

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e científico próprio da atualidade estimula o ser humano à busca de adaptações constantes. A agitada vida moderna, a competição excessivamente valorizada, as dificuldades enfrentadas, diariamente, entre outros fatores, contribuem para que nos transformemos em ouvintes desatentos, facilmente irritáveis e envolvidos com nossas próprias motivações. Esses fatores criam e solidificam obstáculos à comunicação, tão necessária e contínua em nossas vidas.

Para Sinno (1987), se na relação social as dificuldades de comunicação são reais e atuam como verdadeiros entraves, agrava-se na relação entre o profissional de saúde e o cliente, pois nesse contato, além do comprometimento da saúde de pelo menos um deles, também ocorrem as mesmas limitações, comuns, ao uso efetivo desse instrumento de interação social.

Stefanelli (1993) afirma que a comunicação é o processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, onde elas e a maneira como o processo é realizado exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, tanto a curto, médio, quanto a longo prazo. A comunicação é, ainda, entendida como um conjunto de sinais verbais e não verbais emitidos com a intenção de expor idéias e de torná-las comuns.

Para a enfermagem, a comunicação é um dos instrumentos básicos do cuidar, envolvendo a metodologia da assistência. Através da comunicação é possível, à equipe de enfermagem, estabelecer relacionamento efetivo com o cliente, identificar e atuar no atendimento das suas necessidades.

Desse modo, no processo de cuidar e ser cuidado, a comunicação apresenta-se como um elo entre o cliente e a equipe, sendo indispensável à manutenção da qualidade das relações e do cuidado, uma vez que pode determinar uma prática humanizada, na qual a troca de mensagens será efetivamente compartilhada, enviada e recebida.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que é um setor especializado e dotado de tecnologia avançada, a equipe de enfermagem vê-se envolvida com um complexo sistema de aparelhos, que auxiliam no tratamento e monitorização contínua do cliente. A dinâmica de trabalho é intensa, o que requer da equipe o uso racional dos aparelhos, para evitar, assim, redução do tempo de permanência próximo ao cliente e o rompimento da relação interpessoal e do diálogo, tão necessários à concretização do cuidado de enfermagem.

Além do mais, o próprio ambiente da UTI é visto pelo cliente como local desconhecido, impessoal, que promove o afastamento do convívio familiar, e no qual são internados aqueles que apresentam risco de morte iminente. Tais fatores podem ser estressantes, pois provocam reações como medo, ansiedade, insegurança e depressão, os quais interferem no processo relacional e podem diminuir ou mesmo anular os efeitos benéficos do tratamento.

Nesse contexto, é fundamental a formação de um elo de comunicação eficiente. Stefanelli (1993) informa que é através da comunicação estabelecida pela enfermeira com o paciente, que se definem metas e objetivos a serem alcançados por ambos, de modo a ajudá-lo a se sentir um ser humano digno e capaz de encontrar soluções para a promoção, manutenção e recuperação da sua saúde física e mental.

O cliente internado na UTI e que tem a necessidade fisiológica de oxigenação não atendida, poderá fazer uso de suporte ventilatório, através do tubo endotraqueal conectado ao ventilador mecânico artificial, aparelho destinado a promover ventilações em pessoas incapazes de respirar espontaneamente.

Entretanto, o uso do tubo endotraqueal tem um efeito benéfico que consiste na preservação da ventilação e oxigenação do cliente, garantindo a manutenção de sua vida. Mas, acarreta um efeito maléfico, que reside no fato de ser ele um instrumento que impede à comunicação eficiente, exigindo da pessoa adaptação a essa nova condição e, tendo que lançar mão de outras estratégias para se comunicar com a equipe, enquanto esta precisará interpretá-la e entendê-la.

Sobre isso, Silva (2002) ressalta que o cliente impossibilitado de falar encontra-se fragilizado, vulnerável e altamente perceptivo em relação às pessoas e ao ambiente. A dependência decorrente do seu estado de saúde, acompanhada de medo e ansiedade, torna-lhe fragilizado, acentuando-lhe a necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva com a equipe prestadora de cuidado.

Nesse sentido, a maneira comumente utilizada pelo cliente entubado para estabelecer comunicação é a não verbal, requerendo da equipe de enfermagem observação e permanência maior ao seu lado, para que esse processo seja efetivado.

No entanto, a dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem na UTI costuma afastá-los do cliente, dificultando o estabelecimento e a manutenção do processo de comunicação terapêutica. Assim, entendendo que o tubo endotraqueal é uma barreira física à comunicação que se processa entre a equipe de enfermagem e o cliente, e que para atingir a excelência do

cuidado, devemos nos basear no relacionamento terapêutico, destacamos como fundamental, o uso da comunicação nesse processo.

O crescente interesse de enfermeiros pelo processo de comunicação, aliado ao fato de haver poucas publicações sobre esse processo com o cliente entubado e os seus efeitos na execução do cuidado, fez-nos refletir de maneira especial sobre o tema, despertando o interesse para o desenvolvimento deste estudo, que emergiu da experiência vivenciada no ambiente de trabalho.

Desde a época da graduação, quando tivemos oportunidade de atuar com o cliente entubado nos estágios curriculares, nos inquietávamos, ao tentar estabelecer comunicação com ele e não conseguir. O tempo de permanência na UTI era curto e não nos sentíamos preparados para atuar. Simplesmente, realizávamos o estágio, priorizando o aprendizado das técnicas e procedimentos de enfermagem, ao invés de estabelecer relacionamento efetivo com o cliente.

A UTI causou-nos fascínio desde o primeiro momento em que entramos nessa unidade. Todos aqueles equipamentos complexos causaram-nos estranheza, e, ao mesmo tempo, curiosidade em manipulá-los. O primeiro contato com o cliente crítico e entubado na UTI provocou-nos sensação de medo; tentamos estabelecer comunicação, compreender o que ele tentava manifestar, porém não conseguíamos entendê-lo. Esse fato causou-nos frustração, pois não conseguíamos atender nem as nossas, nem as expectativas daquele a quem prestávamos cuidado. Dessa maneira, por não conseguir comunicarmos, em muitos momentos, adotávamos a condição de nos afastar do cliente, não efetivando, assim, um cuidado adequado.

