do encontro, do relacionamento e o estar

presente (PATERSON E ZDERAD, 1979). Para entendê-la, é necessário considerá-la como um fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas, variando conforme o cliente, sua idade, a situação clínica, sua incapacidade, bem como a percepção do Enfermeiro e equipe de enfermagem acerca da necessidade e suas atitudes para responder a ela.

Cuidado em Enfermagem significa colocar-se no lugar do outro, aproximando-se dos seres humanos pela sua capacidade de colaboração, de solidariedade para com o próximo. E o cuidar quer na dimensão pessoal quer na social é uma virtude que integra os valores que caracterizam a enfermagem (SOUZA; SARTOR; PADILHA; PRADO, 2005).

Segundo Hudak e Gallo (1994, p.4), a equipe de enfermagem é preparada para lidar “com situações cruciais com uma velocidade e precisão, geralmente não necessárias em outras unidades assistenciais”. Essa dinâmica requer da equipe domínio da técnica, condutas e resoluções precisas acerca do cuidado e priorização no atendimento.

Neste contexto, espera-se que a equipe de enfermagem que atua no CTI esteja comprometida com a proteção e promoção do bem-estar do cliente, no seu vir-a-ser, e buscar a humanização no diálogo, um cuidado onde ambos possam vivenciar e compartilhar as experiências, reconhecendo suas singularidades, e construindo mutuamente o cuidado.

d) Ambiente: O ser humano, para Paterson e Zderad (1979) vive em dois mundos diferentes, o mundo interior, e o mundo objetivo de pessoas e coisas, o ambiente externo.

O ambiente afeta o diálogo humano, visto que a relação enfermeiro e cliente vivenciam em harmonia com o ritmo do diálogo ou fluxo do tempo e dirigem seu chamamento e respostas de um ao outro (Paterson e Zderad, 1979). O CTI Adulto é um ambiente crítico que apresenta uma área física repleta de equipamentos desconhecidos, ruídos, pessoas desconhecidas circulando, e intercorrências a todo momento. O cliente está inserido neste contexto, vivenciando dor, desconforto, falta de privacidade, tendo dificuldade parcial ou total para comunicar-se verbalmente. A interação da equipe de enfermagem neste momento deve contribuir para o “estar melhor” do cliente.

A enfermagem fenomenológica, proposta por Paterson e Zderad (1979), compreende um método para a compreensão e a descrição das situações de enfermagem. Existem cinco fases nessa abordagem, descritas abaixo:

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

Compreende o momento da preparação da pesquisadora, implicando na necessidade de estar aberta às experiências do outro, conhecendo a situação do indivíduo na experiência da enfermagem. Para isso, será necessário possuir a sensibilidade da condição humana, obtida através das leituras, arte, teatro e outras formas de crescimento pessoal.

Meleis, citado por Souza (2000) enfatiza que o enfermeiro também poderá ampliar estes conhecimentos através da leitura de trabalhos literários que incluam reflexão, contemplação e discussão que estejam relacionados com o conhecimento e compreensão do ser. Tanto o auto-conhecimento, como o desenvolvimento da auto-percepção são importantes. No entendimento de Paterson e Zderad (1979) é necessário que o enfermeiro seja capaz de vivenciar o outro subjetivamente, e, para isto, precisa possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outros, incluindo terapias de crescimento pessoal.

2. A (o) enfermeira (o) conhece o outro intuitivamente

Paterson e Zderad (1979) enfocam a prática da enfermagem, esta enfermagem fenomenológica, baseada na relação EU-TU descrita por Buber (1974). Nesta relação o enfermeiro, para conhecer intuitivamente o outro e para imaginar o seu real potencial para o vir-a-ser, deverá ver o outro com singularidade, ver o mundo através dos olhos do outro, respondendo aos seus chamados com presença autêntica, sentindo, também com autenticidade, a presença do outro. Nesta relação, EU-TU, sugerem que o enfermeiro interaja com o cliente sem qualquer preconceito, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos.

Praeger (2000) acrescenta que conhecer o outro intuitivamente exige estar “dentro” do outro, no ritmo das experiências do outro. Presume uma abordagem fenomenológica de estar aberto ao significado da vivência do outro.

3. A (o) enfermeira (o) conhece o outro cientificamente

É o momento de análise científica, onde a pesquisadora unirá tudo que é

conhecido intuitivamente da situação de enfermagem e irá comparar, refletir, considerar, analisar, olhar, separar, contrastar, interpretar, denominar e categorizar, isto é, buscando relação entre as partes. Paterson e Zderad (1979, p.79) afirmam: “O desafio de comunicar uma realidade de enfermagem vivida demanda autenticidade do ser e um esforço rigoroso na seleção de palavras, de frases e de gramática precisa.”

4. A (o) enfermeira (o) sintetiza de forma complementar outros conhecimentos

Nesta fase, a pesquisadora fará comparação e relação das situações para aumentar a compreensão de enfermagem das pessoas. Também compara e sintetiza as múltiplas realidades conhecidas e chega a uma visão mais ampliada usando, neste momento, a experiência pessoal e os fundamentos de educação e prática para poder colocar a situação clínica em perspectiva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

5. A sucessão interna da (o) enfermeira (o) ao único paradoxal

É uma fase de abstração extremamente necessária, onde a experiência é finalmente conceitualizada para considerar sua relação com outros conhecimentos e suas variações. Segundo Meleis (1985), este é o momento do desdobramento das múltiplas realidades para uma conclusão que inclui o todo, que incorpora as multiplicidades e contradições. É uma espécie de refinamento da fase anterior no que foi captado intuitivamente, a luta com as realidades conhecidas e a realização de um salto intuitivo para a verdade. Acrescentam que esta é a etapa em que se dá a conclusão mais ampla, que reflete a experiência do cliente e a compreensão da enfermeira, tendo esta conclusão um significado para todos (PRAEGER, 2000) .

4 METODOLOGIA

A escolha pelo referencial metodológico foi estabelecido através do tema e do problema de pesquisa. Gil (2002) refere que nesta etapa são escolhidos os procedimentos a serem seguidos na realização da pesquisa, organizados de acordo com as peculiaridades de cada pesquisa. Sendo assim, utilizei como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (TRENTINI e PAIM, 2004).

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo pretende seguir os pressupostos da pesquisa de campo convergente – assistencial proposta por Trentini e Paim (2004), a qual procura soluções para os problemas realizando mudanças e introduzindo inovações e melhorias no momento social, reconstruindo conhecimentos para reorientar a prática. Em se tratando de uma pesquisa convergente assistencial, o referencial teórico se torna um pouco mais complexo pelo fato de que a implementação do processo de pesquisa inclui, necessariamente, uma prática assistencial.

Da mesma maneira que a prática de pesquisa, a assistência também deverá estar ancorada em uma sistematização teórica. De acordo com Trentini e Paim,

na prática assistencial o tipo de informação a ser obtida e o seu registro visa à adequação da assistência para uma situação específica e imediata, e obedece às necessidades manifestadas pelo cliente: o problema a ser tratado é manifestado pelo cliente seja, ele indivíduo, grupo ou comunidade (TRENTINI e PAIM, 2004, p. 31)

As autoras complementam que a prática não pretende criar novo conhecimento, mas utilizar e testar o conhecimento já desenvolvido previamente pela ciência.

Para Demo (1993) a prática não consiste apenas em uma demonstração técnica da teoria, mas também do modo de vida em sociedade. O modo de vida pode apresentar diferentes aspectos em diferentes grupos sociais e, portanto, o desenho de uma pesquisa convergente deverá abranger múltiplas modalidades, de maneira que não conduza a um processo paralelo, mas a um processo que flutua com o processo da prática.

A pesquisa convergente assistencial mantém durante todo o seu processo uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para os problemas, realizar mudanças e induzir inovações. Possibilita ao autor a liberdade em caminhar e pensar na busca dos sujeitos, dos dados e é objetiva na estrutura de análise dos dados investigados. Além disso, a união entre pesquisa, assistência e participação é bastante clara e definida na pesquisa convergente assistencial, o que a caracteriza como método prático de operacionalização. Mesmo que a pesquisa e a prática assistencial tenham características próprias, nada impede que se pesquise um fenômeno e pratique a assistência de enfermagem ao mesmo tempo.

O tema desta pesquisa surgiu de minha prática profissional em CTI, quando percebi as formas de comunicação utilizadas pela equipe de saúde com o cliente para uma relação dialógica e a robotização na forma de cuidar, onde não mais satisfaziam minhas expectativas profissionais. Pude provocar mudanças nesta realidade a partir da prática assistencial utilizando como modelo teórico a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979). Para melhor compreensão desse processo inicio com uma apresentação do ambiente escolhido e sujeitos do estudo envolvidos seguindo a descrição do método e análise dos dados encontrados.

4.2 Um hospital de referência

A instituição selecionada para este estudo é uma associação civil fundada em

1912 pela comunidade alemã, sem fins lucrativos, beneficente, assistencial e educacional. Foi inaugurado em 1927, com sede na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e durante a sua trajetória tem a participação fundamental de funcionários, sócios e conselheiros, profissionais da área da saúde, clientes e familiares, religiosos, sindicatos, associações e profissionais das mais diferentes áreas, com ações voltadas às exigências da ciência moderna e com propósito de se manter como um Hospital centro de excelência, com padrões bem definidos no atendimento aos clientes internados.

O hospital caracteriza-se como de médio porte, e ao longo de sua história vem modernizando e buscando a qualidade contínua por meio de práticas que favoreçam o bem-estar do ser humano. Atende todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, dispondo de 266 leitos para internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas; 54 leitos em unidades de tratamento intensivo; 12 salas no centro cirúrgico; 04 salas no centro obstétrico; 28 leitos no centro de recuperação cirúrgica e 06 leitos no centro de recuperação obstétrica.

A filosofia de atendimento de saúde do Hospital ancora-se na Assistência Integral², cuja premissa básica vê o cliente como o centro das ações e o elo entre todas as funções que originam as linhas de ação da organização hospitalar, na qual métodos e procedimentos utilizados buscam satisfazer as demandas dos clientes.

Na Assistência Integral, o trabalho isolado dos indivíduos que compõem o corpo funcional da instituição hospitalar transforma-se em trabalho de equipe multidisciplinar coesa e ciente dos seus objetivos. Nessa prática, as ações multiprofissionais integradas visam o atendimento dos clientes em todas as suas dimensões, de forma harmônica e uniforme, fazendo com que ele sinta-se acolhido e seguro, tornando-se colaborador e receptivo aos procedimentos e orientações necessários ao seu bem estar físico, mental e espiritual.

² A **Assistência Integral**[®] é marca registrada da instituição de estudo. É um sistema de atendimento que, por meio de ações multiprofissionais, perpassa todo o processo terapêutico do cliente, além de engajá-lo no cuidado com sua saúde.

4.3 Contexto do estudo: o ambiente do CTIA

O contexto em que ocorreu a coleta de dados foi o CTI de adultos da referida instituição. Foi inaugurado em 1973 com 10 leitos, foi ampliado em 2002 para 21 leitos, e em 2006 para 31 leitos de adultos, capacitado para atender qualquer tipo de cliente criticamente enfermo. Recentemente foi re-estruturado para atender as áreas de cardiologia, neurologia e cirurgias de grande porte, bem como politraumatizados e os que necessitam de tratamento dialítico. Está situado no terceiro andar do hospital, com fácil acesso aos serviços de hemoterapia, farmácia, emergência e bloco cirúrgico. À sua entrada está uma sala de espera para familiares e acompanhantes. Ao entrar na unidade, visualizamos em seu interior 31 leitos individualizados sob forma de boxes.

Todos os leitos são igualmente equipados com monitores, fontes de oxigênio, ar comprimido, vácuo, bombas de infusão, mesa de cabeceira, relógio de parede e demais equipamentos que são adaptados conforme a necessidade do cliente. Na parte central do CTI encontramos o posto assistencial, o qual permite a visualização constante dos clientes.

A escolha desta área hospitalar foi motivada por ser o ambiente onde atuo como enfermeira assistencial há seis anos. Para Spradley (1980), qualquer espaço físico pode consistir em um espaço de pesquisa social, desde que haja presença de pessoas engajadas em atividades.

A equipe de enfermagem que atende a unidade é composta por dezessete Enfermeiros, distribuídos para quatro turnos de trabalho (três pela manhã, tarde, noite A, noite B); setenta e seis Técnicos de Enfermagem, sendo dezenove³ em cada turno (manhã, tarde, noite A, noite B), realizando uma carga horária de seis horas diárias ou plantões de doze horas por trinta e seis de descanso, além de uma enfermeira supervisora de área que trabalha oito horas diárias. A equipe médica é composta por três residentes e dezoito médicos plantonistas nos períodos diurno e noturno.

Na unidade a assistência realizada é multidisciplinar entre Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Farmacêuticos e até mesmo o Serviço Pastoral da saúde realizam o atendimento ao cliente através da

³ Na prática diária a média de funcionários por turno reduz para 14, devido às folgas, férias, etc.

Assistência Integral.

Algumas práticas humanistas são evidentes no cuidado aos familiares e clientes no CTIA, tais como:

- horário de visita é de duas horas no período da manhã e tarde, e de uma hora e trinta minutos à noite. Mesmo assim a enfermeira avalia cada situação, flexibilizando e organizando a permanência do familiar. Para isso é importante a participação e compreensão da equipe para que se tenha bons resultados e satisfação dos clientes;

- os familiares podem receber informações do intensivista através de um boletim sobre a evolução clínica de cada cliente nas 24 horas do dia;

- a presença do familiar durante mais tempo é estimulada pela enfermagem, para o conforto e segurança do cliente.

- uma vez por semana são realizadas reuniões entre os familiares e alguns representantes do CTI (médico, enfermeira, psicóloga, pastoral) se reúnem com familiares convidados da sala de espera para esclarecer dúvidas, ouvir e aprender mais sobre o cliente a partir de seu familiar e permitir que os familiares troquem entre si percepções, vivências e sensações que estejam enfrentando no momento.

- a prestação de atendimento personalizado e integral por um mesmo técnico de enfermagem, no seu turno de trabalho, desde a internação até a alta no CTIA, favorece a satisfação dos clientes e familiares pela possibilidade de desenvolver uma relação mais íntima e de confiança entre estes.

4.4 Os sujeitos do estudo

A pesquisa convergente assistencial proposta por Trentini e Paim (2004) não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, pois valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações.

Os participantes desse estudo foram os técnicos de enfermagem que atuavam no CTIA no turno noite B no momento do estudo. Não estipulamos o número de sujeitos que iriam participar do estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa utiliza a saturação

dos dados como forma de garantir uma amostra expressiva de informações. Os participantes não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem o estudo; sua participação ativa pode se dar de várias maneiras, como a apresentação de sugestões e críticas, validando e divulgando os resultados de outras formas.

O critério de inclusão adotado foi o tempo mínimo de um ano de atuação nesta unidade, entendendo-se este prazo como necessário para obter relatos da experiência e vivência na CTIA. Deste modo, apresentaremos a seguir o perfil dos participantes.

Participaram deste estudo nove sujeitos, dentre eles dois homens e sete mulheres, com idade entre 52 e 27 anos e idade média de 39 anos, sendo todos técnicos de enfermagem. Para preservar a identidade dos participantes, adotamos pseudônimos com nomes de flores (**Cravo, Lírio, Tulipa, Orquídea, Hibisco, Amor perfeito, Rosa, Violeta e Margarida**), conforme a escolha de cada um. A relação de confiança estabelecida assegura aos envolvidos o direito de não resposta, a não revelação ou a revelação velada, e o respeito aos limites apropriados da revelação preservando a intimidade (GIMENES, 1997).

Descrevo algumas características dos sujeitos do estudo:

Quadro 1: Perfil dos Sujeitos do estudo:

Nome do Participante	Sexo	Idade	Profissão	Ano de Formação	Tempo de atuação na Instituição	Tempo de atuação no CTIA	Tempo de atuação no CTIA à noite
1. Cravo	M	38 anos	Técnico de Enfermagem	1999	2 anos	3 anos	1 ano
2. Hibisco	F	28 anos	Técnica de Enfermagem	2000	2 anos	2 anos	1 ano
3. Rosa	F	37 anos	Técnica de Enfermagem	2002	3 anos	3 anos	1 ano
4. Lírio	M	30 anos	Técnico de Enfermagem	1996	7 anos	5 anos	5 anos
5. Tulipa	F	27 anos	Técnica de Enfermagem	1997	8 anos	5 anos	2 anos
6. Margarida	F	30 anos	Técnica de Enfermagem	1996	9 anos	8 anos	5 anos
7. Orquídea	F	35 anos	Técnica de Enfermagem	1995	10 anos	3 anos	3 anos
8. Amor-Perfeito	F	46 anos	Técnica de Enfermagem	1990	15 anos	15 anos	15 anos
9. Violeta	F	52 anos	Técnica de Enfermagem	1980	25 anos	18 anos	18 anos

4.5 Coleta de Dados

Os sujeitos que se adequaram ao perfil desenhado para este estudo foram convidados a participar das etapas desenvolvidas. Inicialmente, conversei de maneira informal com a enfermeira supervisora do CTIA, solicitando a autorização para desenvolver o estudo no setor, bem como conversar com as enfermeiras e técnicos de enfermagem e expor os objetivos e desenvolvimento do estudo. Após deixei um convite formal para os doze técnicos de enfermagem da noite B do CTIA, e duas enfermeiras, que trabalham comigo no plantão noturno. Concordaram em participar do estudo nove técnicos de enfermagem.

A aceitação de cada participante foi efetivada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) a fim de formalizar o aceite da proposta e garantir a observação dos princípios éticos. Este termo está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe de normas sobre pesquisa com seres humanos, baseada em documentos internacionais que tratam do assunto como o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e versões posteriores), além de Acordos e Diretrizes Internacionais (BRASIL, 1996). Este estudo foi apreciado inicialmente pela supervisão da instituição hospitalar que autorizou o início da coleta de dados e posteriormente houve a aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital (Anexo 2) e Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

A pesquisa convergente-assistencial permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações para a pesquisa convergente e enfermagem. O início da coleta de dados se deu durante a realização da disciplina de “Projetos Assistências em Saúde e Enfermagem” na qual realizamos atividades de observação da prática da equipe de enfermagem e três oficinas que denominamos de existenciais⁴. Esta atividade teve como objetivo refletir sobre as estratégias de cuidado pela equipe de enfermagem junto ao cliente impossibilitado de comunicação verbal à

⁴ Conforme Souza (2000) as oficinas são existenciais, pois retratam as vivências de cada um dos participantes, buscando ampliar a aplicação da Teoria Humanística.

luz da teoria humanística de Paterson e Zderad (ORDAHI e PADILHA, 2005).

Os dados e resultados desta prática assistencial foram utilizados como fontes de dados para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, para a compreensão do processo apresento abaixo o detalhamento das etapas desenvolvidas:

Primeira etapa: Observação Não Participante

Em um primeiro momento realizamos a observação não participante das atividades da equipe de enfermagem junto aos clientes internados na CTI, com o objetivo de buscar subsídios para analisar o processo comunicacional implementado pela equipe de enfermagem ao cliente impossibilitado de comunicação verbal e programar o desenvolvimento das oficinas existenciais.

A observação não participante transcorreu no mês de junho de 2005, nos turnos manhã e tarde em dias escolhidos conforme a disponibilidade da pesquisadora, totalizando (6) seis horas nesta atividade. Teve seu início na passagem de plantão das enfermeiras para se conhecer as condições de saúde dos clientes e para o acompanhamento da enfermagem em sua atuação. Utilizamos para isso um Diário de Campo (Anexo 3) para transcrever o contexto do estudo e cenário da prática assistencial que experienciamos no final de cada observação, além de aspectos relacionados ao processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e clientes com impossibilidades de comunicação verbal. Os dados coletados na observação não participante serviram de subsídios para os dados levantados nas oficinas existenciais e especialmente na oficina 3.

Trentini e Paim (2004) definem que a observação é uma ação inerente à vida cotidiana sobre fenômenos variados. Pode ser feita com diferentes intensidades de participação ou mesmo sem nenhuma participação. Segundo Richardson (1989), comentado por Santos (2002),

Com a observação podem-se obter informações sobre os fenômenos novos e inexplicados que de certo modo, desafiam a nossa curiosidade. E com respeito a este tipo de observação podemos dizer que a sua função é descobrir novos problemas. (RICHARDSON, 1989. p. 41).

As observações realizadas em nosso dia-a-dia podem ser influenciadas de alguma forma pela nossa história pessoal e de vida, o que os leva a “filtrar” somente alguns aspectos que consideramos como relevantes, e consecutivamente negligenciamos outros. Lüdke e André (1986), em uma de suas obras, abordam justamente sobre como confiar na observação como um método científico. Acreditam que para que o instrumento se torne fidedigno e com validade para uma investigação científica, precisa ser controlado e sistemático, ter um planejamento cuidadoso e considerar de alguma forma o preparo do observador.

A observação não participante é vista por Trentini e Paim (2004) como participação passiva, na qual o pesquisador está presente na situação, mas não participa nas atividades e não interage com as pessoas observadas. Segundo Polit e Hungler (2004) as enfermeiras estão em posição vantajosa para observar, sem obstruir os comportamentos e as atividades dos clientes, familiares e equipe de enfermagem. Também relatam que os métodos de observação podem ser usados para reunir informações como as características e as condições dos indivíduos, a comunicação verbal e a não verbal, as atividades e condições ambientais.

Patrício (1998) salienta que no Diário de Campo estão presentes as Notas de Campo, referentes à descrição dos diálogos e do que foi observado no contexto da prática assistencial. No que se refere a relação observador-observado, Richardson (1989, p.216), diz “o que é dito para o participante é válido para o não participante, ou seja, é imprescindível manter um nível de relacionamento agradável e de confiança”.

Segunda Etapa: Oficinas Existenciais⁵

Denominamos de oficinas existenciais os encontros em grupo antes do horário de trabalho. Estas tiveram como objetivo complementar a análise das atividades desenvolvidas pela equipe junto ao cliente impossibilitado de comunicação verbal, assim como colher subsídios para o desenvolvimento futuro de um processo educativo com a equipe de enfermagem voltado para o cuidado do cliente impossibilitado de comunicação verbal, orientado pela teoria de Paterson e Zderad.

Segundo Ferreira (1986), oficina é um lugar onde se exerce o ofício, um lugar

⁵ As etapas das Oficinas Existenciais se orientaram pelo estudo de Souza (2000).

onde se verificam grandes transformações. As oficinas existenciais foram desenvolvidas nos meses de junho e julho de 2005, com duração média de 1 hora 45 minutos cada. A participação nas oficinas foi espontânea, atendendo aos critérios de inclusão já expostos anteriormente. Tivemos o papel de facilitadores das dinâmicas ao propiciar um clima de segurança e confiança, dando liberdade de expressão dos sentimentos, para a construção de um processo reflexivo.

Durante o desenvolvimento das oficinas, foram fornecidos os seguintes recursos: revistas, papel para colagem, tesoura, cola, multimídia e música, incitando a criatividade e a sensibilidade da equipe de enfermagem, criando um ambiente propício à reflexão e expressão dos sentimentos e significados das vivências. Também foi oferecido um lanche ao final de cada oficina, para confraternização do grupo. Figueiredo e Carvalho (1999, p.6) relatam que nesta etapa, “os aspectos mais íntimos fazem parte de cada um de nós, permanecendo muitas vezes escondidos por detrás do que habitualmente aparentamos, de nossa máscara social”.

Realizamos 03 oficinas existenciais que seguiram o mesmo método, ou seja, **um primeiro momento de sensibilização, um segundo momento de execução da oficina e um terceiro momento de avaliação.** Em todos os encontros houve momentos de **relaxamento, dinâmica de grupo e avaliação,** que serviram de estratégia para uma maior aproximação, entrosamento e harmonia.

Compareceram nove (9) técnicos de enfermagem ao primeiro encontro e após aceitarem participar do estudo foram convidados a assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. As oficinas existenciais foram agendadas conforme disponibilidade do grupo.

Oficina Existencial nº 1: tema do encontro foi “**Quem sou eu?**”. O objetivo deste momento foi de oportunizar as pessoas do grupo um processo reflexivo acerca de si mesmas, vivenciando suas crenças pessoais profissionais (Anexo 4). **Oficina Existencial nº 2:** tema do encontro foi “**Como eu me comunico com o cliente internado no CTI?**” O objetivo desta oficina foi de oportunizar as pessoas do grupo um momento de reflexão acerca dos modos de comunicação envolvidos em uma interação dialógica, enfocando os aspectos da comunicação verbal e não verbal. Além disso, identificar as facilidades e dificuldades que o grupo encontra para se comunicar

com os clientes internados no CTI (Anexo 5). **Oficina Existencial nº 3:** O tema desta oficina foi **“Representação da Relação Dialógica”**. Teve como objetivo oportunizar ao grupo um momento de reflexão acerca da interação dialógica, por meio da representação sobre o cuidado que a equipe de enfermagem realiza junto ao cliente internado no CTI. Foram abordados aspectos da comunicação presentes na interação no momento em que a equipe de enfermagem executa suas atividades junto ao cliente internado no CTI (Anexo 6).

Todas as oficinas foram gravadas e a segunda oficina foi filmada, considerando a modalidade da dinâmica escolhida (dramatização), mediante a autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por cada integrante.

4.6 Análise e discussão das informações

A pesquisa convergente-assistencial investiga fenômenos do contexto da prática assistencial de enfermagem que, na sua maioria, são complexos e multifacetados, pois incluem dimensões de natureza humana e tecnológica. Na pesquisa convergente-assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI e PAIM, 2004).

Para realizar a análise das informações coletadas, utilizamos um processo de estruturação de Morse e Field (1995), apresentado por Trentini e Paim (2004, p.92), “em qualquer tipo de pesquisa qualitativa a análise das informações consta de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização, que ocorrem de maneira mais ou menos numa seqüência”. Através deste direcionamento transcorreu na seguinte ordem:

- Registro da observação não participante através do Diário de Campo;
- Transcrição das fitas cassete e de vídeo das oficinas existenciais;
- Leitura exaustiva e detalhada da observação não participante e das oficinas existenciais para selecionar as categorias de análise, que consistem em um conjunto de

expressões com características similares e com estreita relação de complementariedade, nas quais estavam embutidas o “olhar intuitivo, o olhar científico e o olhar intuitivo-científico”⁶;

- Realização de uma segunda leitura para classificar as categorias de análise previamente selecionadas e iniciar o agrupamento das semelhanças e constituição das sub-categorias de análise;

- Análise das associações e variações para alcançar a síntese;

- Realização da teorização para o reagrupamento das sub-categorias de análise e contextualização das categorias.