Ao ingressar no Curso de Especialização em Enfermagem sob a Forma de Residência, com área de concentração em terapia intensiva, deparávamos cotidianamente com a prestação de cuidados ao cliente em uso de cânula orotraqueal. Porém, na maioria das vezes, envolvíamos com a dinâmica de trabalho intensa, limitando o tempo de permanência ao lado dele, o que não permitia estabelecer um elo de comunicação efetiva.

Concomitantemente, com o término do curso de especialização, ingressamos na carreira da docência, atuando em uma disciplina que objetiva proporcionar aos estudantes oportunidades para a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes e habilidades sobre a assistência integral a clientes adultos e idosos hospitalizados, tendo como um dos campos de atuação a unidade de terapia intensiva. Ao verificar a maneira como os discentes prestavam os cuidados ao cliente em uso de cânula orotraqueal, pudemos perceber

que era pouca, ou inexistente, a comunicação estabelecida. Tomamos isso como referência, despertando inquietações, que também serviram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Dessa maneira, no caminhar da nossa prática profissional, muitas vezes, sentíamos limitados e com dificuldades em estabelecer uma comunicação efetiva com a pessoa a quem prestava cuidado e, em muitos momentos, só percebíamos o que de fato ela queria comunicar e necessitava, apenas quando já se encontrava extubada e exteriorizava verbalmente.

Assim, ao deparar-nos com o cliente extubado e, através de seus relatos, tivemos oportunidade de conhecer o que representou para ele o momento de estar limitado verbalmente para comunicar-se com o outro, pois seu discurso revelava que a equipe não conseguia entender o que ele manifestava, e suas necessidades não eram atendidas. Nesse contexto, solidificou o nosso interesse em investigar o tema a **comunicação entre a equipe de enfermagem e o cliente submetido à entubação orotraqueal na unidade de terapia intensiva.**

Assim, diante dessas considerações, este estudo tem como questão norteadora: *como a equipe de enfermagem vivencia a comunicação com o cliente submetido à entubação orotraqueal na UTI?*

Seus objetivos consistem em:

GERAL

Analisar como a equipe de enfermagem vivencia a comunicação com o cliente submetido à entubação orotraqueal na UTI

ESPECIFICOS

- *identificar os meios utilizados pela equipe de enfermagem para se comunicar com o cliente submetido à entubação orotraqueal na UTI.*
- *descrever as dificuldades e facilidades desse processo de comunicação.*

Ressaltamos que este estudo poderá contribuir para que novas dimensões da comunicação com esse tipo de cliente sejam reveladas e, possam ser aplicadas à prática do cuidar/ cuidado, contribuindo para a qualidade da relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e esse cliente em especial, o que certamente conduzirá a uma assistência efetiva e qualificada.

2 PROCESSO DE COMUNICAÇÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

O ato de se comunicar está presente na vida de todos os seres humanos. Assim, nos primórdios da nossa existência, a comunicação era eminentemente não verbal e realizada através de gestos, símbolos e manifestações corporais. Com o desenvolvimento humano, passamos a utilizar os sons, emitir as primeiras palavras e a escrever, surgindo, assim, a comunicação verbal, cuja linguagem pactuada compartilha idéias, objetivos, sentimentos, entre outros.

Desse modo, a partir do momento em que o ser humano adquiriu habilidade para a comunicação, passou a utilizá-la amplamente em seu contexto de vida, estabelecendo relacionamentos e fazendo-se presente no mundo. Stefanelli (1993) enfatiza que o ser humano utiliza a comunicação para compartilhar com os demais suas experiências, recebendo aprovação ou desaprovação daquilo que manifesta. Tais julgamentos contribuem para determinar sensação de segurança ou insegurança e, também, nossa própria inserção no ambiente que nos circunda.

O poder da comunicação é enfatizado por Bordenave (2003) como aquele capaz de contribuir para modificar o significado que as pessoas atribuem às coisas, tendo como consequência a transformação das crenças, valores e comportamentos.

A comunicação é definida por Silva (2002a) como um processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, tendo como finalidade básica fazer com que o homem entenda-se e entenda o mundo, relacionando-se com os outros, transformando a si mesmo e a realidade

Do ponto de vista etimológico, Artur e Silva apud CIANCIARULLO (1996) informam que a palavra comunicação origina-se do latim *comunicare*, significando “por em comum”. Comentam, ainda, que a comunicação assume várias funções, que se modificam quando consideramos o paradigma dominante e emergente. Informam que, no paradigma dominante as funções da comunicação são a de informar, persuadir, ensinar ou discutir; já no paradigma emergente ela tem função de promover o relacionamento entre as pessoas, havendo a co-participação entre emissor e receptor na busca de soluções.

Para Silveira (1992), esse termo é considerado como informação, aviso, transmissão. Ou seja, a comunicação é o ato de transmitir algo a alguém, com um conteúdo de mensagem implícito ou explícito de significado e transmitido com a intenção de obter uma resposta favorável ao que foi dito e desejado.

Desse modo, a comunicação constitui-se em um processo dinâmico, com fluxo contínuo de energia e em freqüente mudança, envolvendo a interação entre as pessoas. Ainda, segundo Silva (2002a), para que esse processo seja efetivado necessita de certos elementos como: emissor, aquele que emite a mensagem; receptor, aquele para quem a mensagem se destina; mensagem, o que é transmitido e consiste em um estímulo físico, verbal ou não verbal.

Nesse sentido, para haver comunicação é indispensável a interação entre os sujeitos, e esta para ser efetivada requer competência comunicativa, o que para Silva (2002), é uma habilidade a ser desenvolvida no processo comunicacional, entendendo que ao se comunicar algo, deseja-se que a mensagem enviada promova uma resposta no receptor, devendo por isso, haver identificação do conteúdo das mensagens pelos personagens envolvidos.

Ruesch (1964) define que as características básicas de uma comunicação bem sucedida são: *flexibilidade* (conseguida através do estabelecimento de novos objetos para a satisfação de necessidades emergentes em cada situação, de maneira individual); *eficiência* (as mensagens devem ser claras, simples e transmitidas quando o receptor estiver apto para ouvir); *propriedade* (as mensagens devem ser relevantes para a situação em que se encontram os comunicadores); *resposta* (processo de observação do efeito da mensagem, que tem a função de regulação da comunicação e informa sobre o impacto desta comunicação).

Existem diversos tipos de comunicação, porém adotaremos a classificação de Silva (2002a). Assim temos: *comunicação verbal*, aquela realizada através de palavras expressas por meio da fala ou da escrita; *não verbal*, manifestada através de comportamentos não expressos por palavras, e envolvendo a expressão facial, corporal e manifestações fisiológicas como rubor, tremores, palidez, sudorese entre outros.

Chamamos a atenção que o tipo de comunicação mais utilizado por nós é a não verbal, pois continuamente gesticulamos, tocamos, movimentamos o corpo e nos envolvemos com o outro ao emitirmos uma mensagem. Contudo, esse tipo é pouco valorizado no processo comunicativo, uma vez que com o avanço e complexidade das sociedades nós, seres humanos, perdemos a habilidade de observar atentamente o outro quando nos comunicamos.

Considerando os tipos de comunicação, há um outro apresentado por Stefanelli (1993) que é a comunicação *paralinguística ou paraverbal*, expressa através do tom de voz e ritmo com que as palavras são pronunciadas, além do choro, e a pausa, entre outras manifestações.

Também existem barreiras que podem impedir a promoção do relacionamento e condução de um processo de comunicação otimizado. Tem-se como exemplo a falta de

capacidade de concentração, as limitações próprias do receptor/emissor, a ausência de uma linguagem comum, incompreensibilidade, entre outros.

Na área de saúde, em especial na Enfermagem, a comunicação é uma habilidade que pode conduzir a uma assistência individualizada, qualificada e efetiva no processo do cuidado terapêutico. Para o cliente, é através da comunicação que ele transmite o que sente, solicita ajuda e tem suas necessidades atendidas.

Na UTI, frequentemente, existem barreiras à comunicação eficiente, tendo como exemplo o uso de prótese ventilatória pelo cliente; ruído excessivo e percepção do ambiente como estressante. Tais fatores podem dificultar a comunicação do cliente com a equipe e a interação entre ambos.

Dessa forma, para que o relacionamento entre a equipe de enfermagem e o cliente torne-se terapêutico é necessário que a comunicação entre esses atores ocorra de maneira adequada, onde os objetivos possam ser atendidos e a recuperação do cliente possa ser alcançada. Conforme Stefanelli (1993,p.30):

É portanto, por meio da comunicação vivenciada pela enfermeira e paciente, ao interagirem, que a enfermeira pode definir metas, objetivos, a serem atingidos, pelo paciente, por ela própria ou em conjunto, para ajudá-lo a sentir-se como ser humano digno e pessoa capaz de encontrar soluções para seus problemas, de ser útil a seus semelhantes e de contribuir para a sociedade em que vive [...]

Assim, a comunicação pode ser compreendida como uma necessidade básica do ser humano, que faz parte do contexto da vida, e através dela somos capazes de nos expressar e nos fazer presentes no mundo. Bodernave (2003) reitera que a comunicação confunde-se com a própria vida, e somente percebemos sua importância quando, por razões diversas, perdemos essa capacidade. Esta realidade é percebida pelo cliente impossibilitado de falar, que necessita adaptar-se e utilizar, principalmente, a comunicação não verbal para ter suas carências atendidas.

2.1 A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

A comunicação não verbal é o meio mais comumente utilizado pelo ser humano para comunicar-se com os demais. Porém, em nossa cultura ocidental, é pouco percebida, e se percebida, resume-se as expressões refletidas na face, não sendo valorizada a linguagem corporal, que pode ser emitida por outras partes do corpo.

Pode ser conceituada como o uso de toda e qualquer forma de comunicação, que ocorre entre duas ou mais pessoas, não expressa por palavras, mas por gestos, toques, escuta, postura corporal, entre outros. A definição do termo comunicação, segundo Littlejohn (1988), não é uma tarefa fácil, pois envolve uma vasta gama de fenômenos, sendo definido signo não verbal como qualquer outro signo que não seja a linguagem falada ou escrita.

Segundo Silva (2002a), esse tipo de comunicação tem como funções complementar, substituir, contradizer o verbal e demonstrar sentimentos. Para essa autora a classificação dos sinais não verbais pode ser: *paralinguagem*- qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faz parte do sistema sonoro da língua usada ; *cinésica*- linguagem do corpo, composta por gestos manuais, movimento dos membros; *proxêmica*- uso do espaço pelo homem dentro do processo de comunicação; *tacêsica*- comunicação tátil; *características físicas*; *fatores ambientais*; *disposição dos objetos*.

Birdwhistell apud WEIL; TOMPAKOW (1993) registra que, na interação entre duas pessoas, estima-se a existência de 2500 a 5000 e, às vezes, até 10000 unidades simples, de sinais informativos, que fluem por segundo.

Estudos da psicologia social, citados por Silva (2002a) revelam que a expressão do pensamento faz-se 7% com palavras, 38% com sinais paralinguísticos e 55% por meio de sinais do corpo, o que nos leva concluir que é a expressão não verbal o que efetivamente utilizamos ao nos comunicar. Nesse sentido, podemos estabelecer uma comunicação não verbal sem utilizar a verbal, porém, o contrário não é possível de ocorrer.

Desse modo, é por meio da associação da comunicação verbal e não verbal que somos capazes de demonstrar nosso ser psicossocial e psicobiológico, exteriorizando e manifestando o que temos de experiências e de cultura adquirida, ou seja, quem e o que somos na sociedade em que vivemos. Por outro lado, através da comunicação não verbal, exteriorizamos o nosso individual, aquilo que somos enquanto ser particular.

Entretanto, para que possa haver interpretação e atribuição de significado à comunicação não verbal é fundamental que ela possa ser estudada e adquirir-se habilidade prática para compreendê-la. Assim, o uso da observação, aliado ao tempo e a paciência são elementos indispensáveis para aquisição dessa habilidade.

Algumas teorias buscam compreender o significado dos signos não verbais, e Littlejohn (1988) cita entre outras, as teorias estruturais e funcionais. Entre elas encontram-se as abordagens antropológicas, compreendendo a teoria cinésica de Birdwhistell e a teoria proxêmica de Hall.

Birdwhistell, considerado o pai da cinésica, enfatiza que existem comportamentos corporais que se combinam de maneira simples ou complexa com as palavras, realizando, assim, uma associação entre a atividade corporal e a linguagem. Dentre os pressupostos da sua teoria, citados por Littlejohn (1988), tem-se que nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta; comportamentos como a postura corporal, movimentos e expressão facial costumam ser padronizados e, portanto, sujeitos à análise sistemática. A atividade corporal visível influencia o comportamento de outras pessoas e o comportamento passa a ser considerado uma função comunicativa investigável.