Este processo resultou na construção das seguintes categorias, as quais serão analisadas e discutidas no capítulo:

Primeira Categoria:

5.1 Conhecer a si e aos outros:

Segunda Categoria:

5.2 A comunicação entre cliente, família, enfermagem e outros profissionais de saúde;

Terceira Categoria:

5.3 A experiência do não cuidado;

Quarta Categoria:

5.4. O processo comunicacional entre a enfermagem e o cliente com déficit de comunicação verbal.

⁶ Conforme citado por May, (2002).

5 O DIÁLOGO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

Neste capítulo, apresentamos o resultado da análise dos dados e a discussão dos mesmos, buscando atender os objetivos que foram propostos. Como relatado ao longo deste estudo, a comunicação acontece constantemente, seja através de palavras ou silêncios e o seu processo tem por finalidade obter uma interação entre as pessoas para o estabelecimento de comportamentos diversos.

Retomando o conceito de Silva (2003), complementado por Stefanelli, (1993), a comunicação pode ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas que exercem influencia no comportamento das pessoas envolvidas. Essa mudança pode ocorrer no ambiente onde a comunicação é efetuada, ou quando as pessoas se encontram distantes umas das outras ou do contexto as envolve.

O CTIA embora pareça ser um local diferenciado pelas atividades ligadas ao sofrimento, ao inesperado, cujos sinais de preocupação na face das pessoas que ali circulam são visíveis, também é um local para compartilhar as emoções e formar relações de confiança e amizade. Percebemos ser um ambiente onde convivem pessoas com experiência de vida ou acabam tendo estas experiências no dia-a-dia profissional, com sentimentos, valores e motivações, que influenciam no cuidado aos clientes ali internados.

É importante salientar também, que o ambiente da terapia intensiva exige o *estar-bem* do profissional para cuidar do outro e o estar *presente* a cada momento para atender, ouvir e promover conforto. Esta exigência entra em confronto com a realidade da vida de cada profissional, a qual não é linear e constante, mas sim, orientada por fatores sociais, econômicos, culturais, dentre outros que influenciam este “*estar-bem*”.

Segundo Paterson e Zderad (1979) esta é uma etapa que tem a visão articulada da experiência de cada componente do grupo, que passa a ser expressa em um todo; é

um processo de refinamento do que anteriormente foi captado de forma intuitiva pela enfermagem.

Utilizar a vivência da metodologia proposta, baseada na teoria humanística de Paterson e Zderad, foi bastante gratificante, mas exigiu durante todo o decorrer da prática, muitas leituras, reflexões e retomadas. Observamos uma visão tecnicista e limitada, que interfere na subjetividade, agregando ao pensamento preconceitos, pressupostos e valores que influenciam a percepção a respeito do cliente e familiares.

Ao refletir sobre o modo como ocorre o diálogo entre a Enfermagem e o cliente com déficit de comunicação verbal, podemos conhecer os diferentes modos de comunicar, perceber a comunicação não verbal e compreender as demonstrações de cuidado no CTIA, proporcionando uma reflexão mais profunda sobre o fazer na assistência, enquanto profissionais da saúde e seres humanos. Acreditamos que identificando o diálogo nos discursos e na prática de Enfermagem e analisando o processo comunicacional entre os mesmos e o cliente com déficit de comunicação verbal, podemos chegar mais próximo das experiências vividas destes profissionais e habilidades desenvolvidas para lidar com as dificuldades. Iniciamos tal reflexão, através das categorias apresentadas a seguir:

5.1 Conhecer a si e aos outros

A categoria “*conhecer a si e aos outros*” tem como objetivo apresentar a dinâmica do viver dos sujeitos do estudo a partir do modo como estes se percebem enquanto profissionais e enquanto indivíduos componentes de seus lares e de uma sociedade. Conhecendo a si próprio e percebendo o eu de cada um agregou valores dimensionais na concepção de quem é o outro. A presença autêntica preconizada por Paterson e Zderad (1979), traz a mudança do paradigma de importância voltada para as técnicas ou controles, mas fundamentando a importância na auto-percepção e no estabelecimento da relação sujeito-sujeito (EU-TU).

Esta categoria pretende apresentar os dados que emergiram da observação não

participante e das oficinas existenciais a que se referem ao modo como a equipe de enfermagem se relaciona com os clientes, familiares, entre si e com os demais profissionais de saúde. Este aspecto será apresentado na categoria 02, que denominamos **A comunicação entre cliente, familiares, enfermagem e outros profissionais da saúde**. Um segundo aspecto evidenciado foram as limitações no processo de comunicação existente nos modos de se relacionar da equipe com o cliente hospitalizado. A esta terceira categoria denominamos de **experiência do não cuidado**, que desvela as atitudes da equipe multiprofissional diante dos clientes na CTI.

Os sujeitos do estudo utilizaram sua intuição para determinar a busca por conhecimento na intenção de aperfeiçoarem suas relações interpessoais e tarefas do dia-a-dia encontradas na prática de enfermagem. Isto foi possível, especialmente na primeira oficina, quando introduzimos o tema e solicitamos que elaborassem um cartaz utilizando de figuras ou textos de revistas, respondendo a questão orientadora: **“Quem sou eu em casa? Quem sou eu no trabalho?”** Estes folhearam as revistas, em silêncio ou trocando idéias e comentários para em seguida, refletirem sobre o que haviam produzido.

Revelaram sobre si os papéis que desempenham na família e no trabalho, mostrando sua formas de cuidar, suas fragilidades e fortalezas, preocupação com o futuro e a busca pelo conhecimento. De um modo geral, são pessoas com motivação para viverem bem e em busca de *ser-mais*.

Apresentamos abaixo alguns depoimentos que mostram uma confluência nos modos de ser em casa e no trabalho:

Quando eu posso, gosto de sumir para a praia, gosto de estar entre amigos, colegas, em trabalho em grupo, me sinto bem. Também sou bastante profissional quando estou trabalhando, gosto de ser séria, de fazer tudo perfeito. (Hibisco)

E eu pretendo chegar ao topo, e isso significa fazer uma faculdade. Eu sei que cada um escolhe o seu caminho. Eu fui para o lado de ter a minha família, meus filhos, o cuidar da casa e ter a minha profissão. Também busco vencer os obstáculos e trabalhar em equipe. (Amor-Perfeito)

Para algumas pessoas posso parecer muito fechada, mais reservada. Sou aberta para críticas, opiniões. Me considero flexível, aceito o que me falam, procuro analisar se não tenho que mudar em algo. Sou aberta. (Orquídea)

Hibisco revela ser uma pessoa com laços de amizade formados, comprometida, séria e perfeccionista no trabalho. **Amor Perfeito** verbaliza seus sonhos e perspectivas para o futuro com otimismo e esperança. Durante o trabalho são muitas atividades atribuídas à enfermagem que impedem que os colegas conheçam o interior de cada um, suas ambições, fragilidades e sonhos.

O otimismo segundo Goleman (1995, p. 101) significa “uma forte expectativa de que, em geral, tudo vai dar certo na vida, apesar dos reveses e frustrações”. A atitude otimista gera esperança, não só em função do talento, como da sua capacidade para suportar as dificuldades (Souza, 2000). A crença de **Amor Perfeito** mostra que pode enfrentar desafios, independente do tempo e momento em que se encontram, motivando até mesmo a disposição para assumir riscos e enfrentar desafios. O otimismo e a esperança 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” (GOLEMAN apud SOUZA, 2000, p. 52). E o desenvolvimento de algum tipo de aptidão fortalece o senso de auto-eficácia, o que leva a pessoa a assumir riscos e buscar maiores desafios (GOLEMAN, 1995).

Elaboraram uma retrospectiva sobre seu próprio “eu”, que segundo Paterson e Zderad (1979) constitui o cimento para acontecer à relação dialógica, pois estão aqui relacionadas à compreensão do ser através de suas próprias vivências, que ampliam a possibilidade de conhecer os seres humanos na situação de enfermagem. Revelaram sobre si uma preocupação com o futuro, e com os papéis que desempenham na família e no trabalho. Mostraram-se abertos a novas experiências, buscando conhecimento, e aperfeiçoamento, motivados a buscar *ser-mais*. A família é um segmento expressivo da figura do cuidador. E o modo de viver de cada um é o resultado dos valores culturais que herdamos. É a família que nos prepara para o relacionamento com outras pessoas e é a base para o direcionamento de nossas ações, como observamos no depoimento abaixo:

Em casa me sinto um pai, gosto dos meus filhos, embora não consiga curtir. Isso é uma frustração pra mim, pois como eu trabalho muito, tenho pouco tempo para curtir eles. E no trabalho também tento fazer como uma família, querendo fazer coisas novas, tentando ajudar,, e fazendo o melhor para deixar as coisas mais organizadas, escalando (mostra uma figura no topo do cartaz

de uma pessoa escalando para alcançar algo em rumo da luz) e nas coisas ruins tento ver uma luz no final do túnel, e por ela eu me guio. Deus nunca fecha uma porta sem abrir uma janela. (Lírio)

Lírio demonstrou sua preocupação com a família e trabalho, deixando extravasar a emoção quando fala de seus sentimentos e frustrações de vida. Conforme Goleman apud Souza (2000), a empatia, e a capacidade de ver as emoções no outro, constitui a raiz do altruísmo e do envolvimento. “Ao longo de nossa história evolucionária, o valor da sobrevivência de nosso repertório emocional foi testado gravando-se em nossos nervos como tendências inatas e automáticas do ser humano” (p. 48). Portanto, a emoção prepara o corpo e oferece uma disposição para agir quando se enfrenta uma situação de perda, perigo, de dor, colocando o ser humano em uma direção para agir e reagir, conforme a sua experiência (Souza, 2000).

A percepção de si mesmo, pode ser considerada como um risco que estabelece em uma relação interpessoal. Devemos adquirir habilidades no sentido de compreender de cada um e permitir aos envolvidos todas as possibilidades de exteriorizar as crenças e valores (FARIA, 1996).



Figura 1: Cartaz elaborado na Primeira Oficina Existencial por Lírio, mostrando o Diálogo Intuitivo (otimismo, frustração, alegria)

O **Diálogo Intuitivo** no discurso de **Lírio** é percebido através das manifestações de otimismo, alegria e suas frustrações. Também é evidenciado no momento em que cada um realiza uma pré-reflexão demonstrada pela emoção, sobre o que cada um pensa de si usando a sua visão de mundo. Vivenciar o intuitivo em uma relação exige do indivíduo muita concentração, sensibilidade e reciprocidade, indo além dos procedimentos rotineiros aos quais estamos habituados na nossa prática diária.

Para Durozoi e Roussel (1996), a intuição é designada, de um modo geral, como um modo de conhecimento imediato e direto que coloca o espírito em presença de seu objeto. E com relação ao nosso papel como cuidadores em casa e no trabalho:

Quando eu paro a locomotiva pára, e não anda. Estou sempre colocando lenha, e correndo atrás. A única coisa que acho é que tenho pouco tempo para me arrumar, tenho que estar sempre correndo. Procuro ter uma alimentação saudável. No trabalho? “Sou uma pessoa tranqüila, eu acho, calma como a água, bastante equilibrada. Difícil alguém me ver saindo do normal. Consigo administrar os meus impulsos. Tenho uma vida regrada. Sou escrava do relógio. (Violeta)

Violeta através de seus sentimentos mais pessoais contribui nas discussões trazendo sua vivência, refletindo sobre seu papel como mãe, cuidadora em casa e no ambiente de trabalho. Muitas vezes condicionada a cuidar dos outros, não tendo tempo para “cuidar de si”. Além disso, está sempre preocupada com o tempo, torna-se refém do relógio, nos fazendo refletir que muitos de nós vive dessa forma, executando tarefas, procurando *ser mais* em casa e no trabalho, e esquecendo de seu próprio *bem-estar*.

É importante que saibamos separar as vivências de trabalho e do lar, para que as cargas negativas não atinjam os familiares ou então os clientes no momento em que estamos cuidando. Também não podemos esquecer de nosso autocuidado, conservando nossa integridade física e emocional. É comum ouvir a seguinte frase: “*isso é coisa de enfermeira, querer assumir tudo e a todos, esquecendo de si mesma*”.

Kenn citado por Costenaro e Lacerda (2002, p.82) recomenda alguns cuidados específicos para que tenhamos considerações e cuidados conosco e com os profissionais da enfermagem:

Separar um tempo para ficar sozinha todos os dias e se comunicar consigo mesma. Não precisa ser um tempo muito grande, mas a intenção de cuidar de si própria deve ser consciente e sempre ser reforçada;
 Procurar, no mínimo, uma vez por dia, dizer algo positivo para seus colegas, mas não deve ser alguma coisa planejada, mas do coração, não significando que as pessoas que trabalham conosco não realizem coisas maravilhosas. Fazer isso pelo menos uma vez por dia poderá mudar o enfoque de sermos neutros ou de estarmos prontos para descobrirmos algo de negativo, para um enfoque de positividade. (KENN apud COSTENARO e LACERDA, 2002, p. 82)

Outro questionamento importante a ser refletido é: Como a enfermagem que cuida diretamente do cliente dependente em um CTI, está sendo cuidada? Não podemos esquecer que somos seres humanos e como tais, também vulneráveis, necessitamos de cuidado humano, ou seja, precisamos ser cuidados por nós mesmos, pelos nossos familiares, amigos, chefias ou pelos colegas de trabalho.

Para Costenaro (2000), a enfermagem deve contar com uma assistência psicológica para melhorar suas condutas e relacionamentos, aumentando tanto o coleguismo, companheirismo, evitando sobrecargas e diminuindo o estresse no ambiente de trabalho. O cuidado humano para Waldow (1998), não é receita e não pode ser prescrito. Deve ser sentido, vivido e experienciado, sendo assim, implica em respeitar a si mesmo como ser humano e como profissional.

Margarida expressa em seu depoimento sua vontade de cuidar de si e dos outros, resgatando um olhar interior sobre sua atuação como mãe, esposa e cuidadora na enfermagem:

*Sou uma boa mãe uma boa esposa também, dentro do possível, e gostaria de ser uma super-mãe, e uma super-esposa, só que eu acho que dá pro gasto. Não dá para ser super ainda, mas o objetivo é ser. Acho que é importante estar sempre em busca disso, não se acomodar e achar que está bom assim. E **no trabalho**, as vezes sou muito séria em algumas ocasiões e muito brincalhona em outros. Acho que sou os dois pólos, oscilo um pouco. Sou bem comprometida, e por esse motivo, fico as vezes um pouco séria, não é nada pessoal, e nem contra ninguém. Até para receber o plantão sou séria, e outras pessoas podem não entender. A gente trabalha com a vida das pessoas, e por isso tem que ter muita certeza do que faz. Sei que cobro bastante, tento fazer uma auto-avaliação para não ser tão rígida com as pessoas. Gosto de trabalhar em equipe. Não vejo maiores dificuldades em trabalhar em equipe. Quando as pessoas me procuram tento dar o melhor de mim, e estou sempre disposta em aprender. (Margarida)*

As oficinas possibilitaram a reflexão e auto-avaliação, permitindo a expressão de sentimentos pessoais, objetivos de vida e inconformidades presentes em cada um. **Margarida** pode expressar sua vontade de ser *super*, como mãe e como esposa e de se fazer mais presente nestes dois papéis. Relata que quando encontram-se no trabalho, quem comenta oscila entre dois pólos, em um se vê muito séria e rígida com os colegas e em outro se vê um tanto extrovertida em suas ações.

Não podemos desconsiderar que o CTI é um ambiente tenso, estressante, onde os doentes estão em busca da cura. Os profissionais saem desse ambiente e ao chegarem em casa enfrentam outra atividade, o que é uma dupla ou tripla jornada de trabalho, considerando que muitos trabalham em mais de um hospital. Ao sair do hospital onde prestou cuidados, chega em casa e continua cuidando em outro nível. E portanto, esse cuidador tem desgaste físico, emocional, o que pode interferir na sua integridade, perturbando seus campos energéticos, sua força vital. Mayeroff (1971, p.57) afirma que:

....para cuidar de outra pessoa, devo ser capaz de entendê-la e ao seu mundo como se estivesse dentro desse...devo ser capaz de estar com ela em seu mundo, “entrar” nesse mundo, para sentir “dentro” como é a vida para ela, o que se esforça para ser, e do que precisa para crescer. (MAYEROFF , 1971, p.57)

May (1993, p. 09) diz que “uma das poucas alegrias da vida numa época de ansiedade é o fato de sermos forçados a tomar consciência de nós mesmos”, assim, a melhor maneira de compreender a própria identidade é olhar e refletir sobre a existência e experiência pessoal de cada um.

Salovey e Mayer citados por Olivares (1999, p.36-37) descrevem cinco áreas que abrangem a habilidade do comportamento humano relacionadas ao cuidado de quem cuida que são: [...] “conhecer suas próprias emoções”, que significa compreender e conhecer as emoções do momento; [...] “saber administrar as emoções”, por meio da canalização de uma energia harmônica com o momento; [...] “motivar a si próprio”, sabendo conter emoções e reter impulsos; [...] “reconhecer emoções em outras pessoas”, é saber usar a empatia e ler as mensagens não verbais;

[...] “manejar relacionamentos”, nas ocasiões de interação com outra pessoa, o estado de humor de uma pode passar para outra. [...] “As emoções não só comunicam, mas também contagiam o estado de humor de outra pessoa”.

Nesse momento se faz necessário pensar sobre como os líderes de equipe e líderes institucionais vêm motivando e ajudando no crescimento e desenvolvimento dos componentes de seu grupo. Embora não tenha sido discutido nas oficinas tal observação, cabe a nós repensar essa necessidade. Bauer, Pinheiro e Arruda (1998), escrevem que os líderes de grupos e organizações devem propiciar a equipe momentos para perceber melhor a si e ao outro como seres individuais, sociais e familiares. E esse despertar não deve ser momentâneo como ocorreu na prática assistencial, mas deve ser cultivado, mantido e explorado em cada um, estimulando ao encontro enquanto seres humanos, espirituais e cuidadores de suas famílias e clientes internados.

Tulipa inicia sua fala abaixo lembrando que é um ser humano único, não diferenciando seu modo de ser em sua casa e no trabalho. Suas ações e pensamentos são direcionados ao cuidado, tanto na família como no CTI.

Eu não diferenciei casa do trabalho, pois sou uma só nos dois lugares. Em primeiro lugar sou uma guerreira. Quando tenho um objetivo, vou nele até o fundo, até conseguir. Sempre em frente. (neste momento começa a chorar, se emociona). Mostra a foto de Jesus Cristo, e expõe ser assim que se sente em casa e no trabalho, pois quero proteger todo mundo, de que nenhum mal aconteça, mas nem sempre agente consegue. Em casa sou chamada de general, delegada, pois vivo em turbulência tanto na minha como da minha mãe. E é principalmente na casa de minha mãe que tento abafar o que estou sentindo, para erguer quem está lá, para quem estiver precisando de força, e acabo mascarando um pouco o que estou sentindo (colou uma foto de uma menina escondendo a face). Gosto de cozinhar muito e de comer muito. Quando passei a trabalhar a noite consegui alcançar alguns objetivos, consegui casar, consegui minha casa. Apesar de tudo a minha vida é de princesa. Nada de luxo, mas tenho estabilidade. Aqui então estão algumas fotos que falam de meus sonhos, que é um dia casar na igreja, ter filhos. Também sonho em terminar a minha faculdade, e isso é futuro. E resumo escrevendo ser organizada (muito cri-cri), exigente, pareço nunca estar contente no que faço, tento sempre melhorar, amiga, feliz e alegre. (Tulipa)

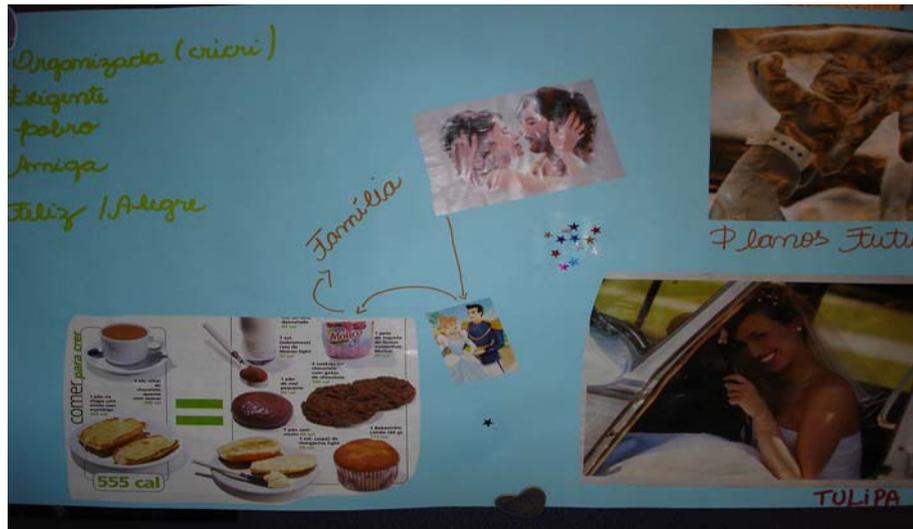


Figura 2: Cartaz elaborado na Primeira Oficina Existencial por Tulipa, mostrando o Diálogo Intuitivo (otimismo para o futuro, frustração, alegria)

Rosa que tem 37 anos e há 3 anos trabalhando em CTIA compartilha sua forma de viver a vida, necessitando ter um dia-a-dia dinâmico, em constante transformação:

Adoro música, e escrever. Estou com um projeto de um livro, e vamos ver no que vai dar. Faço muitas coisas juntas em casa, não consigo me concentrar. Sei que preciso colocar o meu relógio mais devagar. Sou muito rápida, (finaliza com uma foto de um avião dando a mensagem de Corro e vôo demais para atender tudo o que é necessário, e outra foto de uma mulher mostrando o seu período de transformação). No outro lado do cartaz, que retrata sua vida no trabalho, escreve abaixo da foto de uma equipe de saúde atendendo um cliente; gosto de situações críticas onde a rapidez de raciocínio e nas ações sejam a chave do sucesso no trabalho. Adoro noites pegadas! Gosto do trabalho em equipe..Gosto de paciente que tem que intubar, atender intercorrências em outro box que não seja o seu. Gosto de me sentir útil, gosto de correria, mais do que virar o paciente de lado, de dar o banho. Acho que a união e coesão é vista na hora do vamos ver. Busco aprender mais para chegar a um nível onde possa desenvolver o trabalho com segurança e capacidade (mostra uma foto de uma mulher subindo uma escada). Gostaria muito de estar fazendo uma faculdade, mas ;é uma coisa que está guardadinha no canto, e no momento que der, farei. E procuro ser uma boa ouvinte. Ouvir meus pacientes com carinho e meus amigos com muita atenção. Ser leal ao que me é confiado. Não gosto de ti-ti-ti, pois quebra a minha segurança. Não gosto de fofocas. Muitas vezes me passo por brincalhona, como conversadeira, e justamente para não dar vazão no que eu acho ser mais sério., e que tem que ser confiado. (Rosa)

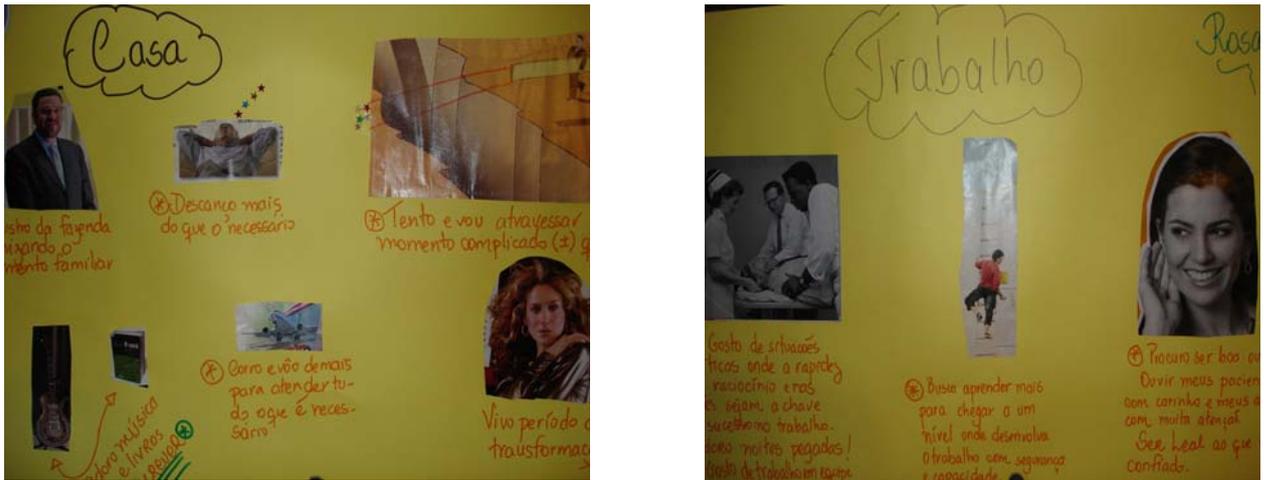


Figura 3: Cartaz elaborado na Primeira Oficina Existencial por Rosa, mostrando o Diálogo Intuitivo em casa e no trabalho (otimismo, esperança, alegria)

No **Diálogo Intuitivo**, cada integrante do grupo se auto conheceu e deixou-se conhecer pelos outros, demonstrado fielmente na produção dos cartazes. Segundo Paterson e Zderad (1979) o processo de autoconhecer-se ocorre ao se vivenciar a situação, trazendo à tona alguns sentimentos mais pessoais e íntimos sobre o trabalho e sobre os colegas de trabalho.