Hall (1986), considerado pai da proxêmica, refere-se ao uso do espaço na comunicação e define sua teoria como o estudo do modo em que o homem estrutura, inconscientemente, o microespaço que ocupa, influenciado por aspectos culturais.

Quanto às teorias funcionais, citados por Littlejohn (1988), têm-se as investigações desenvolvidas por Ekman e Freisen, as quais se concentram no comportamento cinésico e demonstram as variadas funções da atividade corporal na comunicação. Concluem que existem sinais não verbais os quais variam conforme a cultura e a espécie, e quando emitidos, são embutidos de significado próprio de cada sociedade.

A comunicação não verbal é, também, utilizada para exprimir emoções, e sob esse aspecto, Littlejohn (1988) cita a teoria Emocional de Dittman, a qual revela que a depender do que o emissor esteja manifestando não verbalmente, isto é percebida pelo receptor como uma expressão emocional. Baseando-se em categorias como alegria, dor e tristeza, associam esse comportamento ao que está sendo observado.

Nesse sentido, registramos que a habilidade em conhecer e interpretar a comunicação não verbal é fundamental para os profissionais da área da saúde, pois realizam cuidado direto ao cliente, os quais buscam, através da comunicação, demonstrar sentimentos e enfatizar que necessidades precisam ser atendidas. Conforme Silva (2002a, p.45)

[...] o estudo do não verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização. Ajuda ainda a potencializar sua própria comunicação, enquanto elemento transmissor de mensagens

Desse modo, para que possamos nos relacionar com o cliente e conhecer os sinais não verbais emitidos por ele, temos que implementar interações de maneira eficaz, o que requer tempo, paciência e observação, de modo que ela se processe naturalmente, e as relações sejam construídas de maneira sólida e dinâmica.

Ainda, segundo Silva (2001), é fundamental para o profissional de saúde estar atento ao que o cliente está sentindo para compreender seu grau de interesse, disponibilidade e concordância e reconhecer o que o cliente quer expressar e sente, diante do momento que vivencia, por isso, necessitamos conhecer e interpretar os sinais não-verbais que ele emite.

Entretanto, costuma haver dificuldades entre os profissionais de saúde para estabelecerem uma comunicação eficiente com o cliente, em especial as relativas à comunicação não verbal, devido à própria dinâmica de trabalho, em geral vivenciada pela equipe. Nos setores hospitalares como a UTI, além das características particulares que ele apresenta, tem-se o perfil dos clientes internados, os fatores ambientais, as barreiras físicas e corpóreas entre outros, que podem dificultar o processo comunicativo. Porém, apesar de dificultarem, não impossibilitam que a comunicação seja efetivada.

O cliente entubado que se encontra internado na UTI, portanto com dificuldade de se expressar verbalmente, passa por um processo de transformação adaptativa para se comunicar não verbalmente, utilizando, freqüentemente, a linguagem cinésica. Sendo assim, o rosto é usado para expor sentimentos como emoção, raiva, dor, ansiedade; as mãos podem ser utilizadas para gesticular e pedir algo, entre outros. Ou seja, enviará suas mensagens através da linguagem corporal, requerendo da equipe a validade do que está expressando.

Com relação aos gestos, estes são entendidos como meio de comunicação utilizados por nós, e definidos por Rector e Trinta (1993) como ações corporais visíveis, que transmitem significados por meio da expressão voluntária. Têm como funções: comunicar, quando não podemos ou não queremos falar; regular o nível de interação; estabelecer e manter a atenção e enfatizar e apoiar a fala.

Outro aspecto da comunicação não verbal, imprescindível no cuidar, consiste no uso da comunicação tacênica, ou seja o uso do toque, pois ele é um dos sinais terapêuticos que traduz acolhimento, afeto, segurança e valorização do indivíduo enquanto ser humano.

Silva (2002a) cita que na área da saúde foram classificados três tipos de toque: o *instrumental*, comumente realizado para desempenhar tarefas específicas como aferição de sinais vitais; *expressivo ou afetivo*, com a finalidade de demonstrar carinho, apoio, segurança e o *terapêutico* que se caracteriza pelo uso das mãos com o propósito terapêutico. Na prática, a equipe de enfermagem deve valorizar esses três tipos de toque no seu cotidiano de trabalho, não devendo sobrepôr o toque instrumental sobre os outros, destacando a necessidade de um cuidado humano.

Deve ser registrado, que os fatores limitantes para a comunicação devem ser conhecidos pela equipe de enfermagem. Silva (2002) apresenta como exemplo desses fatores

as emoções e expectativas, as quais costumam interferir na interpretação do significado do sinal não verbal.

Sendo assim, o cliente entubado, portanto fragilizado emocionalmente, costuma ter dificuldade de expressar e identificar sentimentos positivos, ao passo que os sentimentos negativos, são mais fáceis de serem identificados por ele, tornando-se um fator limitante no estabelecimento de uma comunicação eficiente.

Outros fatores citados são os estereótipos; as experiências anteriores; o reconhecimento dos sinais; o conhecimento prévio do emissor, que requer interação para saber o que o outro transmite e sente; tempo de estímulo apresentado; limitações físicas e corpóreas, a exemplo de prótese ventilatória e limitações fisiológicas; além de motivação e ruídos, os quais estão presentes na UTI e, se não administrados, predisõem a um ambiente não terapêutico, dificultando o estabelecimento de uma comunicação eficiente.

O entendimento da comunicação não verbal e, portanto, da leitura dos sinais não emitidos por palavras ou por escrita, é uma habilidade que, se de domínio do profissional de saúde, e em especial da equipe de enfermagem, torna-se um instrumento valioso na garantia da manutenção do cuidado, por ser indispensável à qualidade das relações estabelecidas. Na UTI, a execução do cuidado ao paciente, limitado verbalmente, deve estar embasado na relação estabelecida entre profissional e cliente, no encontro e na troca de informações.

2.2 A COMUNICAÇÃO E O CUIDAR DO CLIENTE ENTUBADO NA UTI

As ações da Enfermagem são consideradas por Stefanelli (1987), como relacionamento humano entre um indivíduo que está doente, ou necessita de cuidado de saúde, e a enfermeira, a qual deve estar preparada para responder a essa necessidade de ajuda.

As necessidades afetadas, a ansiedade e os conflitos decorrentes do processo de hospitalização devem ser identificados e tratados individualmente, favorecendo o processo de recuperação e manifestação saudável da personalidade, pois, o indivíduo possui, além de um desequilíbrio fisiológico, um desequilíbrio emocional. Assim, para o profissional cuidar de maneira individualizada e estabelecer um relacionamento efetivo com o cliente, necessita desenvolver habilidade da comunicação.

Nesse sentido, a comunicação é considerada como um dos instrumentos do cuidar em enfermagem, uma vez que ela é utilizada prioritariamente pelo profissional, constituindo-se elo condutor da qualidade da relação e no cuidar/cuidado.

Assim, o cuidar para Colierre (1999), é um ato de manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, porém diversificadas na sua manutenção, com o objetivo de garantir a sobrevivência.

Boehs e Patrício (1990) comentaram o conceito de cuidado de Watson (1981), como uma prática de “saudegenia”, que integra conhecimentos humanísticos e científicos a fim de promover a saúde e prevenir a doença. Esses conhecimentos integram-se através de fatores como: desenvolvimento do relacionamento de ajuda e confiança, promoção e aceitação das expressões de sentimentos positivos e negativos, promoção do ensino aprendizagem interpessoal, e a provisão de ambiente de apoio e proteção mental, física, sócio- cultural e espiritual.

A otimização do processo do cuidar/cuidado requer o uso da comunicação eficiente, com diálogo pautado no encontro e na inter- relação entre o cuidador e o ser cuidado. Torna-se necessário para executar esse processo, conhecimento e habilidade da equipe de enfermagem que o executa, que deve estar atenta não somente para o aspecto verbal mas, principalmente, para o não verbal, que é manifestado continuamente pelo cliente.

Bachion (1994) caracterizou a comunicação da equipe de enfermagem com o paciente no cotidiano assistencial, como imprópria, impessoal, diretiva, autoritária e desinteressada, aliada à desatenção, com a percepção superficial das mensagens transmitidas pelos pacientes. Com relação à comunicação não verbal, identificou que imperam tentativas de acertos e erros, sendo que o comportamento não verbal, manifestado pelos profissionais, costuma expressar distanciamento e pouca inclinação para a interação pessoal.

Ainda, na tentativa de justificar a deficiência da enfermeira no ato comunicativo, temos aspectos relativos ao trabalho, como: excesso de atividades burocráticas e administrativas, valorizando-se o fazer, alicerçado no cumprimento de normas e rotinas, ao invés do cuidar, afastando-se do cliente e promovendo um entrave no processo de estabelecimento de uma comunicação eficiente.

Sobre isso se destaca que, frequentemente, a formação acadêmica das enfermeiras não prioriza nem valoriza o ensino da comunicação na grade curricular, conduzindo a dificuldades, expressas mesmo quando discentes, em comunicar-se com o cliente, desencadeando sentimentos de limitação e impotência, os quais atravessam os muros da academia e as acompanham na prática profissional.

Sendo assim, para que a enfermeira e os demais membros da equipe de enfermagem potencializem sua habilidade a fazerem uso da comunicação não verbal como instrumento do seu cuidado, é fundamental conhecê-la e aplicá-la ao interagir com o cliente, ampliando a

capacidade de percepção do outro, identificando sentimentos, anseios, dificuldades e contribuindo também para o crescimento do profissional como ser humano.

A aquisição da habilidade em comunicar-se se justifica pelo fato dos membros da equipe de enfermagem, devido ao caráter ininterrupto da assistência, serem profissionais que, comumente, permanecem 24 horas ao lado do cliente, portanto capazes de garantirem um atendimento individualizado, priorizando os aspectos biológicos e psicoemocionais.

Madeira, Matos e Magalhães (1994) comentam que devido ao fato do relacionamento enfermeira e cliente ser o principal agente de mudança terapêutica, e a comunicação ser o meio pelo qual o relacionamento se estabelece, a competência em comunicação deve ser uma função própria de quem assiste.

Por outro lado, setores hospitalares, como a UTI, caracterizam-se por ser uma unidade fechada, complexa, de tecnologia avançada, e composta por aparelhos sofisticados, onde a dinâmica de trabalho é intensa, face ao perfil dos clientes, geralmente, graves e instáveis que se encontram internados, requerendo vigilância contínua do seu estado de saúde. Sendo assim, suas características particulares, se não administradas eficazmente, torna-se um entrave para o processo de comunicação e, conseqüentemente, para o estabelecimento de um relacionamento eficaz entre o cliente e a equipe.

Knobel (1999, p.1306) ao traçar um panorama das UTI'S relata:

Os pacientes graves são geralmente dependentes e sentem-se fragilizados com a falta de autonomia. Os familiares ficam deprimidos podendo temporariamente se desestruturar sob o ponto de vista emocional. A equipe, confrontada com o sofrimento diário, estrutura mecanismos de defesa que normalmente diminuem sua sensibilidade. As peculiaridades do ambiente físico de uma CTI- desde a ausência de janelas, o elevado nível de ruídos, até a invasão de equipamentos- carecem de cuidados especiais no que diz respeito à qualidade

Desse modo, a qualidade do atendimento na UTI tem como um dos pilares a efetiva comunicação entre a equipe, cliente e família e que só poderá ser alcançado através da inter-relação dos sujeitos, definindo metas e objetivos, que tenham como prioridade a garantia da satisfação plena do cliente.

Nesse sentido, o cliente internado na UTI vivencia uma situação de anormalidade, que se configura, inicialmente, com a condição de estar doente, associado ao medo da morte. Além do mais, a privação do contato com os familiares, as barreiras corpóreas e físicas como a entubação e a traqueostomia, podem desencadear sentimentos de insegurança, dependência, impotência, dentre outros.

Assim, reiteramos que, para o cliente enfrentar o momento de internação na UTI, necessita de ajuda e confiança por parte daqueles que o assistem. A enfermeira, em especial, necessita desenvolver um relacionamento interpessoal efetivo, entendendo, além dos aspectos relacionados ao processo patológico, questões relacionadas ao âmbito psicoemocional, as quais interferem no processo de evolução e recuperação do cliente.

Quando assistimos, nas UTI's, clientes conscientes e orientados, torna-se mais fácil identificar os sentimentos que manifestam sobre o processo de internação, através do estabelecimento efetivo da comunicação. No entanto, encontramos, nessas unidades, clientes impossibilitados de falar, requerendo da equipe de enfermagem o desenvolvimento da habilidade para interpretar a comunicação não verbal emitida por ele, ajudando-o a expressar o que deseja.