Na avaliação do grupo a oportunidade de conhecer a si e aos outros foi importante no sentido de colocar seus sentimentos mais íntimos e sinceros ao conhecimento de todos, e também pelo momento de opinar sobre o modo como cuidam de si, dos clientes, dos familiares e dos colegas. Alguns depoimentos nesse sentido são reportados abaixo:

Acho que estamos com mais paciência, principalmente com os colegas que são mais devagar para fazer as coisas. Estamos respeitando as limitações de cada um e ajudando mais. (Amor Perfeito)

Este tipo de trabalho, de encontro é muito proveitoso, mas acho que deveria ser feito com todos do CTI, com todos os turnos. Que cada enfermeiro trabalhasse com seu grupo desta mesma forma como você trabalhou com a gente. Todos deveriam ser sensibilizados desta mesma forma. Nós temos tantos treinamentos até mesmo obrigatórios pela Instituição, e que não são tão proveitosos como foram estes encontros. [...] Acredito que todos ensinamentos que acrescentam coisas boas, que nos permita evoluirmos como pessoas e profissionais é válido e muito bem vindo. Acredito que estas oficinas serviram para nos lembrar de métodos, técnicas, do carinho, da paciência, da boa vontade que muitas vezes, pela corrida do dia-a-dia ou pelo tempo de profissão, fica adormecido em nossas mentes. Este trabalho lembrou-nos que a nossa matéria de trabalho é de carne e osso, possui sentimentos e emoções.

Pela conjunção de tais fatores e agregação de outros tantos é que descobrimos que não há uma receita de bolo que diga como devemos nos comunicar e agir em todas as situações. Existem momentos em que a regra foge à situação e o bom senso, a intuição e a percepção da real necessidade do cliente deve ficar evidente e ter a devida atenção e respeito. Sinto-me muito bem por ser escolhida para participar deste projeto. Ele serviu para alertar a mim e aos meus colegas do que precisamos focar, além do que está escrito numa prescrição. E a grata surpresa no final das contas, foi descobrir o ótimo grupo de trabalho em que me encontro e saber que eles, assim como eu, estão profundamente envolvidos em dar o seu melhor, em atender o cliente com o devido respeito que todo ser humano, em qualquer situação em que esteja, merece receber. (Rosa)

A autoconsciência é o momento no qual o ser humano percebe seu próprio sentimento e quando ele ocorre. “Pode ser reconhecido como um estado de espírito e o valor que lhe é conferido pelo pensamento, não sendo reativo ou julgador” (SOUZA, 2000, p. 58). O fato de reconhecerem seus sentimentos oferece a cada um a liberdade de expressão e ação, podendo modificar o que deles acharem inadequado e impróprio.

A busca em conhecer como se processa a comunicação entre cliente, família, enfermagem e outros profissionais da saúde, surge com a próxima sub-categoria. Revela principalmente as reflexões dos técnicos de enfermagem sobre o modo como se comunicam entre si e com o cliente, o modo como o cliente se comunica e o modo como os profissionais de saúde se comunicam com o cliente impossibilitado de comunicação verbal, refletindo sobre a sua interação uns com os outros, sob o referencial de Paterson e Zderad, na busca de um cuidar humanístico.

5.2 A comunicação entre a enfermagem e cliente, família e outros profissionais da saúde

Pretendo introduzir esta categoria apresentando o modo como os técnicos de enfermagem percebem a si mesmos, enquanto indivíduos que cuidam. Neste sentido, o objetivo de olhar para si, buscando as qualidades, pontos fortes e suas fragilidades foi atingido. Neste momento, cada um do grupo pode conhecer-se melhor, perceber seus

limites, reconhecer seus valores, assumir e enfrentar as dores e preocupações tanto do lar como do trabalho.

Uma das características da comunicação, especialmente no ambiente do CTI, é a capacidade de cada um informar, orientar, de trocar e discutir idéias, também de dialogar, de ouvir, de conversar com vistas ao bom relacionamento entre as pessoas.

No CTI poucas de nossas ações estão voltadas para os familiares, pois o cuidado passa a ser exclusivo ao cliente. Mas quando ocorre, são direcionadas para a busca de informações sobre o cliente ou basicamente para responder as perguntas específicas feitas pelos familiares, sem que isso envolva maior proximidade ou sua participação no cuidado ao cliente, levando ao não entendimento da comunicação.

Também podemos pensar que a comunicação da equipe com os familiares constitui um ponto delicado em um CTI, podendo ser um facilitador nas relações como também fonte de mal-entendidos e incompreensões. De um lado, existe uma equipe de saúde que pode estar apenas interessada no tratamento propriamente dito e atividades ligadas ao cuidado, e do outro lado, um grupo de pessoas leigas e ansiosas, querendo informações, com sentimentos de medo, desconfiança, sofrendo com o momento pelo qual estão passando.

Se pensarmos nas nossas experiências com a família, teremos a lembrança que a mesma esteve sempre afastada do CTI. Vale lembrar que as rotinas estabelecidas pela instituição (restrições nos horários de visita e limitações das informações) podem despertar um sentimento de abandono pelos familiares. Muitas vezes pregamos a importância da presença dos familiares, mas limitamos sua aproximação e visualização do cliente. Além disso, se pensarmos na estrutura física dos leitos com espaço restrito para a circulação, camas com grades elevadas dificultando a proximidade de quem está querendo tocar e acolher, estaremos percebendo a necessidade de mudança de atitude. Felizmente esse contexto vem sendo modificado e discutido entre a enfermagem e progressivamente a família tem estado mais presente no CTI.

Conforme Knibel e Celli (2004, p. 67) “a internação de um familiar no CTI gera uma crise familiar”. Sendo assim, é um dever da equipe que assiste a esse sofrimento, dar conforto, acolhimento, atenção e estabelecer um diálogo genuíno. Dessa forma, nos aproximaremos destes familiares, diminuiremos sua ansiedade e aumentaremos a

relação de confiança, lembrando que muitas vezes o cliente internado no CTI necessita ser assistido durante alguns meses.

Silva (1996) sempre nos coloca em suas obras que o profissional precisa estar atento para saber decodificar, decifrar e perceber o significado das mensagens enviadas pelos clientes críticos, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com suas necessidades. Para isso é necessário estar atento à comunicação verbal, não-verbal do familiar, do cliente e nossa própria comunicação.

Hortência compartilha com o grupo sua experiência no cuidado a um cliente no seu 2º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca, quando a comunicação não verbal foi percebida através do silêncio, do olhar e do toque.

O cliente não conversava muito, ficava segurando a imagem de um “santinho”. Consegui fazê-lo se sentir mais confiante e o mesmo demonstrou confiança em mim. Quando sua esposa chegou, tinham vários profissionais querendo fazer fisioterapia, avaliando, querendo dar banho...e o cliente ainda não tinha visto sua esposa. Solicitei para todos saíssem do “box” e o deixasse sozinho com a esposa. Presenciei que os dois estavam de mãos dadas rezando e agradecendo por suas vidas e que tudo tinha ocorrido muito bem, rezavam pelo bem da equipe de enfermagem, estavam muito agradecidos pelo carinho, atenção e principalmente pela sensibilidade. (Hortência)

Segundo Goleman (1995), as pessoas dificilmente colocam as emoções em palavras, mas utilizam outros canais para mostrá-las. Desse modo, podemos dizer que empatia também significa reconhecer e interpretar as formas não verbais, o olhar, mímica facial, gestos e sentimentos mais profundos percebidos na interação.

Percebemos no relato, que **Hortência** olhou e cuidou o cliente como ele realmente queria ser cuidado. Naquele momento o cliente não quis o cuidado físico, mas o cuidado mais íntimo da emoção, demonstrado pela fé e vontade de viver. Não precisaram palavras “ditas”, mas o olhar de quem quer muito ficar sozinho com sua esposa, podendo compartilhar seus sentimentos mais pessoais após ter realizado uma cirurgia tão temida, da qual poderia não ter sobrevivido. Todos do grupo ficaram muito pensativos com essa reflexão, poderiam estar associando suas ações em situações específicas de suas vivências e tendo o reconhecimento sobre a importância de percebermos a comunicação não verbal do cliente.

Penetrar no mundo da família contemporânea, que convive com muitas mudanças, em suas crenças, valores e atitudes, padrões de comportamento, enfim, no “[...] modo de ser família [...]”, não é uma tarefa fácil para os profissionais de saúde, que estão acostumados a trabalhar com o ser humano individualmente (WAIDMAN e STEFANELLI, 2005. p, 118).

Trabalhar, conviver e se relacionar com a família não é fácil na concepção da equipe conforme percebido e descrito nos depoimentos abaixo. O cuidado ao cliente é multidisciplinar e muitos profissionais estão envolvidos no processo comunicacional. A equipe de enfermagem desconhece as informações emitidas pelo médico aos familiares, sobre prognóstico e condições do cliente. Além disso, o médico por diversas vezes concede liberação ao familiar para que permaneça no CTI sem consultar a enfermagem sobre essa possibilidade no momento, acarretando em desconforto e limitações na comunicação entre os envolvidos.

Eu tenho tido bastante dificuldade em me relacionar com alguns familiares, me parece que eles não confiam na gente. Falam às vezes de forma agressiva, e nos dizendo como devemos cuidar. Além disso os médicos liberam para os mesmos ficarem junto ao cliente em horário integral, sem nos avisar, e fica difícil de manter uma comunicação adequada, parece que não confiam na gente. (Orquídea)

Quando a família entra no CTI a gente toma uma postura diferente. Eles começam a fazer muitas perguntas que a gente sai tontinha. Eles desconhecem tudo no CTI, ainda mais se não conversaram com o médico de seu familiar. Já entram angustiados. Temos vontade de sair correndo. E com o cliente não é assim, a gente se sente mais confortável. Com a família a gente responde somente o necessário, é complicado. (Tulipa)

Nesse contexto a enfermeira e o técnico de enfermagem devem ter habilidade para lidar e cuidar da família. A falta de informação do que está acontecendo com o cliente acarreta ao familiar alguns sentimentos de desconfiança e até mesmo manifestações de poder na busca de palavras e notícias. Esse familiar necessita de atenção e entendimento da equipe, pois no momento da tristeza, de inconformidades e sofrimento cada um agirá de uma forma própria, sendo através de questionamentos gerados pela dúvida, medo, além da indiferença ou agressividade gerada por estresse e

sentimento de perda constante. A equipe formada pelos médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem por estarem mais próximos ao cliente no dia-a-dia devem ser preparados para utilizar a comunicação como mecanismo para o entendimento das informações e tomadas de decisões.

“A necessidade do familiar por informação requer da enfermagem a utilização de seu instrumento básico, que é a comunicação (tecnologia leve)”. (NASCIMENTO, 2003, p.116). A comunicação é essencial no cotidiano de trabalho da enfermagem, para que se estabeleça o diálogo, o acolhimento e o vínculo entre cliente, equipe e familiares. Penso ser fundamental o uso da comunicação no repasse de informações aos familiares, até porque não conhecemos a história de vida entre os envolvidos. Desconhecemos o grau de envolvimento entre eles e a importância da presença de cada um para o cliente, o que acredito ser importante para seu tratamento e recuperação.

A união, o apego e a própria dependência estabelecida em família, mostra-se muito forte e presente na situação de estresse de ter um familiar no CTI, e novamente precisamos nos colocar no lugar dessas pessoas. Não é fácil ter que ficar esperando em uma sala de espera sem ter notícias, sem poder estar ao lado de quem amamos e o qual estamos com constante vontade de proteger. Acredito que nossa missão e essência é a de se colocar no lugar do outro sempre, e minimizar o sofrimento disponibilizando o melhor do cuidado, “a compaixão”.

As práticas compassivas na Enfermagem e Saúde se fundamentam no humanismo, como justiça e solidariedade, colocando os profissionais de saúde como agentes morais. . “O amor ao próximo e a compaixão revelam justamente a ruptura daquilo que se chama de diferença e o faz semelhante” (SANTOS e PADILHA, 2001. p. 15).

Eriksson apud Santos e Padilha, (2001) afirma que

o verdadeiro cuidado é baseado na compaixão”, a autora coloca que “a compaixão emerge no encontro entre o sofrimento e o amor, a habilidade de enfermagem sentir compaixão emerge de experiências pessoais de sofrimento e amor, e não se adquire compaixão por técnicas ou tarefas avançadas. compaixão envolve uma simples, despretensiosa presença para com outro.

Nascimento (2003) traz grandes contribuições para nossa profissão com suas reflexões sobre o acolhimento no espaço das relações no CTI. Para a autora os ruídos no CTI não são somente os provindos dos equipamentos tecnológicos, vozes e gemidos, mas os provenientes entre enfermagem e familiares, através: da limitação de informações aos familiares, do medo do CTI, da falta de apoio da enfermagem e a sensação de se considerarem como estorvos no trabalho.

O acolhimento para Paterson e Zderad (1979), é concebido como diálogo, que implica em envolvimento, escuta e a presença.

Durante a coleta de dados, observamos várias situações em que os familiares ao entrarem no CTI, e muitas das vezes a beira do leito, faziam perguntas do tipo: ele está bem? A febre como está? Não está com frio? Com dor? Com fome? Quando poderá sair do CTI? A partir daí nos perguntamos: Por que estas informações são exclusivas da equipe médica? Por que a enfermagem não assume parte desta responsabilidade, pois na maioria das vezes os familiares esperam horas até a chegada do médico ou ficam com mais dúvidas após a conversa?

Nascimento (2003) em sua tese de doutorado faz o seguinte questionamento: “..como pode o técnico de enfermagem atuar com qualidade no cuidado ao cliente com risco de vida, se não tem conhecimento para darem respostas aos questionamentos simples dos familiares?” Concordamos sob o aspecto de que os técnicos de enfermagem por estarem à beira do leito, cuidando intensamente o cliente, muitas vezes por semanas ou meses, estão aptos a fornecerem informações sobre o cuidado direto, isto é, sobre as eliminações, aceitação da alimentação, conforto, sono, sinais não verbais e outros assuntos de seu domínio, até mesmo porque a enfermeira estará sempre presente para confirmar, complementar e solucionar as dúvidas.

Advogamos e concordamos com Nascimento (2003, pág. 118) que as informações referentes ao diagnóstico, tratamento e prognóstico sejam dadas pelo profissional médico, e que os técnicos de enfermagem ao serem questionados pelos familiares sobre esses aspectos, devam orientá-los a conversar com o médico, assim como informações mais específicas sejam fornecidas pela Enfermeira. A comunicação tem uma importância de grande dimensão no CTI, isso muito presenciada por mim na observação não participante da prática assistencial, onde a família necessita de apoio,

de atenção e de ser envolvida nas decisões e questões do cuidado.

“A ética do cuidar se acha apegada a um gozo que fixa as necessidades de atribuir à bondade, à pena e à resignação um caráter compassivo que fundamenta essa mesma ética do cuidar”, o que evidencia a compaixão como fator originário no laço simbólico que estrutura a enfermagem. (SANTOS e PADILHA, 2005).

“A aceitação mútua ocorre ao longo do processo de cuidar do cliente e da família” (WAIDMAN e STEFANELLI, 1995, p. 129). A Enfermagem percebe que é aceita pelos familiares a partir do momento em que estes compartilham suas dificuldades e problemas, expondo a confiança pelo profissional através de atitudes e ações na maioria das vezes com expressões não verbais.

A enfermagem deve observar suas expressões verbais e não verbais ao se comunicar com estes familiares para não demonstrar julgamento das manifestações de comportamento que observa, os sentimentos e pensamentos que são expressos e a forma como os familiares lidam com a situação. “A atitude de julgamento pode prejudicar todo o relacionamento e a assistência que serão desenvolvidos com a família” (WAIDMAN e STEFANELLI, 1995, p. 124). Concordamos com as autoras, que somente será possível conhecer e ajudar as famílias se o profissional de saúde se dispuser a ouvi-la reflexivamente e entender sua realidade, pois cada família possui a sua individualidade e peculiaridades na forma de conhecer, perceber, sentir e reagir diante das situações esperadas e inesperadas.

Sobre o acolhimento no CTI, Nascimento (2003) assinala algo muito importante a ser pensado e considerado pela Enfermagem: o *sensu comum* presente nos familiares. Esse deve ser respeitado, como o saber próprio de cada um próprio, pois se quisermos ter uma relação dialógica, não poderemos colocar nosso saber científico em primeiro lugar e como algo único, mas teremos que resgatar a clareza das informações, utilizando na comunicação uma linguagem acessível, possibilitando através dessa troca, a sensação de acolhimento.

Ao observarmos a sala de espera de um CTI, onde amigos e familiares ficam aguardando o médico para receber notícias e o horário para fazerem a visita, encontramos fâcias de desespero, desesperança, ansiedade, esperança, otimismo, alegria e tristeza. A comunicação não verbal se manifesta através do choro, olhares

tristes, silêncio, sorriso, e abraço dos que ali permanecem, embora exista troca de experiências e confidências entre uns e outros, pelas notícias que são anunciadas e em algumas ocasiões são distorcidas pelos curiosos.

A enfermagem passa a ser a intermediária das queixas dos familiares que esperam o médico para saber a evolução do tratamento, resultado de exames, e o mesmo não comparece. A família recorre então à enfermagem para saber notícias do cliente, e aí manifestam sentimentos de desconfiança, rispidez, dentre outros, sentindo-se “desassistidas”.

Margarida faz uma reflexão sobre a importância de estarmos próximos durante a visita dos familiares, confortando e esclarecendo dúvidas que por muitas vezes são simples, ou então para propiciar um momento que possam compartilhar seus medos, dividir sua solidão, dúvidas e anseios. Também enfatiza que a enfermagem deve estar atenta com a comunicação verbal e não verbal próxima ao cliente.

*[...] Acho que quando a família chega, pelo fato de terem pouco tempo de ficar com seu parente (o cliente), então a gente se resguarda mais, pois aquele momento é único e precisa ser aproveitado ao máximo. Claro, com o passar dos dias a gente já vai conhecendo melhor e se integrando mais. Quando chega o familiar eu me apresento e fico próxima, colocando-me a disposição”. “Temos que cuidar com as perguntas que os familiares fazem junto ao cliente, do tipo: “Será que ele sai dessa? Será que passa de hoje? Está muito grave né? Como piorou? Ta morrendo, pode falar. E se for pro quarto, quem vai cuidá-lo, se ninguém da família tem tempo? É câncer? “Temos que cuidar muito, pois eles não se dão por conta que o cliente está ouvindo tudo. Já passei por cada experiência dessas, muito desagradável[...].
(Margarida)*

O fato do mesmo não poder se comunicar, estar dormindo ou até mesmo em coma, não desfaz a possibilidade de estar ouvindo ou observando atentamente aos que estiverem ao seu redor. É comum ouvirmos dos familiares questionamentos a respeito do prognóstico, morte, ou então desabafos envolvendo desorganização familiar, problemas financeiros dentre outros. Precisamos proteger o cliente de sofrimento e constrangimento, levando o familiar para outro local, a fim de explicar a importância de nossas ações, pois o cliente pode estar atento ouvindo a tudo.

“A busca da multidimensionalidade do homem se faz pela inclusão e não pela

exclusão” (FERREIRA, 2000, p. 88). Sobre a dimensão física, parte integrante do homem, não se sabe exatamente como os estados de consciência se alternam, pois por momentos não perceptíveis por nós, passam por estados de consciência vigil, podendo perceber e ouvir o que acontece ao seu redor. A comunicação com o cliente deve assentar na possibilidade de abertura da intuição, de criatividade e outras formas de perceber o outro, desvinculadas da limitação lógica e da racionalidade (FERREIRA, 2000).

Travelbee (1982) considera a comunicação como o meio pelo qual o ser humano domina a sua solidão e se converte em parte do grupo. O ser humano, ao fazer isso, ultrapassa as barreiras de seu eu e atua de forma recíproca com os demais. A autora afirma ainda que momentos de solidão são incentivadores da comunicação interpessoal.

Ao desvelarem as experiências com os familiares, percebemos que as opiniões são diversas, conforme o grau de envolvimento da enfermagem com os familiares. Para alguns a comunicação é adequada quando já tiveram um contato prévio com a família e quando se estabelece uma relação de empatia.

Conforme Souza (2000), o grau de envolvimento emocional vai depender da pessoa que presta ajuda e daquela que busca por ajuda. E a percepção desse envolvimento está ligada à maturidade emocional e as experiências de interação interpessoal. Neste sentido acreditamos que o vínculo estabelecido entre a família e a Enfermagem é o principal aliado para a mudança de atitudes de ambos, onde aprendem a respeitar o outro em sua unicidade, especificidade e diversidade.

A relação entre os membros de uma equipe envolve além da relação interpessoal e de trabalho, respeito, integração e mesmo objetivo. Ambas devem ser cuidadas para que o ambiente seja tranquilo e o trabalho produtivo, sendo a comunicação um importante instrumento e recurso na formação de um grupo coeso.

Assim é quando a gente movimenta o paciente no leito com o lençol. Se uma das pessoas soltar o lençol o paciente pode cair. Precisa haver uma comunicação adequada entre todos. Isto é, que todos falem a mesma língua. (Violeta)

O banho dado à noite é muito cobrado pelas pessoas do outro turno a fim de agilizar o trabalho no dia, mas se o cliente está dormindo, confortável, ou se foi medicado para dor ou para dormir, não tem sentindo querer dar o banho à noite, a gente precisa pensar nele e no seu bem-estar, torná-lo melhor do que

está. (Violeta)

Violeta faz uma reflexão sobre a importância da união em grupo e entendimento da comunicação. Uma ação que envolva mais pessoas deve ser realizada de forma organizada e clara. Este comentário é significativo ao lembrarmos que qualquer ação, principalmente no cuidado ao cliente, deve ser acompanhada de uma comunicação adequada e de entendimento mútuo para que a mensagem seja apreendida e compreendida por ambos.

O conteúdo da comunicação é geralmente uma mensagem, sinal, idéia ou informação e o seu objetivo é a compreensão da parte de quem a recebe. A comunicação somente ocorre quando a pessoa que recebe compreende ou interpreta a mensagem, idéia ou informação (CHIAVENATO, 2000).

Para Stefanelli (1993, p.15), “a comunicação tem que ser considerada como capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pela enfermeira, não importando sua área de atuação”. Bordenave (1993, p.36), completa quando diz que “pela comunicação as pessoas compartilham experiências, idéias e sentimentos”.

Olhando e ouvindo atentamente a pessoa, tentando entender sua história, levar-se-á em conta cada gesto, cada toque, cada olhar que nos tragam informações e ajudem a montar o real quebra-cabeça motivador que cada pessoa possui (SILVA, 2000).

Qualquer forma de comunicação tem importância vital para o cliente, estando ele lúcido ou não. Para que isso se concretize é necessário, segundo Borenstein e Padilha (2002), compreender-se como ocorre o processo de comunicação para poder realizá-lo de forma mais efetiva e terapêutica, e assim conseguir realizar o cuidado humanizado. Souza, Silva e Saleh (2005), completam ainda dizendo que, somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos.

*[..] Outra dificuldade é a **limitação na tomada de decisões pela enfermagem**. Muitas vezes precisamos tomar decisões mais rápidas, mas necessitamos do aval de outro profissional para poder fazê-las. O médico plantonista por*

exemplo, não está fazendo o cuidado integral deste cliente, e quando o solicitamos para avaliar o cliente, pois o mesmo está tentando dizer que está com dor, não acreditam nas colocações da equipe, evitando que o cliente receba medicação para dor, referem até mesmo que a equipe possa induz o cliente a ser medicado [...]. (Margarida)

Conforme Paterson e Zderad (1979), a pessoa aberta ou disponível revela-se como uma presença. O relato acima mostra que a técnica de enfermagem identifica a necessidade de atenção e preocupação, porém enfatiza que algumas ações dependem de outros profissionais para que o cuidado seja realizado. As ações devem ser visíveis aos nossos olhos através do toque, da interação, atendendo as necessidades manifestadas pelo cliente, acreditando e não julgando seus sentimentos. Os sujeitos do estudo apontaram ser importante à sensibilização das pessoas no cuidado ao cliente e o respeito ao ser humano.

Stefanelli (1993) apresenta 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 o outro e se fazer compreender.

Toda informação deve ser valorizada em seu contexto. A dor é sentida pela pessoa com intensidades e formas diferentes. Alguns são mais resistentes outros menos, ou então encontramos alguns clientes que negam estarem com dor para não perturbar a enfermagem ou ao médico plantonista, pois percebem através das expressões não verbais dos profissionais que a sua dor não foi valorizada. Não podemos negar ou julgar a dor do cliente. Devemos valorizá-la dando este retorno ao cliente, através do conforto, da palavra, da atenção e até mesmo da medicação. Mas isso requer uma avaliação à beira do leito do que ele está sentindo. A presença, conforme Paterson e Zderad (1988) se faz necessária na avaliação, isso através da valorização das informações dadas pelo cliente e pela enfermagem e através da avaliação direta do médico, adquiridas através do toque e da percepção dos sinais não verbais.

A equipe percebe que o julgamento ocorre constantemente em nossa prática de trabalho, onde são vários os relatos em que a enfermagem avalia e identifica,

compartilha com outro profissional de saúde, e o mesmo sem ver o cliente, toma as devidas interpretações e decisões.

Evitar pré-julgamentos do cliente que irá cuidar. Às vezes teu colega te passa um plantão falando horrores do clientes, e se vê que não é nada daquilo que te falaram, Acho que ocorre a empatia sim, mas devemos entender o cliente na sua individualidade e totalidade. Cada um é diferente, e devemos respeitar isso. (Violeta)

Julgar o comportamento do cliente é, portanto, outro modo de comunicação não terapêutica. O ideal seria a enfermagem formar um vínculo com esse cliente, conhecendo e percebendo fatores da personalidade e individualidade do mesmo bem como a forma que gostaria de ser cuidado. Devemos conhecer a situação sem julgamentos prévios, até mesmo para não dificultar as relações interpessoais e de empatia.

Conforme Souza (2000), o grau de envolvimento emocional vai depender da pessoa que presta ajuda e daquela que busca por ajuda. E a percepção desse envolvimento está ligada à maturidade emocional e as experiências de interação interpessoal. Neste sentido acreditamos que o vínculo estabelecido entre a família e a Enfermagem é o principal aliado para a mudança de atitudes de ambos, onde aprendem a respeitar o outro em sua unicidade, especificidade e diversidade.