A equipe, também, deverá saber comunicar-se com o cliente entubado, visto que ele encontra-se altamente perceptivo ao ambiente e às pessoas que o rodeiam, captando com muita sensibilidade tanto os sinais verbais quanto os não verbais e, a depender de como essa equipe se comporta, poderá se afastar ou se aproximar da relação.

Segundo Perestrelo (1989), os códigos que acompanham a linguagem verbal traduzem o que de verdade emana do interior da pessoa e, o como se diz, ocupando lugar de destaque na transcomunicação humana, sendo mais efetivos em relação ao que se fala. Apesar de falarmos com as cordas vocais, em nossos relacionamentos, comunicamo-nos com o corpo inteiro.

Nesse sentido, associado ao “como se diz”, a equipe deverá apropriar-se de mecanismos diversos para atingir a eficácia do processo comunicativo, dentre os quais temos a observação. Perestrelo (1989) afirma, ainda, que por meio da observação nos tornamos capazes de ser com o outro, e através de uma relação empática, indagar se o que ele demonstra, encerra ou não uma relação de sentido com o resto de sua existência, pois os dados são integrados de maneira individualizada no conjunto vivencial da pessoa.

Desse modo, pela observação podemos identificar quais mecanismos são utilizados pelo cliente entubado para se comunicar e se ele aprova ou desaprova o cuidado oferecido, devendo ser realizado um planejamento para que possamos estabelecer uma comunicação terapêutica com ele.

No contexto da UTI, a perda da autonomia comunicativa do cliente portador de prótese ventilatória, faz com que ele se torne, nesta situação temporária, sujeito passivo no ato de cuidar. Nesse sentido, a perda do poder de controlar o corpo para realização de atividades simples como por exemplo tomar banho e vestir-se, pode gerar sensação de impotência,

dependência e incapacidade. Nessa situação, a enfermeira necessita estar atenta a tais sinais, comunicando e ajudando-o a enfrentar esse período temporário, o que é extremamente importante, uma vez que se trata de um ser humano que no momento, necessita de cuidados de enfermagem.

Assim, a dificuldade do cliente entubado em se comunicar verbalmente, dificulta sua interação com a equipe e isto faz com que seu espaço seja invadido, gerando perda da territorialidade. Essa dificuldade torna-se maior pois o cliente não tendo como expressar a invasão do seu espaço, desencadeia tensão e ansiedade.

Esse sentimento, também, pode ser desencadeado pela sensação de incompreensibilidade, percebida pelo cliente naquilo que quer comunicar. Se o nível de ansiedade é elevado costuma gerar desconforto, dificultando o relacionamento interpessoal e o uso de padrões habituais de comunicação.

A comunicação terapêutica, segundo Ruesch (1964), traduz a habilidade do profissional em ajudar às pessoas a enfrentarem a tensão temporária, conviver com outras pessoas, e ajustar-se ao que não pode ser mudado, enfrentando os bloqueios para a auto-realização, o que é característico dos profissionais da área de saúde.

Dessa maneira, na comunicação terapêutica o profissional utiliza a escuta, a fala, a percepção e, assim, permite ao cliente expor o que é, sente e necessita, dando-lhe oportunidade de crescer, amadurecer, equilibrar-se e de ser atendido nas suas necessidades, pois ele deve encontrar no profissional um elemento de confiança (TAVARES, 1998; VIEIRA, 1978).

Deve ser ressaltado que, conforme Silva (2001), os problemas enfrentados pelos clientes e as expectativas relacionadas à equipe de enfermagem recaem, muito mais, na área expressiva do que na instrumental. Isto exige da enfermagem sensibilidade, empatia e intuição, para compreendê-los e, assim, ajudá-los, através do estabelecimento do relacionamento interpessoal.

Para Perestrello (1989), toda relação transpessoal é uma relação viva e, todas as atitudes do profissional que repercutir sobre a pessoa terão significados terapêuticos ou anti-terapêuticos, conforme o impacto que causar no cliente ou no profissional.

Assim, a inter-relação entre enfermeiro e cliente é alcançada quando um vê ao outro como seres que interagem e que expressam, por meio de seu comportamento, motivações e necessidades (VIEIRA, 1978)

Desse modo, ao se relacionar e estabelecer comunicação com o cliente entubado, deve-se aguardar para que ele se expresse, e caso haja dificuldades, auxiliá-lo a comunicar-se

validando, posteriormente, o significado do que ele quis dizer. No entanto, para que o cliente tenha liberdade de expressar o que sente, é necessário ter confiança naquele que lhe presta cuidado. E, para que essa confiança seja adquirida, é fundamental a ambos conhecerem-se e manterem um diálogo pautado no encontro e no relacionamento interpessoal efetivo e afetivo.

Considerando esse aspecto, as primeiras tentativas para se estabelecer comunicação com a equipe poderão ser difíceis, pois o uso de prótese ventilatória representa mudança significativa na vida comunicativa do cliente. Ele deverá ser estimulado a continuar tentando se comunicar, tendo a enfermagem papel fundamental nesse momento de adaptação, orientando-lhe e explicando-lhe a situação como algo temporário, ensinando estratégias para a comunicação, conduzindo o cliente a escolher a maneira mais adequada e de conformidade com suas limitações.

Assim, reforçamos ser fundamental o desenvolvimento da habilidade da comunicação terapêutica, pela enfermeira, para conduzir o processo. Stefanelli (1993) assegura que é através da comunicação que a enfermeira desempenha suas funções, fazendo com que o paciente mova-se da dependência para uma interdependência saudável, reconhecendo as suas próprias potencialidades, aceitando as limitações e se tornando participante ativo do seu processo de cuidar/ cuidado.

2.3 TEORIA DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Nesse item, abordamos a teoria da comunicação interpessoal, no intuito que seus elementos possam embasar a nossa compreensão sobre o tema comunicação, o qual é extremamente complexo e diversificado.

Desse modo, apresentamos os fundamentos dessa teoria, a partir dos registros de Littlejohn (1988), assim como outros autores que abordam o tema comunicação interpessoal a exemplo de Ruesch (1964), Furegatto (1993).

A comunicação, entendida como ação, é ferramenta fundamental para que possamos estabelecer relacionamentos, percebermos o mundo, o outro e a nós mesmos e, também, sermos compreendidos.

No entendimento da importância que a comunicação humana possui para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da profissão de enfermagem, é necessário que possamos

ter conhecimento das etapas desse processo, utilizando esse conhecimento na melhoria e no estabelecimento da relação com o cliente que necessita de cuidado.

A vertente desse processo comunicacional na efetivação do cuidado de enfermagem ao cliente impossibilitado de falar, no qual o mais importante do que as palavras são a postura, os gestos, o toque..., enfim, os componentes não verbais presentes nesse processo, requerem da equipe prestadora de cuidado, sensibilidade, empatia, intuição e a percepção do que ele deseja e necessita comunicar.

Nesse sentido, consideramos oportuno abordar a teoria da comunicação interpessoal neste estudo, por considerá-la adequada para analisar o estabelecimento da comunicação entre a equipe de enfermagem intensivista e o cliente submetido à entubação orotraqueal na unidade de terapia intensiva.

Conforme Littlejohn (1988), a comunicação é algo que está presente em nosso comportamento e que afeta a nossa vida diária. A experiência que obtemos a partir da comunicação que estabelecemos provém, em sua maioria, dos relacionamentos que cotidianamente estabelecemos com familiares, amigos, colegas de trabalho entre outros e, na área de saúde, também, no encontro com os clientes que cuidamos.

Para Furegatto (1993), a comunicação é um processo intrincado e complexo, pois cada indivíduo gira em torno de um centro pessoal e privado e, somente a pessoa, reconhecerá com exatidão a experiência que ela vivencia.

Registramos que para se compreender o fenômeno da comunicação não se pode utilizar apenas uma teoria, pois ela, por si só, não encerra a verdade por inteiro. Para Littlejohn (1988) a comunicação não é um ato singular, unificado, mas um processo contínuo e constituído por um aglomerado de comportamentos. Portanto, somente através de uma visão multiteórica é que esse fenômeno poderá ser investigado em sua totalidade.

Desse modo, a comunicação interpessoal e as múltiplas teorias que a embasam é realizada através da interação face a face dos sujeitos envolvidos, com uma permuta recíproca de pistas verbais e não verbais. Para tanto, requer disponibilidade e reciprocidade dos sujeitos.

A comunicação interpessoal é identificada por Ruesch (1964) pela presença de atos expressivos de uma ou mais pessoas; pela percepção consciente ou inconsciente desses atos por outra pessoa, e pela observação de que tais atos foram percebidos. Dessa maneira, o que marca o estabelecimento da situação interpessoal é a consciência de ser percebida.

Esse processo comunicacional, para que se concretize, deverá estar amparado em critérios como: proximidade física entre os sujeitos, possibilitando que um perceba o outro; interdependência comunicativa; troca de mensagens verbais e não verbais; comunicação

informal e flexível, sendo que o comportamento da pessoa é reflexo e consequência direta da outra.

Buscando compreender os diferentes aspectos que envolvem o fenômeno da comunicação interpessoal, Littlejohn (1988) assegura que o *relacionamento* é um importante aspecto da comunicação, podendo ser definido como a interação entre duas pessoas, com base em suas percepções recíprocas.

Desse modo, o comportamento das pessoas é determinado por sua necessidade de relacionamento. E, nenhuma pessoa pode deixar de se comunicar, pois mesmo no silêncio há interação.

Nos relacionamentos, todo e qualquer comportamento perceptivo é potencialmente comunicativo, devendo haver simetria, onde os envolvidos comportem-se de maneira semelhante e as diferenças possam ser minimizadas.

Laing apud LITTLEJOHN (1988) em sua teoria da percepção interpessoal, sustenta que o comportamento comunicativo de um indivíduo é modelado por sua percepção em relação ao outro. Como a pessoa se vê, vê o outro e, a realidade que a circunda são utilizados como critérios para se estabelecer a comunicação ou para dela se afastar.

Considerando esse aspecto da comunicação, para o estabelecimento da relação, entre o profissional de enfermagem e o cliente entubado na unidade de terapia intensiva, tem-se que para o desenvolvimento de uma relação saudável, é preciso haver percepção do outro, auxiliando-o a promover mudanças de comportamentos, de modo a incentivá-lo a aceitar a presença do profissional como cuidador e, com ele, se comunicar de modo favorável.

Na comunicação interpessoal, conforme Furegatto (1993), a preocupação da enfermeira deve estar voltada para a mudança de percepção, que surge como resultado de uma elaboração interior, provocando mudanças comportamentais, que beneficiam o indivíduo.

Nesse sentido, ao entendermos a importância do relacionamento para a qualidade do processo de comunicação, um outro aspecto a ser analisado são as *necessidades interpessoais*. Willian Schutz apud LITTLEJOHN (1988) enfatiza que o ser humano tem necessidade de relações sociais e elas são tão fundamentais quanto as biológicas.

Desta forma, para que as necessidades interpessoais possam ser atendidas, o ser humano requer: inclusão, ou seja, estabelecer relações satisfatórias com outros; além de controle e afeição, expressas por um espectro entre a intimidade e a distância. A maneira como essas necessidades são atendidas influencia no modo de uma pessoa se comunicar.

Certamente, se o cliente entubado perceber que não está incluído no processo, que suas decisões não serão atendidas e que não haverá sentimentos saudáveis e recíprocos na relação

com os profissionais de saúde, poderá gerar entre outros sentimentos a ansiedade, dificultando a manutenção de uma comunicação e de interações efetivas entre ambos.

A *auto-apresentação*, outro aspecto citado por Littlejohn (1988), relaciona comunicação interpessoal à maneira de interagir e projetar-se no outro. O indivíduo ao encontrar-se em um contexto novo, relacional, deve organizar os eventos e perceber o que realmente está presente nessa situação, buscando assim interagir com o outro para ser entendido.

O cliente entubado, inicialmente, ao perceber a prótese ventilatória poderá se questionar: “O que é isso? ou “O que significa?”, “Como farei para me comunicar e solicitar o que quero e ser entendido?”. A partir dessa percepção sobre sua condição, buscará analisá-la para encontrar respostas. Algumas vezes, a primeira impressão não é verdadeira, havendo necessidade de se fazer uma nova reflexão acerca da situação vivenciada.

Nesse sentido, é importante que, ao nos comunicarmos com o outro, possamos entender e ser entendidos e, para que possamos alcançar esse fim, devemos nos revelar, compreendermos e sermos compreendidos, pois somente através desse relacionamento, com uma comunicação clara, objetiva e subjetiva, é que esse fim será alcançado.