Quando falo em equipe, penso em todos os componentes da enfermagem que integram o turno de trabalho, isto é, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A relação dessas pessoas torna-se muito familiar à medida que todos ocupam mais tempo de suas vidas no ambiente do CTI do que em suas casas, e a grande maioria possui atividade dupla ou tripla de trabalho. E falando em relações, lembramos que cada um possui a sua forma de pensar, com seus valores, perspectivas e principalmente experiências de vida. Essa abordagem nos faz ir ao encontro de que às relações interpessoais nem sempre acontecem de forma ideal, ou como gostaríamos que fossem, além disso, o CTI por ser uma área fechada e um ambiente restrito das outras áreas do hospital, possibilita o contato muito mais próximo da equipe que está ali diariamente, sendo

visível a formação de parcerias de trabalho, amizades e a capacitação técnica dos profissionais.

A relação entre os membros de uma equipe de trabalho procura visar o respeito, integração e os mesmos objetivos na atuação. Estas devem ser cuidadas para que o ambiente seja tranquilo e o trabalho produtivo, e a comunicação novamente torna-se um importante instrumento e recurso na formação de um grupo coeso.

Uma ação que envolva mais pessoas deve ser realizada de forma organizada e clara. Esta é importante porque ao lembrarmos que qualquer ação, principalmente no cuidado ao cliente, deve ser acompanhada de uma comunicação adequada e de entendimento mútuo para que a mensagem seja apreendida e compreendida por ambos. Além disso, a convivência entre o grupo e até mesmo as afinidades formadas facilitam o entendimento da comunicação entre aqueles que estão prestando o cuidado. Isso se torna bastante evidente em uma intercorrência com algum cliente. A comunicação não verbal é destacada e percebida, pois as relações se darão através da dinâmica de atuação do grupo com o olhar, movimento do corpo e das mãos. Agora quando a equipe não possui uma boa relação interpessoal, o cliente é prejudicado indiretamente, a comunicação não é reconhecida adequadamente deixando o clima mais tenso e acarretando em dificuldades no cuidado.

Uma das dificuldades apontadas para que ocorra a comunicação entre a equipe é a falta de disponibilidade, e o de compartilhar. A disponibilidade das pessoas envolvidas no processo de comunicação é algo que necessita ser considerado atentamente, pois dela depende boa parte do êxito desse processo. A enfermagem não deve somente ver a dinâmica do cuidado com olhos na tarefa, onde existe o horário do banho, do lanche, da visita, pois cada situação deve ser vista conforme a necessidade do momento na sua totalidade. Afinal de contas o cliente tem horário para ter sudorese? Tem horário para ter dor? Para fazer suas necessidades fisiológicas?

O compartilhar não significa somente ajudar aos outros, mas também de socializar o conhecimento para possibilitar o crescimento conjunto, envolvendo os demais componentes da equipe.

No relato abaixo **Hibisco** fala sobre o tempo, de disponibilidade e espírito de equipe.

*Outra dificuldade é quanto à comunicação entre a equipe de enfermagem”. “Num de meus plantões à noite, estava cuidando de um cliente que estava sudorético, com febre, com má aparência, e que não conseguia dormir. “Quis dar um banho no cliente na tentativa de baixar a temperatura e de dar conforto”. Solicitou o auxílio de seu colega, e o mesmo negou-se a ajudá-la, dizendo ainda: “não vou te ajudar, pois é rotina do turno da manhã em dar banho”. **Refere que deu o banho sozinha, e acrescenta que muitas vezes é necessário mudar a rotina e ter sensibilidade na forma de cuidar e de entender o cliente na sua totalidade.** (Hibisco)*

Hibisco quis cuidar e confortar o cliente com um banho o qual avaliou ser oportuno naquele momento e buscou oferecer o bem-estar ao próximo, porém não recebeu o apoio de seus colegas que se mostraram ausentes na sua solicitação de ajuda. Será somente para cumprir rotina? Será a falta de tempo?

Com relação à disponibilidade, Stefanelli (2005) ainda fala que a enfermagem deve se colocar à disposição do cliente explicando o que o mesmo poderá fazer para ser atendido quando precisar de alguma coisa. E se não puder atender o cliente no momento em que é procurado, ele deverá esclarecer que não pode lhe dar atenção naquele momento, ou se for urgente, providenciar para que seja atendido por outro profissional ou colega naquele momento.

A robotização das tarefas e procedimentos denota que a atenção está direcionada a uma fração do todo, onde os envolvidos só percebem a tarefa imediata a ser realizada, perdendo a noção de prioridade e necessidade do cliente que está sob seus cuidados. Goleman (1995, p. 104) diz que pode ocorrer 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”.

Entendemos que a experiência no cuidado ao próximo e convívio diário na terapia intensiva enfatiza que o primeiro passo para a comunicação com o cliente é reconhecê-lo como ser humano, isto é, como alguém que sente, pensa, e portanto sofre muito na sua fragilidade e dependência na hospitalização. A capacidade do ser humano em se comunicar, é inerente às nossas ações e comportamentos, pois é um momento de

enfrentamento de incerteza da cura, sensação de perda, afastamento do lar e de seus familiares, a exposição ao linguajar rico em termos científicos de médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. Além disso, o cliente precisa controlar sua auto-estima e equilibrar os sentimentos que são baseados na cultura, valores e experiências vividas e contadas. O ideal seria entender e aceitar a individualidade e o momento doloroso em que esse cliente está passando, quebrando barreiras da comunicação e deixando de lado tabus e preconceitos.

Paterson e Zderad (1988) mostram que a presença está baseada no olhar para o cliente sob a ótica do outro, procurando oferecer o que no fundo todos querem receber. Se formos pensar mais intensamente iremos lembrar situações onde nos sentimos extremamente limitados e isolados pela língua desconhecida, quer pelo ambiente com pessoas estranhas ou situações novas.

Em um dos momentos da coleta de dados solicitamos a formação de três pequenos grupos, e que cada grupo elaborasse em vinte minutos, sob a forma de dramatização uma cena do dia-a-dia que representasse o modo como as pessoas se comunicam no trabalho, evidenciando facilidades e dificuldades. Ao final da dinâmica todos refletiram sobre os aspectos que teriam ficado obscuros ou com dupla interpretação na dramatização. Além disso, lembraram fatos ocorridos com alguns clientes em especial, facilidades e dificuldades, as relações de empatia, crenças, envolvimento emocional com o cliente e familiares e apontaram as facilidades e dificuldades em se trabalhar com os diversos profissionais da área da saúde.

Após o planejamento da dinâmica que seria utilizada, o primeiro grupo optou por dramatizar uma situação entre um componente da equipe de enfermagem (**Amor perfeito**) e o cliente acamado (**Lírio**), sendo que o terceiro participante da cena atuou apenas como relator (**Hibisco**) da situação planejada.

Lírio começa a movimentar a cabeça, inquieto, agitado, como se estivesse taquicárdico.

Amor Perfeito chama o cliente pelo nome. “Seu Lobélio, (apoiando a mão sobre o ombro do cliente, e o mesmo parece estar gostando da tentativa de aproximação através do toque, observando-a atentamente com os olhos) tá com frio? Tá molhado? Tá com dor?” Ao perceber que está falando muito rápido, sem dar a oportunidade ao cliente demonstrar sua necessidade, muda sua tática. “Pisca uma vez os olhos se a resposta for sim, e pisca duas vezes se a resposta for não”. “O senhor está com dor?” O cliente pisca uma vez,

confirmando estar com dor.

Amor Perfeito refere que irá medicá-lo, mas o cliente continua inquieto. A técnica de enfermagem pergunta: “Quer virar de lado? Mudar o decúbito? E o cliente pisca os olhos uma vez.

Hibisco que está narrando e fazendo os comentários da apresentação, no final da dramatização faz algumas colocações teóricas sobre a comunicação, dizendo: “além da comunicação verbal, existe a comunicação por sinais. As vezes o cliente não entende quando se fala sobre as partes do corpo. E se a gente tocar em algumas partes do corpo, perguntando se é ali que sente dor ou desconforto, poderá identificar as necessidades através de sinais da face. E uma das opções poderia ser a de solicitar que o cliente pisque os olhos, aperte a mão, para facilitar o entendimento da equipe sobre o que o mesmo necessita. Algumas vezes não será apenas a medicação que vai melhorar condição do cliente, mas o conforto, a compreensão, o afeto.

Os técnicos de enfermagem utilizaram na dramatização um exemplo adotado no processo comunicacional: “*ir por eliminações*” para entender o cliente com impossibilidade de comunicação verbal. Utilizaram o toque para estabelecer a aproximação, realizaram vários questionamentos para identificar a causa do desconforto. Percebem que estão falando rápido e mudam a forma de abordagem, entendendo que o cliente se comunica muito mais de forma não verbal do que verbal, dentre elas as mais utilizadas: o piscar dos olhos, aperto de mão, respiração, suspiros e sinais da face que são formas que o cliente utiliza para comunicar o que está sentindo.

Conforme citado por Souza (2005) o estudo de Sawada et al (2000) sobre o toque, associa este fato ao ambiente hospitalar, rotinizado e burocratizado. Por outro lado, Castro e Silva (2001) confirmam a necessidade de que a enfermagem conheça a comunicação não verbal para humanizar o cuidado, embora acreditem que a maioria não esteja atenta para este fato.

A comunicação sem palavras tem grande significado para a Enfermagem, onde o cliente muitas vezes é incapaz de expressar seus verdadeiros sentimentos e desejos em palavras, utilizando para tal o corpo mediante os gestos (DULDT et al, 1984). Disso decorre a importância da equipe de enfermagem em se qualificar e adquirir conhecimento para se comunicar com o cliente de forma adequada, e principalmente para reconhecer as manifestações não verbais.

“É necessário reaprender a se comunicar, reaprender a ver e ouvir a

linguagem”; incluindo-se neste reaprender, a comunicação não verbal, descobrindo-se, na multiplicidade de sinais, o olhar, a expressão facial, as roupas, a postura, o espaço que se ocupa e o que a pessoa deseja transmitir (LAROCCA e MAZZA, 2001, p. 119). Assim estaremos utilizando a comunicação como subsídio para a sistematização do cuidado, mais do que simplesmente um instrumento do cuidado. “A enfermagem humanística é um compromisso existencial, uma presença ativa que pode ser traduzida com a linguagem do corpo” (SOUZA, 2000, p. 60).

Conforme Souza (2005), o estudo da comunicação não verbal permite o desenvolvimento da capacidade profissional para identificar com maior exatidão os sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização que o cliente e família apresenta, uma vez que sua principal função é a demonstração de sentimentos, especialmente observáveis na face.

A comunicação não verbal envolve as manifestações de comportamento não expressas por palavras. Thelan et al (1994) afirmam que a comunicação não verbal constitui 70% a 90% do processo comunicativo, afirmando que diversas intervenções como gestos, mímica facial, palavra escrita, dentre outras podem facilitar a comunicação com o cliente. Na Terapia Intensiva a comunicação não verbal é a mais utilizada, pois a grande maioria dos clientes estão em estado crítico, com dor, intubados, sedados ou até mesmo deprimidos, impossibilitando que os mesmos possam utilizar o recurso da fala. E se sabemos dessa informação essencial para que se possamos cuidar do cliente, porque não nos aperfeiçoarmos e instrumentalizarmos a equipe para que percebam com maior facilidade os sinais e manifestações, e em decorrência disso possam humanizar as questões relacionadas à comunicação entre cliente, familiares, enfermagem e equipe de saúde?

A não compreensão da comunicação não verbal gera dificuldades no processo comunicacional conforme percebemos na dramatização e em nosso dia-a-dia. As questões importantes e íntimas, por exemplo, nem sempre são verbalizadas pelo cliente, e a equipe de enfermagem precisa estar atenta a essas manifestações.

Silva (1998) diz que é necessário ter paciência e persistência, auto-observação constante, e treino contínuo no dia-a-dia de nossa capacidade de nos expor, também de prestar atenção nas pessoas e responder através da comunicação e do cuidado com

habilidade no contato humano. Mesmo com a evolução técnica da equipe, nem sempre olhamos nos olhos, sorrimos, ouvimos e apertamos as mãos do cliente. Será a falta de tempo mesmo?

Presenciei durante a observação não participante momentos em que a equipe ao dar o banho de leito atuava mecanicamente na tarefa e conversava sobre assuntos aleatórios ou sobre suas insatisfações, não incluindo o cliente nesse momento designado a interação. Também observei e vivencio momentos em que passamos o plantão comunicando ao colega sobre os procedimentos, presença de drenos, ventilação mecânica, exames, cobramos as rotinas e nos esquecemos de falar no cliente, de como ele se sente, como interage com a equipe, sobre a qualidade no seu cuidar e outras particularidades dos sentimentos de cada um. Abaixo relato uma demonstração de atenção com o cliente no que realmente ele necessita no seu tempo:

Hibisco relembra uma situação que a deixou bastante apreensiva. Recebeu um plantão em que a colega do turno anterior estava com dois clientes, e não estava conseguindo atender um deles que estava muito agitado, tentando sair da cama, e que até mesmo conseguiu desfazer a contenção mecânica, sendo medicado para agitação. **Hibisco** recebeu o plantão e foi atender aquele cliente, e percebeu que o mesmo queria evacuar, mas que não conseguiria realizar na fralda. Solicitou a ajuda de seus colegas para colocá-lo no trono. Após ter evacuado, o cliente dormiu praticamente toda a noite.

Se a cada ato nos colocarmos no lugar do outro que está deitado, necessitando de nossa atenção e presença, certamente daremos importância a cada manifestação que emitimos. O olhar, comentários, gestos, conversas em pequenos grupos, enfim, qualquer tipo de comunicação tem para o cliente lúcido ou não uma importância única e pessoal. Interpretar a comunicação não verbal não é algo fácil, exige dedicação, um olhar intuitivo e científico da situação. Envolve o estar presente para que ocorra o encontro ente cliente e enfermagem, direcionando ao chamamento e a resposta.

“A pessoa aberta ou disponível revela-se como uma presença” (Paterson e Zderad, 1979, p. 33). Não podemos confundir essa ação com *ser atencioso*, pois a enfermagem pode ser atenciosa e não estar presente. O nosso trabalho envolve reciprocidade, troca, onde o cliente é visto não somente como mais um a ser cuidado, mas alguém importante com seus sentimentos e necessidades.

Segundo Paterson e 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 o cliente e enfermagem em uma proximidade física, não garantem uma autêntica intersubjetividade, onde um ser humano relaciona-se com o outro como uma presença, em vez de um objeto. (PATERSON E ZDERAD, 1979, p. 30)

Seguindo a apresentação das dinâmicas o segundo grupo optou após o planejamento em dramatizar uma situação entre o cliente acamado e entubado (**Orquídea**), e dois técnicos de enfermagem (**Cravo e Violeta**).

Orquídea faz sinais com as mãos para cima, com se estivesse se abanando. Está com olhar tenso, pois o técnico de enfermagem não está entendendo-a.

Cravo questiona muito apressado: “o que a senhora precisa? Quer se tapar? Está com falta de ar? Levantar as pernas”? Nervoso diz: “Só um pouquinho, vou chamar a minha colega para ver se ela te entende”. A cliente começa a bater as mãos nas pernas inconformada. Chega a outra técnica de enfermagem, neste caso é a própria **Violeta**, que senta ao lado da cliente. E faz o seguinte comentário: “agora tenta falar bem tranqüila, e mostra o que a senhora quer”. A cliente começa a rir e ao mesmo tempo mostrar-se inconformada, apontando com as mãos para o tubo orotraqueal, tentando comunicar que não é possível falar se está entubada.

Violeta coloca as mãos na cintura, demonstrando estar na defensiva e que errou na condução do atendimento (todos riem da falha da colega). **Orquídea** aponta para o traveseiro, e **Violeta** questiona: “Vamos virar o traveseiro? Colocar outro mais alto?” **Orquídea** movimenta a cabeça para confirmar sua necessidade e aproxima as mãos como se fosse rezar, demonstrando estar aliviada por terem lhe entendido.

“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” (Souza, 2000, p. 85). Na tentativa de perceber o outro, o foco precisa estar voltado para o momento existencial do outro, reconhecendo suas limitações. Ao agir assim, “a presença da enfermagem é percebida pelo cliente como ser humano que está naquele momento preocupado, não consigo mesmo, mas com a maior compreensão possível da

experiência de ser do cliente, favorecendo um diálogo autêntico” (SOUZA, 2000, p. 85).

Durante a observação da dramatização o grupo identificou em **Cravo** sua dificuldade em interpretar o “*chamamento*” do cliente. Estava com pressa, realizando muitas perguntas sequenciais, não estando instrumentalizado para entender a comunicação não verbal do cliente em sua resposta. Mesmo assim, solicitou auxílio de uma colega, que mostrou estar mais próxima e presente, sentando ao lado da cliente. Ela por sua vez, esqueceu das limitações envolvidas na comunicação e solicitou para a cliente falar o que estava sentindo. Percebeu seu descuido modificando sua abordagem com a comunicação não verbal o que favoreceu em uma comunicação terapêutica., que para que a interação com o cliente se torne terapêutica a enfermagem necessita perceber a experiência do outro e como ele a vivencia.

Quando essa percepção ocorre podemos dizer que está ocorrendo “a empatia que pode ser transmitida pelo cliente de forma verbal ou não verbal, a chamada *comunicação empática*” (STEFANELLI, 1993, p.58). Conforme **Orquídea**: “Tem clientes que não interagem com algumas pessoas ou profissionais, até mesmo com alguns familiares”, por não haver empatia. “A comunicação empática é vital para o desenvolvimento do processo comunicacional quando se tem como objetivo ajudar alguém”, oferecendo uma assistência individualizada, respeitando suas crenças, valores e cultura (STEFANELLI, 1993, p.58). Os comportamentos da enfermagem que facilitam a empatia são classificados por Clay (1984) citado por Stefanelli (1993) em cinco categorias: aceitar, ouvir, clarificar, informar e analisar. E para cada uma destas, apresenta uma lista de ações de enfermagem, sendo que a maioria corresponde a aspectos da comunicação em geral e às técnicas de comunicação terapêutica.

A capacidade de empatia está intimamente relacionada ao envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal. E segundo Stefanelli (1993), esses três elementos são essenciais para a união entre a arte e a ciência da enfermagem, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

Os clientes neurológicos oscilam muito seu estado de lucidez, portanto, devemos cuidar mais ainda o que comentamos na frente do mesmo, precisamos ter mais respeito ao próximo. (Margarida)

Só no olhar do cliente percebemos quando o tiro saiu pela culatra. Temos que ser mais naturais e simples. Saber quando o momento é de silêncio, e que não devemos falar, mas estar junto, dando o apoio e acolhimento. (Rosa)

Outra coisa que percebi na observação não participante: Como a gente fala no diminutivo com as pessoas. Vou te dar uma picadinha, uma aspiradinha, passar uma sondinha, mãezinha, vózinha, bainho, dar uma viradinha, parecemos crianças, e deixamos de respeitar quem está ali deitado. A gente quer agradar as pessoas, ser carinhoso e na verdade está pecando. (Lírio)

O depoimento de **Lírio** resgata em todos participantes uma reflexão sobre o respeito ao outro como ser humano, mostrando que o fato do cliente receber cuidados por outra pessoa não implica em incapacidade pessoal, nem ao menos o torna inferior aos outros. O cliente ao ser chamado pelo diminutivo provavelmente responderá através da comunicação não verbal com expressões de tristeza, indiferença ou desagrado. Para isso, nossa atenção deve estar centrada no cliente e no ambiente para ouvir reflexivamente as mensagens emitidas de forma não verbal para compreendê-la nas suas dimensões.

Paterson e Zderad (1979) vêem a enfermagem como a 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.

5.3 A experiência do não cuidado

Nessa categoria apresentamos algumas das diversas experiências vivenciadas pelos técnicos de enfermagem com relação aos seus sentimentos sobre o não cuidado bem como o processo de comunicação entre os profissionais, evidenciadas na dramatização dos grupos, favorecendo o despertar do pensamento e da consciência sobre a atuação de quem cuida e precisa se colocar no lugar do outro.

Se resgatarmos na literatura as pesquisas realizadas sobre as experiências

relacionadas ao significado do cuidado em diferentes grupos saberemos que o cuidar em Enfermagem, visa a proteção, promoção e preservação da humanidade, consistindo em esforços intrapessoais de ser humano para ser humano além da busca de soluções da doença, sofrimento, dor e existência (WALDOW e MEYER, 1995).

Para Padilha, Silva e Maia (2003) o cuidado deve ser entendido como a prática de ações profissionais de natureza disciplinar e interdisciplinar na interação terapêutica entre seres humanos, fundamentadas em conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político, estando todos interligados na promoção da saúde e dignidade no processo de vida humana.

O ato de cuidar é mais do que ação e atenção ao outro, é a essência mais pura sobre responsabilidade, preocupação constante, envolvimento e troca de afeto. Ao pensarmos no cuidado em equipe, estamos falando de um trabalho multidisciplinar no qual o grupo atua de modo cooperativo, equilibrado, integrado com o mesmo objetivo frente a uma situação. Nascimento (2003) comenta que no CTI existe uma equipe multidisciplinar que trabalha de modo compartimentado, mas que são percebidas a falta de articulação dos saberes entre si e nas ações pelos profissionais.

Observamos nas dramatizações as dificuldades enfrentadas na comunicação entre a equipe multidisciplinar no cuidado ao cliente. Nos discursos dos sujeitos transparece a preocupação e reflexão sobre a importância da informação fornecida de cada elemento constitutivo de uma equipe, principalmente quando presenciamos os sentimento de dor, desconforto e medo do cliente.

O terceiro grupo a realizar a dramatização montou uma cena com vários objetos para tornar mais real a encenação. Também em cada momento trazia uma reflexão sobre a comunicação com o cliente, envolvendo outros profissionais da área de saúde. **Margarida** interpretou o cliente, **Rosa** a técnica de enfermagem e **Tulipa** como médico residente do CTI.

Para iniciar a dramatização, **Margarida** encontra-se deitada em um colchão improvisado pelo grupo, com contenção mecânica nas mãos, entubada e com auxílio de ventilação mecânica. Aparenta estar agitada, como que tentando se mover no leito e tentando retirar a contenção mecânica.

Rosa: “Calma seu José..o senhor está com dor?” e o cliente faz sinal de positivo com a cabeça. “Quer virar de lado?” E o cliente permanece agitado e

fazendo sinal que sim com a cabeça.

Neste momento chega **Tulipa** (médico Residente), e pergunta ao ver toda aquela movimentação a beira do leito: “Rosa o que houve?”

Rosa: “Ele está a algum tempo referindo através da expressão facial de que está com dor, já fiz de tudo, virei de lado, coloquei apoios com travesseiro, e de nada adianta, ele está com dor”.

Tulipa: “Não é dor, calma, é só ficar aqui com o cliente, tentando tranquilizá-lo, segurar a mão dele, que vai passar. Só está agitado como sempre. Daqui a pouco passa”.

Rosa: “Ele está todo contido e pela agitação já está se machucando. Ele está com analgesia contínua, não dá para aumentar um pouco? Não tem nada prescrito extra para fazer. Pelo amor de Deus, faça alguma coisa”.

Tulipa fica olhando da porta o cliente, sem ao menos abordá-lo ou tocá-lo, e diz: “calma, calma...”.

O cliente continua agitado, com expressão de dor.

Rosa: “Gente! Ele vai perder o tubo, perder o acesso venoso, pelo amor de Deus me ajudem a segurá-lo. Hortência me ajuda, fala com o médico”.

Eis que Tulipa autoriza que Rosa medique o cliente. Após o cliente fica mais calmo e refere que a dor está passando. Ao término da dramatização Margarida chega a chorar, demonstrando que vivenciou plenamente o sentimento do cliente.

Posteriormente a dramatização, **Tulipa** relembra outros fatos que retratam a dificuldade de atuação com alguns profissionais, principalmente a noite, na identificação de problemas e sentimentos do cliente, que na maioria das vezes necessitam de ação conjunta no atendimento de suas necessidades. Essa preocupação segundo o grupo, está presente no turno da noite, pois poucos profissionais da área da saúde e familiares se mantêm no ambiente do CTI, ficando a Enfermagem muito sozinha na resolução de problemas e intercorrências que possam ocorrer. Para isso necessita estar suficientemente instrumentalizada para perceber a comunicação e atender ao chamado de cada cliente.

Margarida também expõe sua preocupação frente à atuação dos vários profissionais envolvidos no cuidado no CTI. Aponta a dificuldade em que a equipe encontra para realizar a assistência integral, considerada como uma assistência que visa um olhar de todos da equipe ao cliente como núcleo do cuidado, além da busca do entendimento à comunicação manifestada por ele e pelas pessoas que circulam no ambiente da Terapia Intensiva. Na dramatização, a técnica de enfermagem identificou

a necessidade do cliente através da comunicação não verbal, porém para que a intervenção acontecesse, necessitou do envolvimento do médico, considerando que este é o profissional que prescreve o medicamento para dor. Nós questionamos o porquê este tipo de atitude é tão corriqueira quando se trata de solucionar a dor? Por que não acreditar na dor do cliente? Sabemos que para o conforto da dor, muitas vezes será necessária administração do analgésico e da presença da Enfermagem demonstrada pela segurança, carinho, preocupação e cuidado direto. Continua apontando a sua preocupação sobre o olhar de outros profissionais perante a informação e sobre a confiança na equipe:

A primeira percepção do outro profissional é que a enfermagem quer sedar o cliente, e isto não é verdade, a gente proporciona conforto e acredita no cliente quando o mesmo refere ter dor através de gestos, expressão facial, agitação psicomotora. Às vezes, leva muito tempo para os outros acreditarem. [...] senti muita diferença quando vim trabalhar no CTI à noite. Não percebia esta resistência durante o dia. Há muita resistência por alguns médicos à noite. Acho que pode estar melhorando, mas.. [...] (Margarida)

O turno da noite é composto por profissionais com maior tempo na instituição e setor, e que por sua vez, são pessoas que já vivenciaram muitas situações críticas, dificuldades, experiência da morte e exemplos de não cuidado. Isso nos leva a pensar sobre a necessidade de buscar que possam ser mais sensibilizados em fazer a diferença no cuidado ao cliente.

A equipe mostra abertura em falar sobre o que sente e de que forma são percebidos como cuidadores. **Rosa** revela na **Fusão Intuitivo-científica** sua tristeza e inconformidade com o não cuidado e busca resgatar a importância do apoio, da confiança, do desvelo e carinho necessários a cada cliente internado.

Boff (1999) revela que desvelo significa solidão, zelo, atenção, bom trato podendo provocar inquietação e sentido de responsabilidade.

[...] Tem momentos em que questiono e o mesmo refere não ter dor, portanto se estivesse viciado com a medicação, diria sempre que tem dor. E não é o caso. Após estas dificuldades fui ler no prontuário deste cliente, e percebi que este mesmo médico residente sempre evoluía: paciente agitado, mas sem dor. Enquanto que os outros profissionais sempre evoluíam: paciente agitado, com dor intensa [...]. Parece que nós queremos medicar o cliente para ter uma

noite, um plantão tranqüilo, e não é verdade. (Rosa)

[...] lembro de uma vez que estava cuidando de uma cliente com doença crônica e muito instável e até mesmo foi considerada como PNR (não reanimável em caso de Parada Cárdio- Respiratória). Estava lúcida, intubada, mas respondia através de gestos a tudo que lhe perguntava. Fui falar para o médico que ela estava com dor e ele disse na frente da cliente: “Há ta!! Ta com dor sim..”(ironizando). E a cliente observando tudo. Aí ele começou a falar sobre assuntos de outros clientes, morte. Fiquei decepcionada, pois a cliente estava entendendo tudo. Após minha insistência, ele foi falar com a cliente e perguntou: “a senhora está com dor?” Ela confirmou com a cabeça. E ela ouviu todos aqueles comentários absurdos. Pois essa cliente melhorou, e com que cara fico depois de tudo isso? (Hibisco)

A dor é uma manifestação de socorro do cliente, e da qual somente ele percebe a intensidade, tipo e duração. Não podemos julgar o momento em que ocorre, e nem muito menos o grau da dor, devemos procurar minimizar e até mesmo solucionar o sentimento. Pautado nesse enfoque, a manifestação da dor pelo cliente é considerada como um pedido de ajuda e ao mesmo tempo uma resposta a disponibilidade da equipe. Souza (2000) reforça a necessidade de que ao prestarmos o cuidado devemos reconhecer a Enfermagem como chamamento e resposta intencionais.

Hortência questiona: “e o que devemos fazer nestas situações?. [...]

Procurar tranqüilizá-lo, segurar sua mão dando total apoio, dar conforto, mudar o decúbito, dar um bom banho, dar carinho, afeto e confiança [...]
(Rosa)

O gesto da mão, de dar conforto e afeto ao cliente mostra que as pessoas procuram usar a comunicação terapêutica, aquela que realmente possa ajudar, pois envolve proximidade, aceitação do outro e envolvimento emocional. O cuidado aparece segundo Souza (2000), quando a existência de uma pessoa tem significado para a outra, e por isso passou a ser fruto do afeto, da criatividade, da sensibilidade de intuir e de fazer racionalmente, através de caminhos pautados nos valores e compromissos de cada ser humano.

Com relação ao estabelecimento da confiança, **Violeta** traz para o grupo a reflexão sobre a importância dada à Enfermeira e sua liderança. O grupo necessita dessa referência no trabalho e se identifica com a forma de ver e agir desse profissional. Isso os torna mais seguros e atentos para com os sentimentos do cliente, repercutindo na forma de cuidar e sentir o cliente como ele realmente gostaria de ser percebido.

[...] depende também de quem é a enfermeira que está no turno de plantão. Por exemplo, se é a Hortência, ficamos muito seguros, pois tem pulso, tem conhecimento, e os médicos sabem disso. Ela impõe suas colocações com segurança e insistência, e os médicos acabam resolvendo os problemas e necessidades do cliente. Agora se é uma enfermeira que não conhece o CTI, geralmente tem medo em abordar ou acordar o médico de plantão para resolver, ou também o médico não confia muito nas colocações da mesma, e nós ficamos a deriva. (Violeta).

Outra forma de não cuidado seria a exposição do cliente, a robotização das pessoas na Terapia Intensiva, decorrente de fatores internos de cada um e do próprio setor. Essa robotização decorre do dia a dia no CTI, onde existe uma ampla rotatividade de clientes, familiares e profissionais, o que enfraquece as relações interpessoais entre as pessoas. O CTI também é um ambiente que necessita de tecnologia de ponta e o domínio da mesma, e as tarefas são inúmeras a serem cumpridas em um tempo restrito. Mesmo que a Enfermagem afirme que é uma continuidade, e que um turno complementa o outro, existem particularidades a cada plantão que o caracterizam como único.

Ainda com relação à essa discussão, Nascimento (2003), coloca seu pensamento sobre o distanciamento entre a enfermagem, cliente e familiares, onde a aproximação ocorre de forma rápida e superficial, não podendo ser caracterizada como diálogo, presença e acolhimento.

“Sem acolhimento e vínculo não há produção de responsabilização dos serviços e nem otimização tecnológica das resolutividades”. (FRANCO; BUENO e MERHY, 1999, p.346).

A preocupação com o tempo limita a liberdade de expressão, sendo importante que sejam consideradas as particularidades de cada cliente. Paterson e Zderad (1979,

p.50) citadas por Barbosa (1995), enfatizam esse aspecto, de que

os minutos, as horas cronológicas são vividos de modo diferente por cada um (enfermagem e cliente) dada sua diferente forma de ser na situação compartilhada [...]. Os clientes vivem seu tempo em relação aos acontecimentos como: aborrecimento, dor, separação, perda e espera. O diálogo de enfermagem se desenvolve no tempo cronológico, porém tanto enfermagem como o cliente vivem do ponto de vista de seu próprio tempo interior. (PATERSON E ZDERAD, 1979, p. .50)

Para Souza (2005), a perda da identidade profissional advinda da robotização inibe a potencialidade e capacidade do sujeito recriar, a si mesmo e ao próximo, a partir da interação e do ultrapassar os limites impostos pelo paradigma da tecnologia. A mesma autora, acrescenta que a tecnologia e seus produtos viabilizam sujeitos, que ancorados nos saberes e habilidades dela decorrentes, deixam-se guiar pela promessa de um mundo melhor a partir dos recursos tecnológicos, mas ignorando que a ação deve ser pautada em juízos morais e por princípios universais.

Barbosa (1995) ao estudar sobre o cuidar e compreender as experiências no CTI, menciona que em nossa prática cotidiana há o costume rotineiro do cumprimento das tarefas, geralmente de forma isolada e que não levam em consideração o momento existencial do cliente e da própria Enfermagem, embora se saiba o quanto isso influencia o cuidar. Embora o cumprimento da técnica nos procedimentos seja muito importante, pode ser vista de um modo diferente, isto é, na sua totalidade, servindo de veículo para o encontro nos chamamentos e respostas com o diálogo, trazendo a proximidade entre equipe e cliente.

[...] nos tornamos muito mecânicos em nossas ações. Precisamos nos policiar mais. O fato de ficarmos com dois clientes lúcidos, faz com que façamos tudo rapidinho, para terminar logo, e deixamos de cuidá-lo [...] (Margarida).

[...] Pode ser que não falamos tão alto assim, mas como a noite o ambiente se torna mais tranquilo, o nosso tom de voz se torna mais alto. Os clientes reclamam muito dos alarmes dos monitores, até mesmo se assustam. O CTI é um ambiente estranho e diferente mesmo [...] (Tulipa)

[...] Confesso que as vezes sou muito insensível, falo alto, quero fazer tudo ao mesmo tempo, higiene oral, mudar decúbito, trocar fixações de sondas, cateteres...e esqueço que o cliente precisa descansar também [...] (Lírio)

A necessidade de estar aberto às experiências humanas que estão presentes no cotidiano se incluem diretamente neste processo, para que tais experiências possam ir se desvelando. Nesse momento, Lírio mostrou estar aberto a autopercepção, e revela uma nova postura, estando atento a sua própria experiência.

Buber, citado por Paterson e Zderad (1988) coloca como pré-requisito para conhecer o outro intuitivamente a capacidade de reconhecer o outro como singularidade, respondendo a esta condição sem se impor e perpetuando a capacidade de surpresa e questionamento, estando realmente com o outro, e não somente por aparência. Também consideramos que o cliente e Enfermagem estão em um campo comum, de intersubjetividade, cuja relação ocorre a partir do reconhecimento e consideração de inúmeras faces do ser humano. A percepção da existência do não cuidado neste grupo busca um aprendizado para reconhecer o que Paterson e Zderad denominam de “chamamentos e respostas”, já abordados anteriormente.

Ao validar as vivências com o grupo, **Hibisco, Margarida, Lírio e Violeta** fazem um depoimento sobre a necessidade de respeito à condição do cliente:

[...] tem cliente que não gosta de brincadeiras. Eu sempre vou conhecendo primeiro o campo que estou pisando. Tenho que ir devagar [...] (Hibisco)

[..] parece que o cliente perde o direito de si e liberdade quando interna no CTI. Nós precisamos atendê-lo como uma pessoa, claro que precisa de cuidados, mas não desmerecer sua capacidades e vontades [...] (Margarida)

[..] quantas vezes já recebi um cliente lúcido, independente para realizar suas necessidades, e o que encontro é o mesmo com fraldas. Para que isto, acho uma falta de respeito, é inferiorizar e limitar o cliente, fazendo o pensar que é dependente e que está muito mal. Eu já tiro a fralda, coloco uma roupa/ pijama, tiro aquele plástico que colocam embaixo do lençol móvel, e deixo o cliente confortável e com melhor astral [...] (Lírio)

[..] eu tive uma péssima experiência quando internada, isto na unidade de internação. Estava nauseada, e vomitando. A técnica de enfermagem entrou no quarto, e ao invés de me medicar, me acalmar, queria trocar a roupa de cama. Quanto mais ela me mexia, mais eu vomitava. E ao invés de limpar as minhas mãos e meu rosto, tinha pressa em trocar a roupa de cama, pois queria passar o plantão com tudo limpo. Me senti muito mal naquele dia [...] (Violeta)

Se considerarmos a afirmação de Heidegger, (1981) citado por Barbosa (1995),

de que o mundo é algo compartilhado com os outros, assim o “ser-com” constitui essencialmente o “sendo-no-mundo” do “ser-aí”. Logo, “ser-com” é uma característica existencial e fundamental’ do “ser-aí”, “sendo-com-os-outros” é o modo como o ser se relaciona, sente, pensa e vive com seus semelhantes.

O cliente ao internar no CTI deve ainda ser visto como responsável pelo seu cuidado. Não podemos desconsiderar esse direito, mas aproveitar as potencialidades e condições de cada um. Recorremos a Paterson e Zderad (1979), quando 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 um em participar do cuidado e permitir a proximidade do outro. Essa condição irá influenciar as experiências de vida de cada um. Souza (2000) diz que na enfermagem o encontro apresenta significado de atender o pedido de ajuda e responder para quem o pede.

O respeito à condição do cliente é essencial para quem opta em cuidar do outro, O cliente nem sempre será dependente total do cuidado, portanto devem ser avaliadas suas necessidades, vontades e habilidades. Acreditamos que a comunicação está em tudo, e em todas as relações, independente de local, situação ou pessoa.

Barbosa (1995) coloca que na maioria das vezes o “conversar” é colocado em segundo plano. Se o cliente for tomado como único, e não “mais um”, priorizando a comunicação, ou ao menos colocando-a no mesmo nível de importância de outras necessidades, poderemos conhecer as experiências vividas, o que fortalece os alicerces sobre os quais pode se apoiar a ciência da enfermagem.

Paralelamente a isso, um aspecto importante percebido ao longo das oficinas foi o enfrentamento das limitações na comunicação busca através das falas levar ao nosso entendimento as estratégias necessárias para percebê-las, e a vencer os obstáculos através do conhecimento e da mudança de paradigmas no CTI.

As limitações na comunicação decorrem de barreiras que impedem, limitam ou retardam o desenvolvimento do processo comunicacional. Denotam da incompreensão da mensagem, na deficiência de sua recepção em decorrência de deficiência orgânica dos órgãos dos sentidos como audição, visão ou tato, ou seja, pela incapacidade ou falta de habilidade para ouvir, ver ou sentir (STEFANELLI, 2005). Lírio e Margarida

fazem colocações a respeito das dificuldades e limitações da comunicação encontradas, e dentre uma delas à sobrecarga de trabalho.

[..] fica difícil atender as necessidades do cliente quando se cuida de dois clientes ao mesmo tempo numa CTI e que requerem muita atenção do funcionário. A gente acaba fazendo uma contenção mecânica (conter as mãos com ataduras) num dos clientes, para que o mesmo não caia ou arranque algum cateter, sonda, para cuidar do outro. Ao invés de ficar ao lado dele, conversando e atendendo as suas necessidades [..] (Lírio)

*E quanto às dificuldades encontradas conforme nossa avaliação: **a agitação do cliente** que dificulta o entendimento pela equipe, pois o cliente não consegue transmitir e expressar o que deseja; **cuidar de dois clientes ao mesmo tempo que sejam lúcidos** e que não estejam intubados. Estes requerem mais a atenção do funcionário, pois estes demonstram medo, insegurança, são carentes, manifestam que não conseguem dormir, evacuar, se alimentar. E quando estamos com um cliente assim, geralmente estamos cuidando de mais um, enquanto os intubados, sedados, possuem cuidado individualizado; ter de conter (contenção mecânica) o cliente para atender o outro, para que fique seguro. Sabemos que não é o mais adequado, mas é o que se faz. (Margarida)*

A sobrecarga de trabalho, nessa fala está diretamente relacionada ao dimensionamento de pessoal no CTI, onde na opinião de vários técnicos de enfermagem, atender dois clientes que estejam criticamente enfermos não é tarefa fácil, pois impede o cuidado mais próximo dispensado a cada um, interferindo consecutivamente na comunicação entre equipe e cliente. A comunicação, principalmente a não verbal deve ser percebida pela equipe através da atenção, da experiência e do tempo.

Vila e Rossi (2002) afirmam que o estresse e o cansaço pela sobrecarga de trabalho envolve o ambiente do CTI, e que a equipe de enfermagem está mais exposta, pois precisa dar conta de todas as atividades interligadas ao setor, cliente, familiares, Instituição e com suas próprias emoções e conflitos.

Podemos perceber nos depoimentos que a equipe de enfermagem gostaria de estar mais próxima ao cliente, principalmente do que não consegue se expressar verbalmente, e sugerem que se tenha uma escala fixa para o cuidado do cliente, pois facilita na interpretação dos sentimentos e necessidades do mesmo. Sugeriram o uso de escrita, lousa mágica, tabuleiro com alfabeto para que o cliente se comunique, e

apontam a necessidade de sensibilização das pessoas no cuidado ao cliente, e o respeito ao ser humano.

*[..] até porque a gente não sabe até que ponto eles entendem. Podem estar ouvindo tudo. Se faz um glasgow do cliente, e dá 3, o que é péssimo, mas não sabe até que ponto esta avaliação neurológica foi feita corretamente, ou se o cliente não escuta? Quantos relatos se tem de clientes que estiveram em coma e declaram e lembram de vozes e comentários realizados pela equipe de saúde, mas que não conseguiam realizar ou manifestar alguma reação [..]”. “Outra dificuldade é a **limitação na tomada de decisões pela enfermagem**. Muitas vezes precisamos tomar decisões mais rápidas, mas necessitamos do aval de outro profissional para poder fazê-las. O médico plantonista por exemplo, não está fazendo o cuidado integral deste cliente, e quando o solicitamos para avaliar o cliente, pois o mesmo está tentando dizer que está com dor, não acreditam nas colocações da equipe, evitando que o cliente receba medicação para dor, referem até mesmo que a equipe possa induz o cliente a ser medicado. (Margarida)*

[..] tem muito haver com empatia também e isso é recíproco. Tem clientes que falam muito e a gente não tem muito tempo para dar esta atenção esperada. [..] (Tulipa)

Novamente falamos em empatia. A empatia se faz importante nas relações humanas, e a ocorrência dela torna-se um facilitador para que ocorra a comunicação entre cliente e enfermagem. A sobrecarga de trabalho no CTI demonstrada através de atividades diretas com tarefas de setor, envolvimento da enfermagem com lançamento de débitos de procedimentos, pedidos de materiais, intercorrências inesperadas, transporte de clientes para exames, e o assumir os cuidados intensivos muitas vezes de dois clientes, dentre outras ocorrências citadas, diminui o tempo do técnico de enfermagem à beira do leito e dificulta o entrosamento e empatia entre os mesmos. Goleman (1999), coloca que a carência de empatia conduz a uma falta de jeito social por interpretar erroneamente os sentimentos da outra pessoa, traduzindo-se como indiferença ou rudez mecânica que dificulta o “*rapport*”⁷, constituindo uma reação às pessoas como se elas fossem estereótipos e não pessoas com características e histórias próprias e diferentes.

Neste sentido, justifica-se a importância em conhecer as experiências de não

⁷ *Rapport* significa “um entrosamento ou afinidade que exista ou se crie entre as pessoas numa determinada interação” (GOLEMAN, 1999, p. 148).

cuidado, onde a circunstância e o tempo vivido pelo cliente durante a internação nem sempre está em sintonia com o de quem cuida, e ao se ter a percepção da comunicação, principalmente a não verbal, estaremos ampliando a liberdade de expressão nas relações vivenciando a experiência e favorecendo conhecer melhor a condição do cliente. A existência humana cresce e se desenvolve através do cuidar, e portanto necessitamos compreender a realidade vivida na prática do cuidado para com a experiência possibilitar a mudança com vistas para o cuidado com qualidade, compaixão e amor para o cliente em CTI.

5.4 Analisando o processo comunicacional entre a Enfermagem e o cliente com impossibilidade de comunicação verbal

A quarta categoria “**Analisando o processo comunicacional entre a enfermagem e o cliente com impossibilidade de comunicação verbal**” apresenta e analisa as idéias centrais das informações obtidas na coleta de dados sobre o processo de comunicação entre Enfermagem e o cliente com impossibilidade de verbalização, especialmente nos aspectos que tratam de uma possibilidade de relação dialógica entre a equipe e o cliente.

Para vivenciar e desvelar com os técnicos de enfermagem como se desenvolve o processo comunicacional com o cliente, mais especificamente com impossibilidade de comunicação verbal, dentro da teoria proposta, fez-se necessária uma reorganização metodológica, a qual denominei de *relação dialógica*. Esta foi fundamentada com o modelo teórico de Paterson e Zderad, sendo que não seguiu exatamente as etapas propostas pelas autoras.

Segundo Oliveira (2003, p. 105), nos sentimos atraídos por duas realidades, sendo uma a realidade do universo vivo (subjetivo-intuitivo), e a outra do universo científico, “*sendo que a fusão dessas duas realidades estabelece a própria prática de enfermagem*”.

A metodologia proposta por Paterson e Zderad (1979) e utilizada na prática assistencial, compreendeu três fases: o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão

intuitivo-científica, aparecendo interligados ou simultâneos.

O diálogo para Paterson & Zderad (1979), envolve a enfermeira e o cliente relacionando-se de modo criativo, de uma forma particular de relação intersubjetiva. Envolvidos nesse diálogo estão **o encontro, o relacionamento, a presença, um chamado e uma resposta**. O agir da enfermagem implica em um tipo especial de encontro entre seres humanos, porque tem uma finalidade. Tanto o cliente como a enfermeira tem a capacidade de estar abertos ao diálogo. *O relacionamento* entre os seres humanos tem a capacidade de estabelecer relações interiores, para conhecerem a si mesmos e a seus mundos neles mesmos. *A presença* no mundo da enfermagem, como no mundo em geral, os encontros humanos podem ir desde o trivial até o extremamente significativo. *A presença* é uma abertura a uma pessoa com necessidades e a acessibilidade é uma atitude dirigida para ajudar. *O chamado e a resposta* no diálogo da enfermagem se desenvolvem em ambas direções, tanto o paciente como a enfermeira chamam e respondem. A enfermagem é um chamado vivo a uma resposta reflexiva de cada forma de comunicação humana.

Esta situação deve ser trabalhada para que haja o encontro entre as pessoas envolvidas. Nesse momento o cliente foi visto pelo profissional da saúde, somente nos aspectos referentes a sua especialidade e não como um todo. Comprova a frieza, o distanciamento do momento pelo qual o cliente está vivenciando, bem como sobre seus sentimentos pessoais.

Em nossas discussões muito se falou sobre o respeito ao cliente na abordagem direta, entendendo que nos diversos procedimentos, este respeito deve ser permanente lembrado. Knibel e Celli (2004) também colocam que primeiro devemos informar sobre o que será realizado, desde uma punção, uma medicação, um exame. Em segundo lugar devemos solicitar sua permissão e consentimento, sempre que possível. Em terceiro lugar, devemos deixá-lo a vontade para esclarecer suas dúvidas, e por último evita as discussões a beira do leito, assim como qualquer comentário desnecessário. Um gesto, um olhar ou uma palavra mal colocada pode gerar no cliente trauma, medo e ansiedade.

O CTI ao ser visualizado em seu interior, revela que a maioria dos clientes internados estão entubados, sedados, medicados para dor ou em outras condições que

impossibilitam a comunicação verbal. Conhecer essa comunicação é para a enfermagem de extrema importância no desenvolvimento de suas ações, sendo necessário que saibamos nos comunicar e detectar qual a mensagem que o cliente está nos transmitindo.

Percebemos através do diálogo que a presença (o estar com o outro) é entendida pelo cliente como o cuidado humano, e que o *estar com*, dar atenção e disponibilidade de tempo para o cuidado será importante para a compreensão da comunicação.

O encontro não pode ser conduzido ou forçado, deve ocorrer naturalmente entre as pessoas envolvidas, através da disponibilidade do EU e do TU. Neste sentido, vejamos a experiência vivenciada por **Margarida** a respeito do encontro e da presença não evidenciados na cena entre o profissional da saúde e o cliente.

[..] O que observamos às vezes e que nos assusta e nos choca muito é quando um outro profissional que vem de fora, chega como por exemplo o neurocirurgião, ele chega gritando com o cliente: “seu fulano?” E dá um beliscão para ver se o mesmo reage. O cliente dá um salto de susto, de dor, de frio...ou pode até mesmo machucar. A gente sabe que é importante esta abordagem para avaliar o nível de consciência, mas tem formas de se fazer isto. Se a gente se colocar no lugar do cliente, é agressivo e chocante [..]
(Margarida)

Essa situação é comum aos nossos olhos, onde o cliente é percebido e avaliado por partes ou por especialidades e não como um todo. A falta de sensibilidade na cena comprova o quanto devemos analisar e refletir sobre o modo como nos direcionamos ao outro para nos comunicar. Se a intenção ao comunicar é promover uma relação dialógica para a fundamentação das relações humanas, as pessoas envolvidas devem se instrumentalizar para isso. Em nossas discussões muito se falou sobre o respeito ao cliente na abordagem direta. Nos diversos procedimentos, o respeito ao cliente deve ser permanente lembrado.

O entendimento da comunicação e suas repercussões se processam conforme a forma de como falamos com o cliente, **Amor-Perfeito, Rosa, Lírio e Orquídea** compartilham seus pensamentos sobre o assunto:

[...] A nossa voz se torna conhecida e passa segurança para o cliente. Passamos a ser uma referência “ [...] o cliente não fala muitas vezes, mas está ouvindo. Mesmo que ele esteja em coma devemos conversar com ele. Não se

sabe qual é o nível do coma deste cliente [...] (Amor Perfeito)

[;..] torna automático estas coisas que foram percebidas na observação e que nós não notamos mais quando estamos na prática [...] percebe que deixamos de falar com os nossos clientes, não avisamos quando vamos realizar um procedimento, aspiração de vias aéreas [...]. [...] O cliente tá ali entubado, mas está lúcido [;..].[...] A gente fica tão robotizado que não percebe. Muitas vezes não nos apresentamos, não nos identificamos como cuidadores deste cliente. O que ele deve pensar [...]? (Rosa)

[..] Os outros profissionais da área da saúde também chegam da rua, falam alto e não estão nem aí, assuntos que não tem nada a ver com a situação e momento, falam de outros clientes, sobre doença, morte, problemas [...] (Lirio)

[..] gostaria de comentar algo sobre o registro da colega que disse: Se a senhora não comer o médico vai pedir para passar uma sonda. Tem formas de falar, assim parece uma ameaça. A cliente muitas vezes já está deprimida por estar no CTI, e alguém ainda fala desta forma? A gente precisa analisar como falar, de repente é o tipo de comida que ela não gosta, talvez que trocar a janta por um café? Também temos clientes com culturas diferentes e que comem alimentos diferentes. Temos que analisar, e sermos mais espertos na avaliação [...] (Orquidea)

“Ouvir é uma das molas mestras da comunicação terapêutica” (STEFANELLI, 2005, p. 107). Os técnicos de enfermagem e enfermeiros devem desenvolver o conhecimento de si mesmo para identificar a presença desses fatores e minimizar os efeitos sobre a comunicação. “A aquisição de competência interpessoal é o caminho a ser seguido para tornar efetiva a comunicação entre enfermagem e cliente.” Segundo Paterson e 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 objeto. (PATERSON E ZDERAD, 1979, p. 30)

A presença do profissional deve ser percebida pelo cliente como um ser humano que está no momento preocupado, não consigo mesmo, mas com a compreensão possível da experiência do ser do cliente, favorecendo um diálogo autêntico. Os chamados e respostas são transacionais, seqüenciais e simultâneos, de forma verbal ou

não verbal. Um pedido do cliente pode ser um chamamento de ajuda e ao mesmo tempo uma resposta à disponibilidade dos técnicos de enfermagem. Relacionar-se compreende o processo de “desempenhar”, fazer com o outro e estar com o outro. É através do conhecimento das diferentes formas de manifestação da comunicação não-verbal que o profissional enfermeiro terá a capacidade e habilidade para reconhecer a verdadeira mensagem que está sendo transmitida pelo paciente, e a partir disso torna-se possível suprir suas necessidades dando assistência e auxílio necessário.

Comunicação para Souza (2000) é o denominador comum de todas as ações de enfermagem, influenciando na qualidade da assistência prestada ao cliente que necessita de cuidados. Também considerado um momento no qual as pessoas compartilham conhecimentos, emoções, informações sendo rica oportunidade para recriar a si próprio e o outro através das mensagens compartilhadas.

O processo comunicacional deixa de ser trivial para caminhar em uma abordagem fenomenológica, e o desvelamento do fenômeno mostra pessoas sensíveis e sequiosas pelo saber, pelo autoconhecimento ao contextualizar a sua vivência (SOUZA, 2000).

Conforme Bordenave (2005), tudo exige o desenvolvimento da capacidade de comunicar. A aquisição do poder de reivindicação implica a coesão grupal, a autoconfiança e a habilidade de exposição, argumentação e persuasão, todas estas capacidades baseadas na comunicação.

A Fusão Intuitivo – científica surge quando há a necessidade de posicionamento de cada um sobre a totalidade. Ao confrontar sua intuição a respeito de si com o conteúdo ministrado, e observado, houve uma tomada de consciência sobre as possibilidades de cada um em relação à prática e realidade (Souza, 2000).

Entende-se como diálogo intuitivo à reflexão e discussão relacionadas com o conhecimento e compreensão do ser, agrupando as fases de preparação da enfermeira para ouvir o outro e a enfermeira conhece o outro de modo intuitivo. Tanto o desenvolvimento do autoconhecimento como da autopercepção são importantes, pois tornam as pessoas sensíveis umas às outras (SOUZA, 2003).

Abaixo **Rosa e Orquídea** compartilham com os demais do grupo sobre a importância em aproveitar o encontro entre cliente e enfermagem no processo

comunicacional.

[...] E vamos nos combinar o cliente não tem sossego nunca. É sinais vitais de hora em hora para verificar, alguns tem controle de glicemia de hora em hora, raio X, e vira para um lado e vira para o outro, sem descanso, e se ainda não conversar com ele é realmente constrangedor. [...] Quando se inicia na enfermagem se vem com todo gás, com toda a sensibilidade, de não controlar muito o tempo das coisas, ficando mais tempo junto ao cliente. E depois a gente vai introjetando as rotinas do setor, da instituição, e esquecendo que o cliente é um ser humano [...] (Rosa)

[...] gostaria de comentar algo sobre o registro da colega que disse: Se a senhora não comer o médico vai pedir para passar uma sonda. Tem formas de falar, assim parece uma ameaça. A cliente muitas vezes já está deprimida por estar no CTI, e alguém ainda fala desta forma? A gente precisa analisar como falar, de repente é o tipo de comida que ela não gosta, talvez que trocar a janta por um café? Também temos clientes com culturas diferentes e que comem alimentos diferentes. Temos que analisar, e sermos mais espertos na avaliação [...] (Orquídea)

No relacionamento, um deve estar com o outro. É o momento em que estabelece a relação EU-TU descrita por Buber, onde um vai em direção do outro, marcando a presença autêntica, buscando vir a ser mais. No relacionamento ocorre também a relação EU-TU entre família, amigos, comunidade e objetos (OLIVEIRA, 2003).

A presença é a qualidade de estar aberto, perceptivo, pronto e disponível. Os técnicos de enfermagem devem se mostrar disponíveis cognitivamente e emocionalmente, e o cliente mostra-se presente respondendo da mesma forma. Na cena acima relatada por **Orquídea**, isso não aconteceu, pois a técnica de enfermagem tentou convencer a cliente a se alimentar através de ameaça e tom de voz irônico. A cliente da mesma forma responde através com o silêncio e desprezo.

Os chamados e respostas são entendidos como a comunicação, onde os técnicos de enfermagem, equipe de saúde e clientes chamam e respondem uns aos outros simultaneamente. E quando estabelecemos o encontro, o relacionamento e nos mostramos presentes, estaremos sempre chamando e respondendo.

Já a segunda fase do processo denominada o diálogo científico caracteriza-se

por uma interpretação do diálogo intuitivo vivenciado, com o acréscimo do diálogo científico conhecido e adquirido. Nessa etapa é que se estabelece a relação EU-ISSO de Buber. Essa relação permite aos técnicos de enfermagem a interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento, em um processo de troca.

E a terceira fase conhecida por intuitivo-científica envolve a compreensão no momento em que se dá o encontro entre intuitivo e científico, procurando compreender os processos vivenciados buscando uma relação dialógica para um cuidado mais humanizado.

Para este estudo, a relação dialógica é a oportunidade de recriar o processo comunicacional entre cliente e técnicos de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos a paz de todo o universo dentro do nosso coração e, à noite, quando olharmos as estrelas, poderemos ter orgulho de pertencer à humanidade desse pequeno planeta. Cuidaremos da Terra com o carinho que ela merece, porque sentiremos que é como um jardim onde cultivamos não só plantas, mas também nossas próprias almas.

Carlos Aveline (2004)

Este estudo vem ao encontro da nossa motivação e interesse infinito por assuntos relacionados à comunicação, mais precisamente a não verbal, e também pela expectativa de incrementar mudanças no ambiente de trabalho, o Centro de Terapia Intensiva, em direção a um olhar diferenciado e humanizado para com *o outro*.

Também mostra a aplicabilidade da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), sobre a transformação de um “ambiente robotizado” em um “ambiente humanizado”. No cuidado prestado pela equipe de saúde nem sempre haverá troca, e isso possibilita a falta de diálogo com o cliente.

A comunicação tem sido apontada como elemento básico para a sobrevivência dos seres humanos, pois através dela as pessoas transmitem o seu modo de pensar, agir, ou seja, o seu *modo de ser*. Diariamente estamos trocando experiências, informações, emoções, transmitindo os medos e angústias. Os profissionais da saúde, buscam sempre ajudar alguém a prestar uma assistência mais humana a nossos clientes, nesse caso aqueles que não conseguem se comunicar verbalmente em um CTI.

A internação no CTI rompe bruscamente com o modo de viver do cliente, suas relações e seus papéis. O grau de gravidade de seu estado tende a impossibilitar algumas ações do tipo: escolher, decidir, opinar, dividir, ter direito a informação e expressão, afetando diretamente em sua identidade.

O cuidar, no entender de Vila e Rossi (2002), envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso dos que trabalham na área de saúde, visando o bem-estar do cliente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa.

Ao falarmos sobre humanização, e da constante preocupação de muitos em humanizar o CTI, partimos da premissa que as pessoas que trabalham nesse setor precisam estar humanizadas, de forma que consigam se colocar no lugar do outro para aplicar o cuidado., até porque, com o passar do tempo vivenciando as experiências no CTI, convivendo com sofrimento, dor, perdas, necessitam mudar sua forma de olhar e sua forma de cuidar. Precisam aprender com o ser humano doente que a vida é algo muito maior e que precisam ver o cliente de forma holística e íntegra.

Deste modo, conhecer como se desenvolve o processo de comunicação entre a enfermagem de um CTI de um hospital privado que preconiza a Assistência Integral® vendo o cliente como célula do cuidado e vivenciar a aplicação da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979) tornou-se um caminho para a mudança de paradigmas, podendo ocorrer inicialmente através do envolvimento, o conhecer a si e ao outro e a reflexão constante da equipe.

A pergunta orientadora do estudo foi ***“Como se desenvolve a comunicação entre a enfermagem e os clientes em um Centro de Terapia Intensiva?”*** A fim de responder a esta pergunta, buscamos “Refletir sobre o modo como ocorre o diálogo entre a Enfermagem e o cliente com déficit de comunicação verbal sob a luz da teoria humanística de Paterson e Zderad, no CTIA de um hospital de Porto Alegre, RS”. Para tal objetivo, buscamos inicialmente identificar nos discursos e na prática da enfermagem o diálogo entre esta e o cliente com impossibilidade de comunicação verbal, e este foi o ponto de partida deste estudo.

No diálogo genuíno, o ser humano se relaciona com o outro como uma *presença*, sendo acessível ao outro, estando aberto ao outro e disponível. A disponibilidade significa, além de estar à disposição do outro, estar com o todo dele (NASCIMENTO, 2003). A chamada e a resposta no diálogo da enfermagem ocorrem

de forma verbal e não verbal, estando ligados à capacidade dos técnicos de enfermagem em se relacionar com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida (PATERSON e ZDERAD, 1979).

As oficinas chamadas de existenciais foram caracterizadas através de três fases conforme aplicação da Teoria de Paterson e Zderad (1979): O *Diálogo Intuitivo*, o *Diálogo Científico* e a *Fusão Intuitivo-Científica*. O Diálogo Intuitivo emergiu a partir da apresentação do tema em cada oficina, dos relatos escritos sobre as expectativas dos sujeitos com relação aos encontros. O Diálogo Científico compreendeu a exposição teórica sobre a comunicação através da explanação oral, além de depoimentos e experiências vividas por cada integrante. E a Fusão Intuitivo-Científica ocorreu a partir das reflexões ocorridas durante as oficinas e avaliação final por escrito dos encontros realizados por cada participante.

Durante a observação não participante e as oficinas, mostraram que a relação dialógica ainda permanece um tanto prejudicada, pelo super valor às tarefas que precisam ser desenvolvidas, em detrimento do cuidado humano. O discurso mostra que fazemos o melhor, mas a ação revela que a preocupação não está centrada no cuidado, e sim na tarefa. Nesta experiência, cada um pode vivenciar possibilidade de mudanças através da postura, atenção, paciência, no olhar ou o modo de abordar o cliente, mostrando-se *presença*. Durante as discussões e dramatizações foram sugeridas pelo grupo, a utilização de recursos visuais e materiais para interpretação das necessidades dos clientes, uma retomada de preocupação com a individualidade e privacidade do cliente; a sensibilização, o tom de voz, os gestos, a manifestação corporal e até mesmo o silêncio. É preciso estar mais próximo ao cliente para que ocorra o autoconhecimento e autopercepção em uma relação dialógica, além da confiança estabelecida entre as duas pessoas. Também foi citado o não cuidado por parte de alguns profissionais de saúde ao não se colocar no lugar do outro, e para isso, devem ser realizados trabalhos educativos como esse na intenção de promover a interação entre a equipe de saúde para que possam falar a mesma língua, e cuidar o cliente de forma holística.

O cuidado em Enfermagem significa colocar-se no lugar do outro, aproximando-se dos seres humanos pela sua capacidade de colaboração, de

solidariedade para com o próximo. E o cuidar quer na dimensão pessoal quer na social é uma virtude que integra os valores que caracterizam a enfermagem (SOUZA; SARTOR; PADILHA e PRADO, 2005).

O momento da análise dos dados é considerado o mais precioso da experiência, pois sensibiliza para a autoreflexão da equipe sobre o que pensamos e o que fazemos na prática. Neste momento cabe lembrar o que Stefanelli (1993) nos diz sobre a comunicação terapêutica. Que necessitamos de **expressão, clarificação e validação**. A **expressão** tem o objetivo de exteriorizar sentimentos e fatos experienciados, a **clarificação** exige de técnicas que auxiliam o profissional a entender as manifestações do cliente manifesta, e na **validação** são introduzidas técnicas que permitem verificar a existência de significação comum da mensagem expressa, permitindo ao profissional constatar se a mensagem expressa pelo cliente foi corretamente entendida.

Ao finalizar o encontro manifestei minha percepção sobre a mudança em todos no modo de agir, cuidar e se comunicar, tanto com os clientes como com os próprios colegas. Também que era perceptível a revelação da integridade em cada um, na qual capacidades intelectuais estaria a favor do ser humano. Também foi notável a integração do grupo que participou das oficinas, além da necessidade que todos tiveram em falar, e discutir mais sobre este assunto. Percebi a necessidade do grupo em continuar mais adiante com estes encontros, para repensar, reciclar como alguns disseram, e também para o incremento da sensibilização com relação ao cuidado com o outro e ao nosso próximo. Todos os encontros foram proveitosos e a mudança proporcionou com que nos tornemos melhores profissionais e pessoas.

A vivência das oficinas provocou mudanças nas atitudes e comportamentos dos participantes do estudo, as quais foram percebidas dia-a-dia no CTI, através da paciência, dedicação, e principalmente pela presença a cada chamado. A maneira como cada um se entrega ao trabalho e ao cuidado está relacionado à sua motivação neste sentido. O conhecimento intuitivo pode ser entendido como o “resultado de conhecimentos adormecidos, de sensibilidade, criatividade, exercício de pesquisa e curiosidade, imaginação, mas sobretudo apreensão pré-reflexiva” (ALMEIDA, 1988, p. 26 citado por SOUZA 2000).

Os resultados do estudo indicam que houve um aperfeiçoamento da equipe,

mudança de atitude e no modo de ser e fazer o cuidado. Ao nosso ver, teria sido importante se os enfermeiros também tivessem participado das oficinas trazendo outras opiniões e sugestões. Mesmo assim, foi despertado o interesse da supervisão de enfermagem e instituição em minha proposta de educação continuada para a equipe de enfermagem do CTI, como forma de instrumentalização e desenvolvimento do processo comunicacional com os clientes impossibilitados de comunicação verbal. Acreditamos ter sido um passo para o despertar de consciência, permitindo o desenvolvimento da capacidade profissional para identificar com maior exatidão os sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização do cliente. Porém cabe ressaltar nesse momento que o discurso da Enfermagem em todos os momentos nos mostrou a forma ideal do cuidar, porém a prática de observação e até mesmo a sensibilização final das oficinas, nos remete a pensar que o modo real é outro. Muito necessitamos aprender e refletir quando falamos em cuidado. No cuidar se preconiza o melhor sempre, é cuidar do outro da mesma forma como gostaríamos que cuidassem de nós.

O espaço aberto para reflexões sobre o processo comunicacional entre a enfermagem e o cliente com impossibilidade de comunicação verbal resgatou a motivação dos que estavam cansados ou descrentes, na perspectiva de construir um ambiente agradável e mais humanizado através do conhecer a si e aos outros, e de aceitar o outro com suas diferenças.

A Fusão intuitivo-científica alcançada pelos técnicos de enfermagem não dá por finalizado o estudo, até porque é um assunto que necessita de educação continuada constante. Sua síntese mostra a necessidade de ser investigado, provocado, permanentemente trabalhado para uma mudança significativa no processo comunicacional e cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, I. C.; PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores do vírus HIV/Aids. **Rev. Enfermagem da UERJ**, RJ, P. 133-139, 2004.

ARRUDA, E. N.; NUNES, A. M. P. Conforto em Enfermagem: Uma análise teórico-conceitual. In: **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 93-110. mai/ago.1998.

ATKINSON, L. D. , MURRAY, E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BARBOSA, S.F.F. **Indo além do assistir**: cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o doente internado em uma unidade de terapia intensiva. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. **Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem**: construção de instrumentos. Dissertação (Mestrado) Ribeirão Preto, São Paulo. 2003.

BITTES, A. J.. e MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tamara I (org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

BORDENAVE, J.E.D..**O que comunicação?** São Paulo. Editora Brasiliense. 29. edição, 2003.

BORDENAVE, J.E.D..**O que comunicação?** São Paulo. Editora Brasiliense. 30. edição, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I.C.S. A comunicação na enfermagem. In: PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de enfermagem**. Florianópolis: Cidadã Futura, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**.

BUBER, M. **I and thou**. New York: Collier Books Macmillan Publishing Company, 1987.

CASTRO, R. B. R.; SILVA, M. J. P. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, jan. 2001.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado em UTI neonatal: um experimento para a redução do estresse na aspiração oro-traqueal do recém-nascido.** Florianópolis, 2000. Tese (Filosofia de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

COSTENARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida?** Santa Maria: Enfermagem UNIFRA, 2002.

CROSSETTI, M. G.; ARRUDA, E. N.; WALDOW, V. R. Elementos do Cuidar/Cuidado na perspectiva de Enfermeiras de um município gaúcho. In: **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 151-173, mai/ago.1998.

CUNHA, A. G. da. **Dicionário etimológico - Nova Fronteira da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas. 1993.

DIRETRIZES **normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Disponível em: <http://www.nepa.ungs.br/gppg/res.19090.mm>. Acesso em: 04/04/2005.p.13.

DULDT, B.W; GIFFIN, K; PATTON, B.R. Nonverbal Messages. In: ____. **Interpersonal communication in nursing.** Philadelphia: Davis, 1984.

DUROZOI, G., ROUSSEL, A. **Dicionário de filosofia.** 2. edição. São Paulo: Papirus, 1996.

FARIA, E.M. **Comunicação na saúde: fim da assimetria?** Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1996.

FERREIRA, M. I. P. R. **A Comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; PORTO, I. S.. Dama de Negro X Dama de Branco: O cuidado na fronteira vida / morte. **R. Enferm. UERJ**, RJ, v.3, n.2, p.139-149, out. 1995.

FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado.** Rio de Janeiro: Revinter. 1999.

GEORGE, J. **Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4 ed.

Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES, M. G. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Psy Ltda, 1997.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOLEMAN, Daniel. **Trabalhando com a inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1979.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados de enfermagem, uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, 1013p.

KNIBEL, M.; CELLI, C.B.P. Comunicação no Processo de Humanização em uma Unidade de Cuidados Intensivos. In: **Humanização em Cuidados Intensivos**. AMIB. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

LARocca, L.M; MAZZA, V.A. A Comunicação permeando a metodologia da Assistência de Enfermagem. In: WESTPHALEN, M.E.A; CARRARO, T.E. (org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 1986.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. Petrópolis: Vozes, 1993.

MAYEROFF, M. **A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MAZZA, V. A. **A Comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina – REPENSUL Pólo I- Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 1998.

MELEIS, A. **Theoretical nursing – development&progress**. Philadelphia, J. B. Lippincott Co, 1985.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MORSE, Janice M.; FIELD, Peggi, A. **Qualitative research methods for health**

professionals. 2. edição. London: Sage, 1995.

NASCIMENTO, E.R.P. **Acolhimento do espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade). Curso de Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2003.

NEVES, E. P. & TRENTINI, M. **A aplicação de teorias/marcos conceituais na Enfermagem: relato de experiência na UFSC**. Texto mimeografado, 1987.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVARES, I.C. Cuidando de quem cuida. **Série Medicina & Saúde**. SOBREGEM. São Paulo: Frôntis Editorial, p. 35-50, 1999.

ORDAHI, L.F.B.. **A percepção dos enfermeiros de terapia intensiva sobre a comunicação não-verbal dos clientes**. Monografia (Pós-Graduação em Enfermagem-Terapia Intensiva). Universidade Luterana do Brasil. Canoas, 2003.

ORDAHI L.F.B.; PADILHA, M. I. C. S.. **A comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal em um centro de terapia intensiva – uma proposta reflexiva**. Relatório da prática assistencial, Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

PADILHA, M.I.C.S et all. **Programa de pesquisas colaborativas de avaliação das práticas de cuidado de profissionais de saúde em serviços hospitalares de Florianópolis/SC**. Relatório de Pesquisa vinculado ao Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação em parceria do MCT/CNPq, 2003.

PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Pelotas: UFPEL, 1998.

PADILHA, M. I.C. S; MAIA, A. R.; VIEIRA, M. Significados das práticas de cuidados e não cuidados na visão dos clientes hospitalares. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, p. 724-728, 2004.

PAINI, J. P. **Diálogo vivido como cuidado humanizado no processo educativo de enfermagem**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T.; **Enfermeira humanística**. México: Editorial Limusa. 1979.

PATERSON, J.G; e ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. 2. ed. New York: National League for Nursing, 1988.

PATRÍCIO, Z.M. **Consulta de enfermagem: do estudo de viabilidade a metodologia**. Florianópolis: UFSC, 1998. Trabalho apresentado no curso de especialização em

Enfermagem do trabalho. (MIMEO).

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

SANTOS, M. L. S. **A compaixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem**. Série Teses em Enfermagem n. 37 – Enfermagem PEN/UFSC. Florianópolis, 2002.

SILVA, A. L. O estado de arte do cuidado na enfermagem. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v 6, n 2, p. 19-32, maio/ago. 1997.

_____. **Percebendo o ser humano além da doença** – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**, p. 14-20, out, 2001.

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

_____. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

_____. **A Percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1989.

_____. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1993.

_____. **Análise comparativa da aplicação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros hospitalares**. Tese (Livre- Docente). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1998.

_____. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

SOUZA, L.N.A. **A interface da comunicação entre a enfermagem e as (os) clientes em uma unidade de terapia intensiva**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SOUZA, M. L. ; SARTOR, V.V. B. ; PADILHA, M. I. C. S. ; PRADO, M. L . O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

SOUZA, L. N. A. **Perspectivas do agir comunicativo implícitas no discurso da Enfermagem**. Tese (Doutorado). Curso de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2005.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation** Hold Rinehart and Winston. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o cliente teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, M.C. Comunicação não-terapêutica e barreiras à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. (org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

THELAN, L.A; DAVIE, J.K; URDEN, L.D; LOUGH, M.E. **Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

TIMBY, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

TRAVELBEE, J. **Intervención em Enfermeria Psiquiátrica**. Carvajal: Cali, 1982.

TRENTINI, M. e PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde- Enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

VILA V.S.C.; ROSSI, A. O significado cultural do Cuidado Humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latina Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2002.

WAIMAN, M.A.P. Comunicação e estratégias de intervenção Familiar. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina. (Org.), LOPES; M.J.M.; MEYER, D.E.. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1988.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A enfermeira e pesquisadora Lisnéia Fabiani Bock Ordahi está realizando uma prática assistencial que tem como título **“Comunicação entre a Enfermagem e Clientes em um Centro de Terapia Intensiva com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad”** e com o objetivo de refletir sobre o cuidado pela equipe de enfermagem junto aos clientes no Centro de Terapia Intensiva, orientada pela teoria Humanística de Paterson e Zderad.

Ao assinar este documento, você estará afirmando ter recebido do pesquisador os seguintes esclarecimentos:

1. A garantia de anonimato, tanto na coleta como na análise e publicação dos resultados.
2. O caráter voluntário da participação na prática assistencial, ficando garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo nas suas atividades profissionais.
3. O encontro será gravado em fita cassete para posterior transcrição, Também será filmado alguns momentos dos encontros para melhor entendimento dos resultados. O material transcrito e as fitas serão guardadas por um período de cinco anos e, após destruídos.
4. Os materiais e informações emergidos nesses encontros poderão ser utilizados para pesquisa científica e para redação de artigos para publicação.
5. A participação nessa prática assistencial não implicará riscos relativos à avaliação de desempenho profissional nem em relação à permanência na instituição.
6. Fica garantido o direito de requerer esclarecimentos acerca dos encontros, procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à prática.
7. Caso necessite de algum esclarecimento sobre a sua participação, poderá contatar com a pesquisadora Lisnéia Fabiani Bock Ordahi, pelo telefone (xx51) 9115.2802, ou com a orientadora deste estudo, Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, pelo telefone (xx48) 3233 5979.

Agradeço a sua participação, colocando-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2005.

Nome do Participante _____

Assinatura _____

Nome da Pesquisadora _____

Assinatura _____

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
Parecer Consubstanciado Projeto nº 35 / 2006

I- Identificação

Título do Projeto: O processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e os clientes com impossibilidade de comunicação verbal.

Pesquisador Responsável: Profª Drª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha – Departamento de Enfermagem /CCS / UFSC

Pesquisador Principal: Mestranda Lisnéia Fabiani Bock Ordahi.

Instituição onde se realizará: Associação Hospitalar Moinhos de Vento - Porto Alegre- RS.

Data de entrada no CEP: 02/ 03 /2006.

II- Objetivos

Geral:

- Refletir sobre como a equipe de enfermagem se comunica com o cliente impossibilitado de comunicação verbal sob a luz da teoria humanística de Paterson e Zderad.

Específicos:

- Identificar nos discursos e na prática da enfermagem o tipo de diálogo sob a luz da teoria humanística de Paterson e Zderad.
- Analisar o processo comunicacional que ocorre entre a equipe de enfermagem e o cliente impossibilitado de comunicação verbal.

III- Sumário do Projeto

Pesquisa de campo convergente-assistencial, a ser desenvolvida no CTI da Associação Hospitalar Moinhos de Vento - Porto Alegre- RS, junto aos componentes da equipe de enfermagem, composta por 12 técnicos de enfermagem e por duas enfermeiras. A coleta de dados será realizada mediante a observação não participante, o desenvolvimento de três oficinas existenciais, realizadas antes do horário de trabalho, com atividades específicas de relaxamento, dinâmica de grupo e avaliação. Estas oficinas terão duração aproximada de 1h30min cada. Serão fornecidas revistas, papel para colagem, tesoura, cola, multimídia e música, buscando sensibilizar os participantes. A primeira oficina terá como tema: Quem sou eu, a segunda: Como eu me comunico com o cliente internado no CTI?, e a terceira: Representação da relação dialógica. As oficinas serão gravadas e filmadas em alguns momentos. A análise dos dados acontecerá concomitantemente à prática assistencial.

IV - Comentários

O protocolo apresenta todos os documentos necessários para avaliação, inclusive a aprovação pelo Comitê de Ética da Associação Hospitalar Moinhos de Vento-Porto Alegre/RS. O tema é relevante o projeto está bem delineado e as pesquisadoras estão qualificadas para desenvolvê-lo. Salienta-se, no entanto, a necessidade da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do cliente impossibilitado de comunicação verbal ou de seu representante legal, ao efetuar a observação não participante, posto que eles também serão observados, embora sem ser o foco principal. Solicita-se a elaboração e apresentação de um TCLE direcionado ao paciente ou seu representante.

V - Parecer do CEP: Com pendências

VI - Data da Reunião
Florianópolis, 27 de março de 2006.

Parecer final: A pendência foi atendida, portanto, recomenda-se à aprovação do projeto.

Florianópolis, 24 de abril de 2006.

Vera Lúcia Bosco
Vera Lúcia Bosco **Prof^a.** Vera Lúcia Bosco
Coordenadora Coordenadora do CEP/SH/UFSC

Obs: Devem ser encaminhados relatórios parciais anuais e relatórios finais dos projetos Aprovados pelo CEP da UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

ANEXO 3

OBSERVAÇÃO NÃO – PARTICIPANTE

OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

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

Mestranda: Lisnéia Fabiani Bock Ordahi

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

“COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E CLIENTES EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA COM BASE NA TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD”.

OBJETIVO DA OBSERVAÇÃO: Buscar alguns subsídios para analisar o processo comunicacional implementado pela equipe de enfermagem ao cliente impossibilitado de comunicação verbal e programar o desenvolvimento das oficinas existenciais.

Diário de Campo: (modelo)

Data / Hora	Turno	Notas de Campo	Análise

ANEXO 4

OFICINA EXISTENCIAL 1 – QUEM SOU EU?⁸

OBJETIVO: Oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca de si mesmas, vivenciando suas crenças pessoais e como profissional.

RECURSOS MATERIAIS: música, sala com mesa, cadeiras, multimídia, retroprojeter, papel para colagem, revistas, canetas, tesouras e cola.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro momento: o animador faz o 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 pra promover uma 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.

⁸ (adaptado da técnica utilizada por Souza em sua dissertação de mestrado, 2000)

ANEXO 5

OFICINA EXISTENCIAL 2 – COMO EU ME COMUNICO COM OS CLIENTES INTERNADOS NA CTI?⁹

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 e não verbal.

RECURSOS MATERIAIS: música, sala com mesa, cadeiras, multimídia, retro-projetor, 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? 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 e não verbal presente durante todo o tempo no qual estão interagindo com a(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.

⁹ (adaptado da técnica utilizada por Souza, 2000)

ANEXO 6

OFICINA EXISTENCIAL 3 – REPRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO DIALÓGICA¹⁰.

OBJETIVOS: oportunizar às pessoas do grupo um momento de reflexão acerca da interação dialógica, através da colagem de figuras e/ou escrita, que representem o cuidado que a equipe de enfermagem realiza junto ao cliente internado na CTI.

RECURSOS MATERIAIS: música, sala com mesa, cadeiras, multimídia, retro-projetor, 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 trás para o grupo o material produzido nas oficinas anteriores. Cola nas paredes os textos e desenhos produzidos e o resumo da observação não participante. Pede para que circulem entre o material em silêncio, atentando para o que foi dito e para o que foi observado. Em seguida, cada um coloca como percebeu esta produção pictórica coletiva e responde a pergunta: Eu estou realmente me comunicando com o cliente internado na CTI? Se a resposta for negativa, então cada um vai se manifestar sobre como deveria ser o processo comunicativo. O animador usa as colocações dos participantes para promover uma reflexão sobre a interação dialógica, procurando associar as reflexões realizadas nas oficinas anteriores.

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.

¹⁰ (adaptado da técnica utilizada por Souza, 2000)

ANEXO 7

DESCRIÇÃO DO DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Contextualizando o cenário do estudo: O Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTIA) localiza-se no 3º andar do hospital, e está dividido em dois setores: um deles (setor 01) está em funcionamento há 20 anos e o outro (setor 02) há 07 anos. O **setor 01** possui 11 leitos individualizados em forma de “boxes” atendendo as diversas especialidades, porém, dando prioridade a internação de clientes com doenças crônicas, em uso de hemodiálise e os que necessitam ficar em isolamento por algum germes identificado em exame laboratorial. Além disso, a equipe é formada em cada turno (manhã, tarde, noite A, noite B) por uma enfermeira, um médico plantonista, sete técnicos de enfermagem, um médico **residente**. O **setor 02** possui 10 leitos também individualizados, atendendo principalmente clientes com complicações cardiológicas e pós-operatórios. O setor 02 possui o mesmo número de funcionários do setor 01.

No dia **16 de junho de 2005** por volta das 11h entrei no Centro de Terapia Intensiva Adulto para iniciar a observação não participante. Foi denominada não participante, pelo fato de ser enfermeira na instituição e por não querer interferir nas decisões e dinâmica durante a observação. Estava com o uniforme branco padronizado pela instituição para que não chamasse tanto a atenção, deixando a equipe de enfermagem mais a vontade para realizarem suas atividades. Estavam presentes no **setor 01**, a enfermeira, o médico plantonista e 06 técnicos de enfermagem. Alguns de imediato perceberam minha presença tendo a certeza que seriam observados, visto que antecipadamente foram informados da dinâmica. Fiquei por algum tempo conversando com alguns clientes e integrantes da equipe de enfermagem como forma de descontração, e de forma intencional com o intuito que esquecessem por algum tempo que estava ali.

Ouvi um dos técnicos de enfermagem chamar a enfermeira que estava no posto de enfermagem para passar uma sonda nasoenteral na cliente a qual estava cuidando, pois estava preocupado com o avançar do, e horário tinha a intenção de colocá-la na poltrona para esperar seus familiares (horário de visita). A enfermeira entrou no “Box” da cliente, e eu a acompanhei logo após. Percebi que a cliente era idosa, emagrecida e com limitações para falar devido as seqüelas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), motivo da internação. A enfermeira foi se apropriando do material para realizar o procedimento, sem olhar para a cliente, o qual já tinha sido preparado (xilocaína gel, esparadrapo cortado, seringa para testar,..) pelo técnico de enfermagem. A enfermeira se dirigiu ao lado do leito da cliente, sem se apresentar e chama a cliente pelo nome:”- Dona Marlene! Vamos passar uma sondinha para alimentação. Preciso de sua ajuda para ser mais rápido. Preciso que a senhora ajude a engolir”.

A cliente colabora, mas com expressão facial de dor e desconforto, com lágrimas na face, geme com um “ai, ai. A enfermeira testa o material para confirmar o posicionamento da sonda e diz

Proposta de categorias de análise:

INTUITIVO

para o técnico de enfermagem, sem interagir com a cliente: “- Fixa a sonda e chama o técnico de Raio X. Assim que o médico olhar o RX pode liberar a dieta”. A enfermeira sai e o técnico de enfermagem em silêncio guarda o material e faz a fixação da sonda. Reforça a contenção mecânica dos membros superiores e também sai do Box. A cliente olha para mim muito séria, e após direciona o olhar para a parede ao lado e os fecha como se estivesse dormindo. Observo lágrimas em seus olhos.

Dando continuidade a minha atividade percebi ao caminhar pelo CTI que a grande maioria dos clientes já tinham recebido o banho e que aguardavam ansiosamente seus familiares. Foi quando acompanhei a filha desta mesma cliente que fora sondada pela enfermeira, até o Box em que estava. A filha se aproximou da cliente e imediatamente questionou: “- Porque minha mãe está com as mãos presas? Está se machucando...” “- Moço”, diz ela para o técnico de enfermagem, “solte as mãos dela”. O técnico de enfermagem explica para a familiar que a contenção das mãos foram realizadas para proteger a cliente, visto que ela tinha “arrancado” a sonda nasoentérica pela segunda vez na manhã, e que era necessária para a cliente. Além disso, estas atitudes repetidas de arrancar a sonda poderiam machucar a mesma, além de ficar muito tempo sem receber a alimentação, necessária para a recuperação e alta do CTI. A filha insiste: “- Solte as mãos que eu cuidarei enquanto estiver aqui, prometo”. O técnico de enfermagem libera as contenções confiando no cuidado da filha, e diz: “se eu não estiver aqui no momento que fores embora, por favor me avise para que eu possa conter novamente as mãos”. O médico plantonista passa neste momento em frente ao “Box” e cumprimenta a familiar através do movimento das mãos e face. Me pareceu que o mesmo iria avaliar a cliente, mas não o fez pela presença da filha.

Saí e avistei outro leito onde uma das técnicas de enfermagem estava explicando em voz “alta” para a cliente a importância de se fazer uma aspiração nas narinas e boca para remover secreções. “- Dona Elohá, vou aspirar a sua boca. Só um pouquinho!” A cliente estava acordada, com contenção mecânica e intubada. Apresentava-se sudorética, um pouco descorada. A cliente faz mímica facial de desagrado e demonstrando estar brava com a técnica, empurrava-a com a mão, tentando afastá-la. Em seguida a técnica de enfermagem solicita: “fique com as mãos mais elevadas nos coxins” (apoios para os braços), explicando ser para diminuir o edema nas mãos, A cliente atende prontamente a solicitação. A técnica de enfermagem questiona: “- Dona Elohá, está com dor?” E a paciente faz um sinal que “não” com a face, mesmo estando com olhar de dor e com a testa franzida. Contraía as mãos por algum tempo na tentativa de retirar as contenções nos membros superiores, e ao encontrar dificuldade desiste. Logo após, permeia o silêncio no ambiente. Vários técnicos de enfermagem estavam no posto solicitando material para a farmácia, realizando débitos de procedimentos e materiais utilizados. Já se passavam das 12h, e as refeições estavam chegando para os clientes. Percebo a equipe de enfermagem muito agitada falando alto, e alguns ao mesmo tempo. Eis que escuto: “- Dona Enilda só uma picadinha”. A técnica de enfermagem faz o teste de glicemia capilar neste momento. A cliente franze a testa e demonstra um olhar de não entender muito do que estava acontecendo e baixa a cabeça. A técnica de enfermagem questiona: “- A senhora vai querer almoçar agora?” A cliente faz sinal que sim com a cabeça e fica me olhando. A técnica de

Comunicação
entre a
enfermagem
(FALTA)

INTUITIVO

Comunicação
entre
enfermagem e
cliente
(FALTA)

INTUITIVO

Não cuidado:
faltou diálogo,
explicações
sobre o
procedimento.

CIENTÍFICO

enfermagem acrescenta: “- Se a senhora não comer, seu médico irá querer passar uma sonda para alimentá-la”. Neste mesmo momento a cliente faz sinal de negação e rejeição com a face e suspira: “ufa”, quando funcionário sai do “box”. Após fica olhando para seus dedos onde estavam marcados pelas várias perfurações de testes de glicemia anteriores. Olha para mim, mostrando seus dedos como quem querendo dizer alguma coisa do tipo: que dor, olha como estou, não agüento mais, são muitas picadas...

Dando continuidade a observação, me chamou a atenção quando avistei no **setor 02** do CTI a seguinte cena: a enfermeira estava sentada ao lado do cliente, segurando sua mão, explicando a ele que precisaria de sua ajuda para passar uma sonda nasoentérica, e que o mesmo ainda necessitava desta sonda pela incapacidade de alimentação por via oral. O cliente estava acordado, lúcido, intubado, mas colaborativo. A enfermeira inicia o procedimento tendo dificuldades. A sonda tendia a enrolar na cavidade bucal, exigindo um grande esforço do cliente. Foram várias as tentativas sem sucesso, chegando a traumatizar um pouco as narinas. A enfermeira não queria mais continuar, estava ansiosa, com lágrimas nos olhos e tentava acalmar o cliente segurando em suas mãos, demonstrando seu carinho. O cliente insistia através de mímica facial que a mesma deveria continuar, pois acreditava ser necessário e importante para seu tratamento. Após algum tempo o procedimento se concretiza e a enfermeira permanece ao lado do cliente até que o mesmo dormisse, estando muito preocupada com todo o desconforto causado.

A enfermeira supervisora do CTI chega ao setor e circula para observar a dinâmica da equipe auxiliando a enfermeira em alguns registros e prontificando-se a ajudar no que fosse preciso. Solicita a pesagem de um dos clientes ao técnico de enfermagem responsável, explicando que o mesmo não havia sido pesado desde a sua internação. Em seguida à vejo trazendo em frente ao “box” número 20 uma cama com um colchão especial que auxilia na mudança de decúbito, solicitando para a enfermeira e ao técnico responsável pelo cliente que fizessem a troca das camas, visto ser um cliente dependente, de movimentação restrita e que requer muitos cuidados, principalmente com a pele, e este novo colchão poderia estar auxiliando na proteção de lesões de pele. Os médicos dentre eles residentes e plantonistas faziam o “round” em frente a cada “box” discutindo diagnóstico, prognóstico, tratamento e exames. Alguns familiares que ainda permaneciam no CTI tendo passado o horário de visita, tentavam de alguma forma escutar os que os médicos comentavam, não somente de seu familiar, mas de outros clientes também. Sabe-se que os familiares trocam experiências e confidências na sala de espera do CTI. Me preocupou com relação ao “round” que algumas coisas eram discutidas em frente ao cliente e que o mesmo pudesse ouvir e se deprimir ou até mesmo fazer interpretações errôneas. Foi quando a enfermeira solicita para falarem mais baixo ou mais distante dos clientes, confirmando o meu pensamento, e enfatizando que alguns clientes tem dificuldade para falar, mas possuem seus ouvidos muito aguçados, e que os familiares também estavam muito atentos. A partir daquele momento o médico responsável pelo CTI combinou com a equipe presente, que os “rounds” aconteceriam numa sala reservada no CTI para as discussões clínicas. Tive que me ausentar do CTI por volta das 13h, pensando em retornar no dia seguinte para a seguir as observações.

Retornei ao CTI no dia seguinte, 17 de junho de 2005, por volta das 13h, com a intenção de presenciar a passagem de plantão das enfermeiras do turno da manhã para o turno da tarde. Ocorreu de forma intencional para que me apropriasse das informações de cada cliente, bem como as dependências e dificuldades de cada um. Presenciei a passagem do plantão no **setor 01** do CTI. Os técnicos de enfermagem também passavam seus plantões, com dados importantes ocorridos pela manhã. A enfermeira passou informações de cada cliente: nome, idade, motivo de internação, patologias, sinais vitais, tipo de alimentação e via, uso de antibióticos, estado emocional do cliente e familiares, liberação de acompanhantes, intercorrências e procedimentos realizados, modificações do tratamento, eliminações, exames de imagem e laboratório, condições da pele e outras considerações. Alguns clientes com mais cuidados, outros com menos. A passagem de plantão dos 11 clientes finalizou em 20 minutos. Após a enfermeira passou a realizar as visitas a cada cliente, registrando as observações em planilha assistencial. A prioridade era primeiro aos clientes de maior complexidade, aos que a enfermeira desconhecia maiores detalhes, por ser internação recente. Observei um cliente entubado, estava com contenção mecânica e em processo de desmame da sedação. Também estava em hemodiálise contínua. A técnica de enfermagem permanecia junto a ele continuamente, visto ser um cliente com diversos cuidados intensivos, e a punção para a realização da hemodiálise fora realizada pela fístula arterio-venosa (FAV). A técnica de enfermagem ao me ver entrando em seu box, questiona ao cliente: “- Seu Vitor!! Vamos lhe posicionar melhor na cama”. Ela me olhou e disse: “Será que ele me entende?”. E retornando a atenção ao cliente, explica: “- Vamos lhe posicionar melhor na cama. O senhor está escorregando seguidamente para os pés da cama”. O cliente agita-se neste momento: tosse, expectorando grande quantidade de secreção no tubo orotraqueal, fica taquicárdico (FC: 150 bpm), e tenta movimentar os braços, os quais a técnica de enfermagem estava extremamente atenta para que não saíssem às agulhas de punção da FAV. “- Calma seu Vitor! Só um pouquinho mais”. Dois colegas percebem a necessidade de ajuda no momento e falam das formas de como posicionar melhor o paciente no leito. Percebi que estavam atentos a minha presença e ao que estava observando. Deixaram o cliente em decúbito dorsal, protegendo as extremidades com coxins, apoios, deixando o lençol esticado para que não ficasse nenhuma dobra ou que ficasse desconfortável para o cliente. Após a mudança de decúbito e o esticar do lençol fez com que o cliente fosse se acalmando aos poucos.

Neste momento, isso eram 14h30 “toca” o telefone vermelho do CTI. Esse é um telefone antigo, de toque estridente, destinado ao atendimento de parada cardíaco- respiratória (PCR). Lembro que a equipe do CTI realiza o atendimento de todas as PCRs do hospital, exceto no bloco cirúrgico, CTI pediátrico e neonatal. A técnica de enfermagem que estava ao lado do telefone atende e é informada do local da PCR, que me pareceu ser na Unidade de Internação do hospital. Toda a CTI se mobiliza de alguma forma neste momento, pois é um momento de extrema tensão e estresse, onde o tempo reduzido de atendimento tem influencia direta na qualidade de vida após reanimação. Outra técnica de enfermagem já foi retirando o carro de atendimento de PCR e sai rapidamente com ele, juntamente com outra colega, a enfermeira e o médico plantonista do **setor 01**. A equipe sai

rapidamente com o carro de PCR pela porta de entrada do CTI onde vários familiares aguardavam o horário de visita. Observei que toda aquela “correria” deixou a todos preocupados e tensos. Fui fechar a porta e alguns vieram a mim perguntar: “como está meu pai?” “Minha mãe está bem?” “Não aconteceu nada aí?” “Posso entrar antes do horário de visita para ver meu esposo, estou muito nervosa”. Outros muito curiosos queriam saber sobre o que aconteceu, tentando até mesmo entrar no CTI disfarçadamente sem que eu percebesse. Tentei acalmá-los um pouco para que pudesse dar continuidade a minha observação. Vários técnicos de enfermagem solicitavam meu auxílio e questionavam suas dúvidas com relação à prescrição, pois a enfermeira estava no atendimento de PCR e por estarem acostumados com a minha presença no CTI em vários turnos. Solicitei o auxílio da outra enfermeira, pois a proposta seria a observação não participante. Entrei o “box” número 16 (setor 02) e vi quando o técnico de enfermagem perguntou a cliente: “- Sente sono?” “- Confirma através do movimento da cabeça. Não me deixam dormir. Toda hora é uma coisa. Quer dormir? Quer uma água? Precisa tomar seu remédio. Que horror?” Percebi que o nível de estresse da cliente estava em alta. Sua face estava ruborizada, irritada e até mesmo ofegante.

O técnico de enfermagem prossegue: “- Preciso dar uma picadinha no seu dedo para fazer o hemoglicoteste (HGT), depois lhe deixo descansar”. A cliente faz sinal com a cabeça que sim, confiando que seria deixada em paz após. O técnico de enfermagem continua: “- Não quer ir para a cama? Estás tão mal acomodada na poltrona. Vamos para a cama?” “A cliente empurra-o com as mãos, mostrando não querer ser incomodada e baixa a cabeça para não conversar. Faz face de desconforto com os vários fios conectados equipos, dânuas, cateter de O2. Encontra uma posição de conforto com as mãos sobre o abdomen. Neste momento chega o técnico de RX para fazer o exame. O técnico de enfermagem retorna novamente para a cliente e diz: “- Não se assuste, e não fique chateada comigo, mas precisamos fazer um RX. Tudo bem?” “- Sim. Vai adiantar dizer não? Mas depois vou querer um remédio para dormir” (neste momento a cliente mostra-se cansada e chateada, por não conseguir dormir). Ao término do RX o técnico de enfermagem posiciona a paciente confortavelmente, cobre-a com um lençol e diminui a luz para poder descansar, além disso ao sair do “box” solicita aos seus colegas para fazerem silêncio pois a cliente estava necessitando dormir.

Escuto o bater da porta de entrada do CTI, onde vejo a equipe que havia saído para atender a PCR retornando com o carro de reanimação. Estavam todos com o olhar triste demonstrando cansaço, e sentimento de perda. Após 40 minutos de tentativa na reanimação, foram cessados os esforços, pois o cliente permanecia em assistolia (ritmo de PCR), sem reação alguma. Segundo a equipe era um rapaz jovem, mais ou menos 30 anos, com diagnóstico de leucemia, em tratamento inicial. Não sabiam realmente num primeiro momento o motivo da PCR. Percebi novamente os olhares aflitos dos familiares que estavam na sala de espera, pois esperavam ansiosos o retorno da equipe ao CTI. Finalizei este segundo dia por volta das 16h.

O terceiro momento de observação ocorreu em 20 de junho de 2005, uma segunda-feira. Cheguei ao setor às 9h, já pensando durante o meu percurso, acompanhar um banho no leito. Ao

relembrar a passagem de plantão que acompanhei no dia 17 deste mesmo mês, logo me veio a mente um cliente internado no CTI há 2 meses e que estava traqueostomizado, em ventilação mecânica no servo 700. Conforme descrições da enfermeiras na passagem de plantão, tratava-se de um cliente que internou no CTI procedente do Bloco Cirúrgico após reintervenção cirúrgica: Laparotomia Exploradora por Sepse Abdominal. Um dos casos graves que demoram a ter resultados positivos, pois a incidência de complicações, reintervenções e até mesmo a morte é grande. Fui conferir se o mesmo permanecia no CTI, e o encontro no “box 04” do **setor 01**. Estava acordado, com os olhos muito atentos, traqueostomizado e em ventilação mecânica. Em decúbito dorsal, portando sonda nasotéfrica para a alimentação. Estava com as mãos livres para comunicação, aparentemente lúcido, auxiliava na mudança de decúbito protegendo as extensões de monitorização, sondas e equipos. Além das mãos mantinha contato através de gestos e mímica facial. Observei ser um cliente querido pela equipe...cuidavam com carinho especial, demonstrando vínculo afetivo. Fiquei aguardando o momento do banho. A técnica de enfermagem responsável pelo cliente solicitou o auxílio de uma colega. Foi até a rouparia e trouxe lençóis, toalhas, compressas, hamper, fronhas para o travesseiro e coxins. No caminho abriu a torneira para aquecimento da água. Escolheu dentre os pertences do cliente, sabonete, perfume, hidratante, xampu, além do aparelho para aparar a barba. As duas técnicas de enfermagem, as quais passou a chamar por **Sol** e **Lua**, foram preparando o aparato para iniciar o banho. O cliente fazia sinal com as mãos “abanando”, demonstrando estar com calor e que não queria a água muito quente. Iniciaram pela barba, passando hidratante após. O cliente sorria para as duas e com auxílio de uma folha de papel em branco escreveu: “estão me acostumando mal..e depois em casa, quem irá fazer? Eu não faço tão bem”. As duas sorriem retribuindo as escritas carinhosas. O banho iniciou às 9:30 horas e terminou às 10:05 horas.

Sol: R., feche os olhos para que o sabonete não irrite. Assim que passar novamente a água pedirei novamente para abri-los. O cliente fez sinal com as mãos para **Lua** fechar a porta, pois estava sentindo-se incomodado com os olhares dos que ali passavam. **Lua** sorri me olhando, ficou com a face ruborizada, sentindo-se envergonhada pelo esquecimento de privacidade. E disse: “seu R. me desculpe...estamos tão acostumados com o senhor que acabamos esquecendo estes cuidados tão importantes”. Continuaram o banho, enquanto **Sol** passava a compressa molhada, **Lua** secava com outra toalha.

O abdômen do cliente estava bastante distendido. A incisão cirúrgica era extensa e estava coberta com gazes e apósitos. Ainda permanecia um dreno devido à distensão e drenagem achocolatada no curativo. **Sol** ao passar o pano úmido pelo abdômen questionou ao cliente: “sente dor aqui?”. Ele franze o rosto e responde afirmativamente que está com dor. **Lua** olha para a colega e aponta com o dedo para que o cliente não percebesse, ao abdômen do cliente, arregalando os olhos e franzindo os lábios, demonstrando preocupação com o a recuperação e melhora do cliente. A ferida operatória estava com hiperemia, pele brilhosa, com calor localizado, e drenagem em média quantidade. “Calma seu R. vamos medicá-lo antes de dar continuidade ao banho”. Administrou analgésico endovenoso, e ao receber o OK, através de um sinal de positivo do dedo polegar do cliente,

indicando melhora, prosseguiu a higiene.

Lua: “Vou secá-lo rapidamente, meu amigo, agüente um pouquinho que já vamos terminar”.

Perguntavam várias vezes: está com frio seu R.? Passou a dor? E o cliente respondia através de gestos com a face quando satisfeito ou através do silêncio, quando estava com algum desconforto.

A enfermeira entra no “box”abrindo a porta, e o cliente arregala os olhos rapidamente, assustado, pois não sabia quem estava entrando. A enfermeira o cumprimentou e solicitou para **Sol** e **Lua** lateralizarem o mesmo para que pudesse avaliar a pele, dorso e região sacra. Comenta: “meninas, coloquem uma roda de espuma sob os glúteos, pois a região sacra está com a pele mais hiperemiada, comparada a minha última avaliação”. “Precisamos cuidar muito para não dar lesão, e isso está quase acontecendo”. “Seu R., quero que entenda que será necessário as mudanças de decúbito frequentes, aplicação de loção protetora, e uso de alguns coxins para apoio, além de sair do leito para a poltrona. Se o seu médico liberar, vamos fazer..não se preocupe com o respirador, pois entre várias pessoas conseguiremos colocá-lo na poltrona confortavelmente. Também irei conversar sobre a sua alimentação, isso ajuda na recuperação da pele”. “Depois do banho, voltaremos a conversar”. E a enfermeira sai do “box” esquecendo de fechar a porta.

Sol: “Agora é só fazer os curativos e lhe posicionar. A sua esposa está lá fora..deve estar ansiosa para vê-lo. Ficou de trazer aquela tesourinha para cortarmos suas unhas. Certo seu R.?”

O cliente solicitou a planilha onde estava a folha de papel para escrever: com a caneta em punho, mostrando a dificuldade para escrever, e mesmo com a demora não desiste. Escreveu: “eu fui enfermeiro, em 1970. Depois resolvi fazer engenharia, pois sofria muito com a dor dos outros. Trabalhei pouco na enfermagem, admiro vocês. E hoje sinto tudo o que não suportava ver nos pacientes”. **Sol** ficou um tanto comovida, e tentou animar o cliente aumentando seu tom de voz com palavras animadoras e motivadoras, mas com o olhar triste de R., diz: “vou levar estas roupas do banho no expurgo e já volto”, ficou com os olhos cheios de lágrimas e ficou com medo de deixar transparecer sua sensibilidade. “Vou deixar sua esposa entrar, tudo vai ficar melhor..vamos lá seu R., coragem..o senhor é forte e está vencendo esta batalha”.

Sol sai do “box”e suspira. Me olha e diz: “não é fácil, e não sei se ele sai dessa”.

Eram 10:50 horas quando resolvi acompanhar mais um banho. Achei riquíssimo esse momento de observação, onde tudo ocorre com naturalidade entre as pessoas. Entrei no “box 15”do setor 02. O cliente estava intubado, com ventilação mecânica, no respirador Evita. Com sedação contínua, mas atendia ao chamado direcionando a cabeça para o lado da voz emitida. Não abria os olhos totalmente, movimentava as pernas intensamente, e movimentava o braço direito. O esquerdo estava parético após o AVC sofrido. Agitava-se mais ao perceber alguém chamando pelo seu nome, ao estímulo verbal ou ao toque durante o banho.

O banho teve seu início às 11:00 horas e término às 11:40 horas. O técnico de enfermagem responsável o qual irei chamar de **Mar**, recebeu a ajuda de mais dois colegas, que foram entrando no “box” com as roupas e materiais necessários para o banho. Fecharam a porta após minha entrada. Ficaram preocupados no início com o objetivo de minha presença, mas depois foram esquecendo através da naturalidade do momento.

Todos estavam muito falantes e reclamando: “este cliente deveria ter recebido banho à noite, é dependente e faz com que perdemos muito tempo na manhã, e hoje está agitado”. “É sempre assim...e sabem reclamar de nós”. **Mar** tranquilamente diz: “enfermagem é uma continuidade, não vou me estressar, vou fazer o que posso, se não der para fazer algo, passo para a tarde”.

Os outros colegas que estão auxiliando passarei a chamar de **Terra e Fogo**.

Terra: “Vamos trocar o cadarço do tubo, está muito sujo. Esse tubo parece ter sido tracionado, não acham?”. Em quanto estava marcado no último turno?

Mar: “Estava em 23 cm, e agora em 22cm. Chama a enfermeira para olhar”.

Fogo: “Vamos lá gente, tá muito demorado..muita fala e pouca ação”.

Mar: “Nossa! Como está hoje? Isso tudo é porque está sendo observado?”

Fogo: “Não! É que o meu cliente está sozinho, e não posso me demorar”.

Terra: “Seca as costas. Olha só... estão marcadas (costas) pelos fios de ECG (elerocardiograma). Vamos tirar e esticar bem o lençol. O cliente está com muito edema e logo fica marcado”. “Me alcança o proderm que irei passar..está machucado”.

O cliente vai com a mão até o tubo, na tentativa de tirar. A equipe logo retira a mão, explicando para ele que não pode fazer isso pois precisa da ventilação. Mas o cliente permanece com expressão facial de desconforto. **Mar** confere e observa que o cadarço do tubo está muito apertado, e está dobrando o lábio do cliente. Modifica a fixação, aliviando a pressão, enquanto **Terra** segura a mão, e o cliente se acalma. Terminam o banho, penteando os cabelos, colocando um lençol para aquecer a pele, e hidratam os lábios com óleo. **Mar** agradece a ajuda dos colegas e deixa o “box” em ordem, se disponibilizando a auxiliar também seus colegas.

Encerrei a observação às 12:00 horas. A descrição das atividades foram realizadas em um diário de campo próprio para o momento. As falas e acontecimentos considerados importantes por mim foram registradas no ato, em seguida sentava no próprio CTI (sala de apoio) e redigia os outros fatos observados e vivenciados, até mesmo para que não houvesse esquecimento por minha parte. Adotei não gravar as atividades de observação, pois teria que solicitar autorização de todos ali presentes, além de constranger as pessoas ou limitar a liberdade de pensamento e ação.

DESCRIÇÃO DAS OFICINAS EXISTENCIAIS

A **Oficina Existencial nº 1** aconteceu no dia 23 de junho de 2005, com início às 17:50 horas e término às 19:30 horas. O tema do encontro foi **“Quem sou eu?”**. Foi realizado na sala de apoio do CTI, composta por uma mesa retangular com cadeiras, um computador, um quadro branco, um armário para arquivos, e um negatoscópio. É uma sala pequena, destinada para reuniões, estudos, projetos e outras atividades. **Hortênsia** faz o acolhimento, agradecendo a presença de todos e interesse dos mesmos em construir juntos um trabalho que terá repercussão positiva ao grupo. Chegaram todos juntos muito alegres, conversando sobre assuntos diversos e foram, ocupando as cadeiras em torno da mesa.

Hortênsia solicitou que cada um escolhesse um nome de uma flor para que fosse identificado nos encontros. Escolheram **Cravo, Lírio, Tulipa, Orquídea, Hibisco, Amor perfeito, Rosa, Violeta e Margarida**. Após convidou os participantes a escreverem num espiral desenhado em uma folha de cartolina, suas expectativas com relação às oficinas a serem desenvolvidas. Após todos escreverem, Hortênsia lê em voz alta as seguintes mensagens:

Crescimento, união, conhecimento, crescimento e união, crescer como ser humano, entrosamento e aprendizagem, humanização e descontração, companheirismo, sinceridade, integração, maior conhecimento e entendimento junto com o paciente e os colegas, capacitação e comprometimento, respeito, união com o grupo, amizade e alegria.

Hortênsia explicou o tema e solicitou que elaborassem um cartaz utilizando de figuras de revistas ou escrita, respondendo a questão orientadora: **“Quem sou eu? Em casa? No trabalho?”** Todos folhearam as revistas, alguns em silêncio, outros trocando idéias e comentários., enquanto Hortênsia coloca uma música ambiental para espiritualizar o grupo. O tempo utilizado para esse momento foi de trinta minutos. **Tulipa** ainda permanecia procurando algumas figuras as quais achava necessário colar em seu cartaz. Estava um tanto tensa por não estar encontrando. Em seguida, **Hortênsia** pediu que cada um colasse seu cartaz na parede e fizesse a leitura de sua produção. A seguir descrevi os cartazes e as falas de cada um.

Hibisco fez uma colagem utilizando os dois lados do cartaz. Num dos lados escreveu **Quem sou?** “Eu acho que sou assim: uma guerreira, porque estou sempre atrás de algo, trabalho à noite, estudo, cuidado das crianças em casa. Apesar de meu marido me ajudar bastante nesta parte. Se tiver que limpar a casa, fazer comida, dar banho nas crianças. A gente divide bem as coisas. Não quer dizer que eu tenha preguiça”. (colou a foto de uma mulher jovem, bonita, e abaixo escreveu: “guerreira”). No mesmo lado do cartaz escreveu **Em casa?** “Em casa eu relaxo mais, fico com os pés pra cima, tipo assim, aqui se eu pegar um copo eu lavo e guardo, em casa eu tomo o meu café e deixo o copo ali. Gosto de cozinhar, cuidar das crianças”. (colou uma foto de duas mulheres com as pernas pra cima, e escreveu: ficar relaxada; em outra colagem aparece a foto de uma lasanha, escrevendo: cozinhar, e ao lado colou a foto de um casal de mãos dadas e duas crianças, escrevendo: estar com a família). No outro lado do cartaz escreveu: **No trabalho?** “Eu gosto que as pessoas possam contar comigo, tipo assim, através da competência, seriedade, profissionalismo, credibilidade. (colou a foto com várias palavras: segurança, solidez, competência, seriedade, profissionalismo, credibilidade, inteligência, força, confiabilidade, equipe especializada- todas as palavras formavam o número 1). “E eu pretendo chegar ao topo, e isso significa fazer uma faculdade. Eu sei que cada um escolhe o seu caminho. Eu fui para o lado de ter a minha família, meus filhos, o cuidar da casa e ter a minha profissão. “(colou a foto de uma torre). “Também busco vencer os obstáculos e trabalhar em equipe”(colou a foto da equipe de vôlei do Brasil, sugerindo a união dos integrantes na conquista de algo).

Amor Perfeito utiliza figuras ocupando todo o cartaz. Dividiu-o em: **Esta sou eu em casa. Esta sou eu no trabalho. Este é o ambiente que eu queria viver.** “Eu sou uma mulher que gosta de cozinhar quando estou em casa, gosto bastante de atividade física. Este é meu relax (aponta para a foto de uma praia, com um mar verde e uma mulher com os braços abertos, em momento de relaxamento, e outra foto de um bar com a presença de amigos em momento de alegria e descontração), quando eu posso gosto de sumir para a praia, gosto de estar entre amigos, colegas, em trabalho em grupo, me sinto bem, Também sou bastante profissional quando estou trabalhando, gosto de ser séria, de fazer tudo perfeito (colou uma foto de três mulheres, todas olhando para frente, com a escrita: ambição feminina). E gosto muito de estar com a família. Sou uma mulher simples, bastante dedicada às pessoas, gosto de lidar e estar com as pessoas”.

Proposta de categorias de análise:

DIÁLOGO INTUITIVO, Expectativa, união do grupo, crescimento, capacitação, sinceridade.

DIÁLOGO CIENTÍFICO: define seus objetivos e busca alcança-los

DIÁLOGO INTUITIVO: momento de descontração, seriedade, competência, profissionalismo.

DIÁLOGO CIENTÍFICO: define seus objetivos e busca alcança-los

DIÁLOGO INTUITIVO: momento de descontração, união, competência, profissionalismo

Orquídea realizou a montagem de seu cartaz de forma bastante harmônica, dividindo em **Em casa?** e **No trabalho?** “Fiz algumas colagens, como por exemplo esta de uma mãe com a criança. Eu sou uma mãe, gosto do meu filho, gosto de brincar com ele. Durante a semana nós ficamos muito sozinhos, meu marido viaja muito, então quando estou em casa, jogo videogame com ele, levo para andar de bicicleta, andar no parque. Aqui é outra figura (aponta para um casal abraçado, com expressão de felicidade), no final de semana quando meu marido está em casa, é o momento que eu posso curtir mais ele. Deixo outros afazeres de casa para outros dias para ficar com ele. Tem momentos que eu gosto de ficar sozinha quando estou em casa, gosto de orar, gosto de ter um tempo para mim, para refletir, para analisar o meu dia como foi, o que fiz de errado, o que posso melhorar. Gosto de descansar. A maior parte do tempo que estou em casa estou descansando (foto de pés cruzados, em sinal de repouso).” Não sou aquele tipo de mulher que fala muito em limpeza, coisas de casa...eu já curto mais é descansar. Gosto de ficar com uma roupa mais à vontade em casa.” No trabalho, posso transparecer como uma pessoa séria, eu sou uma pessoa concentrada, mais quieta. Procuro me concentrar no que estou fazendo. Para algumas pessoas posso parecer muito fechada, mais reservada. Sou aberta para críticas, opiniões. Me considero flexível, aceito o que me falam, procuro analisar se não tenho que mudar em algo. Sou aberta. (aponta para uma das figuras do cartaz, de um homem, com os braços abertos, com a face em direção ao horizonte, estando abaixo escrito: aberta e livre para aprender e receber opiniões).

Rosa e **Tulipa** aproveitam para dizer à **Orquídea** que a mesma é muito amigável, sempre pronta para ajudar. E que estão se sentindo muito bem por falar isso, pois acham que é muito difícil de elogiar alguém no dia-a-dia.

Margarida está colando ainda algumas estrelinhas brilhantes em seu cartaz, e diz: “Sempre quis que minha mãe me desse estas estrelinhas para meus trabalhos, no tempo de colégio”.

Violeta inicia falando: “Esta sou eu em casa.” (aponta para uma foto colada no cartaz de uma locomotiva, com a seguinte descrição abaixo: cuidar pra a locomotiva não parar sobre os trilhos, mostrando ser ela o equilíbrio para a sua família) “Quando eu paro a locomotiva pára, e não anda. Estou sempre colocando lenha, e correndo atrás. A única coisa que acho é que tenho pouco tempo para me arrumar, tenho que estar sempre correndo. Procuro ter uma alimentação saudável. **No trabalho?** “Sou uma pessoa tranqüila, eu acho, calma como a água, bastante equilibrada. Difícil alguém me ver saindo do normal. Consigo administrar os meus impulsos. Tenho uma vida regrada. Sou escrava do relógio”.

Os colegas fazem alguns comentários sobre a **Violeta**:

Margarida: “Calma, tranqüila. Pode estar pegando fogo no CTI, a gente a chama e ela diz: Sim.”

Lírio:” Passa bastante calma. É uma pessoa muito especial para o grupo. Ela passou por alguns problemas conflitantes, mas é uma pessoa importante, mãe. Tem experiência no CTI.”

Lírio: criou um cartaz muito bonito e elaborado. Desenhou no centro, uma estrada com pegadas, com os dizeres: **Quem sou eu...**, rumo a uma nova vida, em busca do sol, luz. Em um dos lados descreve **Em casa...** com a foto da família unida, e no outro lado da estrada descreve **No trabalho...** uma foto de um grupo de pessoas de mãos unidas, concentrando energia, com os seguintes dizeres: fazer do serviço um lugar de alegria e organização. E novamente retorna para estrada desenhada, escrevendo ..minha vida, meu caminho...Eu imagino a minha vida como um caminho, com pegadas. **Em casa** me sinto um pai, gosto dos meus filhos, embora não consiga curtir. Isso é uma frustração pra mim, pois como eu trabalho muito, tenho pouco tempo para curtir eles. Amo muito eles, principalmente o pequenino que está numa fase, que dá beijinho, abraços. Quando eu chego em casa de manhã e abro a porta ele já vem e chora, e eu me sensibilizo muito como pai. Prezo muito a minha família, a minha, da minha sogra. E **no trabalho** também tento fazer como uma família, querendo fazer coisas novas, tentando ajudar, e fazendo o melhor para deixar as coisas mais organizadas, escalando (mostra uma figura no topo do cartaz de uma pessoa escalando para alcançar algo em rumo da luz) e nas coisas ruins tento ver uma luz no final do túnel, e por ela eu me guio. Deus nunca fecha uma porta sem abrir uma janela. Trabalho bastante..

Hortência elogia o cartaz elaborado por Lírio, bem como seu depoimento, visto que no trabalho se mostra bastante fechado com relação a seus sentimentos.

Rosa coloca que ao ouvir cada um falar está lembrando de como cada um trabalha, e que nenhum dos

DIÁLOGO INTUITIVO:
dedicação,
família,

DIÁLOGO CIENTÍFICO:
considera-se
flexível, aberta a
mudanças.

DIÁLOGO CIENTÍFICO:
alimentação
saudável,
equilíbrio,
administrar a
vida.

DIÁLOGO INTUITIVO:
felicidade, união
familiar.

DIÁLOGO CIENTÍFICO:
fé, define seus
objetivos e busca
alcança-los.

que estão presentes em sala dizem não, todos se ajudam, e o Lírio por ser o grandão, o forte, é o mais solicitado para ajudar, e não diz não, nunca está de má vontade. A gente sabe que ele é um cara cansado pois trabalha todas as noites, e eu fico pensando, ele é o mais ligado, o mais cheio de vontade de trabalhar, não para nunca, é um guerreiro. **Lírio** fica bastante emocionado com o carinho de seu grupo.

Margarida fala de como é difícil elogiar as pessoas que se gosta. E de como é bom ouvir os sentimentos que se tem por cada um.

Cravo: É muito mais fácil a gente reclamar de alguma coisa, do que elogiar alguém. E para quem recebe como é bom.

Rosa: Quando você **Hortência**, faz a escala do próximo mês dos pacientes a serem cuidados. É automático a gente olhar quem vai estar ao nosso lado (refere-se a escala de pacientes – box fixos para cada mês), no próximo mês e de criar alguns pré-conceitos a respeito do colega, pois estava acostumado com o do mês anterior. E lá pela metade do mês percebo que aquele novo colega é maravilhoso, e de que nem é preciso chamá-lo para ajudar.

Cravo: dividiu seu cartaz mostrando como é em casa e no trabalho. Colou algumas fotos, escrevendo abaixo que fala bastante, é inquieto, companheiro, bom marido, um lutador, bom colega e companheiro. Sou muito inquieto em casa, dificilmente alguém vai me ver sentado, a não ser quando estou assistindo um jogo de futebol. Acho que sou bom companheiro em casa, a gente procura fazer as coisas juntos, ajudo na cozinha, sou um bom marido, e eu me acho assim, um lutador, pelo fato de trabalhar, e estudar. E por isso coloquei uma foto de um lutador e de comida, pois cuido muito da minha alimentação, de ser mais saudável. E quanto ao trabalho, coleí a foto de um pai com o filho mostrando o companheirismo, pois me acho um bom colega.

Hortência pergunta ao grupo como percebem o colega **Cravo**. **Tulipa** inicia dizendo que é o próprio soldado. **Margarida** relembra a entrada do **Cravo** no CTI, e diz que no início é difícil para a pessoa se ambientar, conhecer as pessoas. E que agora o **Cravo** conseguiu se integrar bem, de brincar. Antes ele era profissional, hoje em dia a gente consegue brincar, conversar com ele. Ficou uma coisa mais leve.

Margarida: A **Margarida em casa** depois que o bebê nasceu mudou um pouco, pois antes era muito chata com relação a limpeza, de organização. Não podia nem sentar no sofá que ao levar já dizia: tem que esticar a manta. Depois que o bebê nasceu estou sempre contando o ponteiro do relógio. Pra mim, o dia não podia ter somente 24 horas, para poder contar de tudo que tenho para fazer. (num dos lados do cartaz descreve como é **em casa**. Divide o mesmo com três figuras. Uma com um relógio de pulso, tendo escrito abaixo: tempo. A segunda foto mostra uma família unida. E a terceira do super-homem, demonstrando por várias vezes estar em busca de ser super). Mas a gente vai indo, e fases que vai passando. Me sinto bem mãe. Tento acertar, mas corro o risco de errar também. Sou uma boa mãe uma boa esposa também, dentro do possível, e gostaria de ser uma super-mãe, e uma super-esposa, só que eu acho que dá pro gasto. Não dá para ser super ainda, mas o objetivo é ser. Acho que é importante estar sempre em busca disso, não se acomodar e achar que está bom assim. E a **Margarida no trabalho**, as vezes é muito séria em algumas ocasiões e muito brincalhona em outros. Acho que sou os dois pólos, oscilo um pouco. Sou bem comprometida, e por esse motivo, fico as vezes um pouco séria, não é nada pessoal, e nem contra ninguém. Até para receber o plantão sou séria, e outras pessoas podem não entender. A gente trabalha com a vida das pessoas, e por isso tem que ter muita certeza do que faz. Sei que cobro bastante, tento fazer uma auto-avaliação para não ser tão rígida com as pessoas. Gosto de trabalhar em equipe. Não vejo maiores dificuldades em trabalhar em equipe. Quando as pessoas me procuram tento dar o melhor de mim, e estou sempre disposta em aprender. (no outro lado do cartaz registra como se vê **no trabalho** através de duas fotos. Uma de mulher bem sucedida, escrevendo abaixo: comprometida, seria, equipe e amiga. Na segunda foto aparece uma chama de fogão acesa, escrevendo abaixo: aprender, buscar conhecimento. Estou sempre pronta para o novo).

Orquídea faz o seguinte comentário sobre a **Margarida**: Achava-a muito séria, concentrada, mas depois conhecendo ela, percebi que é uma pessoa muito querida, amiga. Todo mundo tinha muito medo dela, era muito séria.

DIÁLOGO INTUITIVO:
solidariedade,
união em equipe

DIÁLOGO CIENTÍFICO: o bom andamento do trabalho com as relações de empatia entre colegas.

DIÁLOGO CIENTÍFICO:
cuidado na alimentação.

DIÁLOGO INTUITIVO;
frustração,
alegria.

DIÁLOGO INTUITIVO-CIENTÍFICO:
associa comprometimento com a responsabilidade de cuidar o ser humano.

Margarida auxilia a **Rosa** a colar seu cartaz na parede.

Rosa: Como em casa estou só eu e meu filho sou eu que provenho o lar. Me sinto o Ministro da Fazenda (cola a foto do ministro) tentando organizar tudo, controlando a luz acesa, o chuveiro ligado por muito tempo. Vou lá e desligo a chave de luz. Faço horrores dentro de casa. Me sinto meio ele. Acho que por alguns momento difíceis que passei, agora está bom. Passava muito tempo deitada. Teve um momento que dormi 26 horas. Só levantando para fazer “pipi” e para tomar água. Perdia muito tempo o qual poderia ser canalizado para outras coisas, além de não ser saudável. Tenho algumas coisas na vida que estou tentando mudar. Estou tentando me reciclar de algumas manias e comportamentos em casa. (acrescentou uma foto onde há uma pessoa com um bastão tentando vencer e ultrapassar um obstáculo, caracterizado por um terremoto, onde a mesma tenta passar por ele, sem cair no precipício. Escreve ainda: tento e vou atravessar um momento complicado, mas que vivo) Estava muito sem objetivos, muito largada, água de poço. Adoro música, e escrever. Estou com um projeto de um livro, e vamos ver no que vai dar. Faço muitas coisas juntas em casa, não consigo me concentrar. Sei que preciso colocar o meu relógio mais devagar. Sou muito rápida, (finaliza com uma foto de um avião dando a mensagem de Corro e vôo demais para atender tudo o que é necessário, e outra foto de uma mulher mostrando o seu período de transformação). No outro lado do cartaz, que retrata sua vida no trabalho, escreve abaixo da foto de uma equipe de saúde atendendo um cliente; gosto de situações críticas onde a rapidez de raciocínio e nas ações sejam a chave do sucesso no trabalho. Adoro noites pegadas! Gosto do trabalho em equipe. Gosto de paciente que tem que intubar, atender intercorrências em outro box que não seja o seu. Gosto de me sentir útil, gosto de correria, mais do que virar o paciente de lado, de dar o banho. Acho que a união e coesão é vista na hora do vamos ver. Busco aprender mais para chegar a um nível onde possa desenvolver o trabalho com segurança e capacidade (mostra uma foto de uma mulher subindo uma escada). Gostaria muito de estar fazendo uma faculdade, mas ;é uma coisa que está guardadinha no canto, e no momento que der, farei. E procuro ser uma boa ouvinte. Ouvir meus pacientes com carinho e meus amigos com muita atenção. Ser leal ao que me é confiado. Não gosto de ti-ti-ti, pois quebra a minha segurança. Não gosto de fofocas. Muitas vezes me passo por brincalhona, como conversadeira, e justamente para não dar vazão no que eu acho ser mais sério,, e que tem que ser confiado.

E a **Tulipa** a última a falar, pois estava muito concentrada na suas colagens e frustrada por não estar conseguindo achar algumas figuras desejadas para a sua montagem.. Folheava muito as revistas enquanto seus colegas apresentavam seus cartazes. Se na metade do caminho eu começar a chorar...vou tentar não chorar. Eu não diferenciei casa do trabalho, pois sou uma só nos dois lugares. Em primeiro lugar sou uma guerreira. Quando tenho um objetivo, vou nele até o fundo, até conseguir. Sempre em frente. (neste momento começa a chorar, se emociona). Mostra a foto de Jesus Cristo, e expõe ser assim que se sente em casa e no trabalho, pois quero proteger todo mundo, de que nenhum mal aconteça, mas nem sempre agente consegue. Em casa sou chamada de general, delegada, pois vivo em turbulência tanto na minha como da minha mãe. E é principalmente na casa de minha mãe que tento abafar o que estou sentindo, para erguer quem está lá, para quem estiver precisando de força, e acabo mascarando um pouco o que estou sentindo (colou uma foto de uma menina escondendo a face). Gosto de cozinhar muito e de comer muito. Quando passei a trabalhar a noite consegui alcançar alguns objetivos, consegui casar, consegui minha casa. Apesar de tudo a minha vida é de princesa. Nada de luxo, mas tenho estabilidade. Aqui então estão algumas fotos que falam de meus sonhos, que é um dia casar na igreja, ter filhos. Também sonho em terminar a minha faculdade, e isso é futuro. E resumo escrevendo ser organizada (muito cri-cri), exigente, pareço nunca estar contente no que faço, tento sempre melhorar, amiga, feliz e alegre.

Após os depoimentos do grupo, os participantes permanecem fazendo alguns comentários carinhosos uns aos outros, esclarecendo e resolvendo alguns problemas pendentes ou desentendimentos.

Hortência finaliza o encontro em função do tempo, dizendo que ‘foi uma prática muito gostosa para vocês, principalmente para os que vão trabalhar à noite neste momento. Estarão mais espirituosos à noite. Este grupo foi formado, portanto não entrará outra pessoa até o término das oficinas, pra que o trabalho tenha crescimento e para que se possam concentrar energia positivas para o crescimento de cada um. Deveríamos estar falando até mais sobre o assunto, relacionando com o cliente.’

Amor perfeito: Nossa equipe é uma família, pois ocupamos grande parte de nosso tempo juntos.

Hortência: Solicitei que cada um fizesse uma avaliação, por escrito numa folha de papel em branco,

DIÁLOGO CIENTÍFICO: define seus objetivos e busca alcançá-los

DIÁLOGO INTUITIVO-CIENTÍFICO: busca relacionar o profissionalismo com o conhecimento, união em equipe.

DIÁLOGO INTUITIVO: fé, segurança.

DIÁLOGO CIENTÍFICO: sonhos, família, futuro, alegria

de como foi a o primeiro encontro, deixando aberto para que eles escrevessem aquilo que surgisse, sem direcionar para determinado aspecto da oficina

Margarida: “me sinto mais livre, aberta, em sintonia com os colegas”.

Amor perfeito: “este encontro para mim foi válido, porque me ensinou a conhecer melhor meus colegas, as suas opiniões, a transmitir um pouco do que sou. Foi criativo, foi legal, e deveríamos ter mais vezes esta dinâmica.”

Hibisco: “não esperava que fosse tão legal como foi, consegui me lembrar de como sou em casa, no trabalho e como sou, pois essas coisas deixamos um pouco de lado. Fazemos tantas coisas ao mesmo tempo, e isso acaba sendo automático. Gostei muito de hoje.”.

Orquídea: “acredito que nossos encontros vão nos trazer muitas alegrias, reflexões e sem dúvida nos ajudará a conhecermos melhor a nós mesmos e nossas dificuldades serão menos pesadas. Pois com união e amizade tudo fica melhor”.

Violeta: “este encontro foi especial, porque nos fez conhecermos melhor, saber o que os outros pensam da gente. Nos torna importantes e indispensáveis num grupo dinâmico, aceitando as diferenças, idéias e opiniões divergentes”.

Tulipa: “este encontro foi e será muito importante para conhecer melhor os colegas e a nós mesmos. É de extrema importância para o crescimento pessoal e profissional. Ainda teremos fortes emoções? Este foi o primeiro encontro”.

Lírio: “eu sou importante”.

Rosa: “é sempre bom exercitar o elogio e as boas palavras que estimulam a melhora em cada um. É bom também saber um pouco da história de todos, afinal não convivemos apenas com as pessoas em seu lado profissional. Pessoas são pessoas por inteiro!”.

Cravo: “ótimo, adorei”.

Todos saem da sala muito alegres, com energia, falantes e cheios de expectativas para a segunda oficina.

**DIÁLOGO
INTUITIVO-
CIENTÍFICO:**
associando a
experiência com
o fortalecimento
da equipe, e auto-
conhecimento.