A *revelação e compreensão* são outros aspectos abordados por Littlejohn (1988). Com relação a eles, Luft, criador da Janela de Johari juntamente com Harri, enfatiza a representação da pessoa em relação as outras, a qual é composta por quatro quadrantes: eu aberto, eu cego, eu oculto, eu desconhecido.¹

Esse modelo baseia-se em alguns princípios: (1) o comportamento é emocional e não racional e deve ser abordado de modo holístico; (2) o que acontece a uma pessoa é melhor entendido subjetivamente, em termos de percepções e sentimentos; (3) os princípios que regem o comportamento devem ser descobertos pela experiência individual e (4) o comportamento deve ser entendido em sua complexidade e não em sua simplicidade.

Diante desses princípios, e analisando a Janela de Johari, sob o ponto de vista comunicacional, temos que, através de uma comunicação expressa e continuada, é possível

¹ A Janela de Johari chama a atenção para aspectos conhecidos da pessoa e os que estão fora de sua percepção consciente. O importante, do ponto de vista da comunicação, é que enfatiza as mudanças de percepção consciente que ocorrem com o passar do tempo. Para facilitar o entendimento das regras básicas da comunicação interpessoal, os autores usam um diagrama ,onde através de apenas quatro retângulos, dispostos em forma de janela, podemos conceituar todo o processo de percepção de um indivíduo em relação a si mesmo e aos outros. Os autores partiram do princípio de que cada um de nós tem (ou pode ter) quatro imagens distintas: (1) Imagem aberta onde você sabe quem é o os outros sabem quem você é; (2) Imagem secreta, você sabe quem é mas os outros não sabem quem você é; (3) Imagem cega, você não sabe quem é mas os outros sabem quem você é, (4) Imagem desconhecida onde nem você nem os outros sabem quem você é. (OLIVEIRA; BACHION, CARVALHO, 1996, P.115).

maior revelação dos aspectos do eu, onde sentimentos e condutas passam a ser conhecidas tanto de um quanto de outro. Cria-se, assim, um ambiente recíproco e acolhedor para que o cliente sinta-se, não apenas acolhido, mas livre e motivado para expressar quem é e o que sente, sem o risco de ser julgado, mas aceito.

Semelhantes pressupostos são, também, defendidos por Rogers (1974) em sua teoria de Congruência, na qual enfatiza que a comunicação interpessoal, para ter qualidade, deve permitir que a pessoa expresse seu eu, mantenha sua identidade, e liberte-se da ameaça da avaliação pelo outro, onde sua experiência seja aceita tal como é manifestada, havendo sempre empatia e tendo um relacionamento pautado na atitude de afeto e solicitude.

Desse modo, somente em uma comunicação interpessoal embasada na liberdade de ser quem se é, permite a construção de um relacionamento sólido, com reciprocidade e confiança. O indivíduo é capaz de ser transparente e autorevelar-se, sentindo-se encorajado para tal.

Outros aspectos abordados por Littlejohn (1988) são a percepção e a atração interpessoal. Segundo ele, a experiência global e particular interferem na maneira como se percebe o outro e se estabelecem comportamentos. Para que a pessoa seja capaz de se comunicar e estabelecer um relacionamento efetivo com o outro, necessita sentir-se atraída, pois só uma pessoa que se sente atraída, envolve-se com o que lhe agrada e evita o que lhe traz dor e sofrimento.

Dessa maneira, se o cliente entubado visualiza que os membros da equipe de enfermagem o percebe como ser humano e, está disposta a ajudá-lo, sente-se atraído para se comunicar com o grupo. Ou seja, encontrará muito mais aspectos positivos do que negativos nessa relação, o que é importante fator de estímulo para o estabelecimento dessa interação.

Nesse contexto, o último aspecto abordado pelo autor é o *conflito social*, que pode impedir ou facilitar à comunicação interpessoal, caso o interesse dos comunicadores se encontrem em conflito, onde o fator de risco poderá, até mesmo, destruir a relação.

Assim, temos que a comunicação interpessoal ocorre na interação face a face e, para ser efetivada, requer a sua manutenção e estabelecimento através de sinais verbais e não verbais. Utiliza-se de vários aspectos que se inter-relacionam e se apóiam, mutuamente, exigindo apresentação, percepção e compreensão do outro para que se efetive.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Desenvolvemos uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, com a qual buscamos analisar: como a equipe de enfermagem vivencia a comunicação com o cliente submetido à entubação orotraqueal na UTI.

Segundo Gualda (1995), esse tipo de pesquisa produz dados descritivos, oriundos de manifestações escritas e faladas, assim como de comportamentos observáveis das pessoas. Afirma, ainda, que a metodologia qualitativa enfatiza a importância de se conhecer, entender e interpretar acuradamente a natureza das situações e eventos, quer sejam eles passados ou presentes.

Para Polit; Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos do estudo 11 membros da equipe de enfermagem, sendo 6 enfermeiras assistenciais e 5 técnicas de enfermagem, que trabalham e interagem com o cliente entubado no cotidiano da terapia intensiva.

A conduta ética na pesquisa tem como três importantes princípios: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça (POLIT; BECK; HUNGLER,2004).

Portanto, atendendo aos preceitos éticos e aspectos legais para pesquisa com seres humanos, os sujeitos foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, garantindo-lhes a liberdade de participar ou não do estudo, assim como o anonimato e a confidencialidade das suas opiniões. Para tanto, entregamos previa e individualmente aos sujeitos o termo de consentimento livre e esclarecido, para que eles pudessem manter-se esclarecidos acerca da natureza da pesquisa, bem como a garantia do cumprimento dos princípios éticos acima referenciados. Para garantir o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram designados através de números.

Como critério de inclusão, definimos a experiência mínima de um ano de atuação na unidade de terapia intensiva, possibilitando, dessa maneira, a comunicação e troca de

informações. Essa intencionalidade atende à necessidade de apropriação do objeto pelos sujeitos inseridos no mesmo contexto

3.3 *LOCUS DA PESQUISA*

O locus da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva de adultos, geral, pertencente ao Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), no município de Feira de Santana- BA. Destaco que a UTI é um setor especializado que presta cuidado a clientes críticos, instáveis e é nesse local que, rotineiramente, encontram-se clientes entubados e conectados ao ventilador mecânico, barreira efetiva ao processo de comunicação.

A cidade de Feira de Santana é importante centro regional do Estado da Bahia e localiza-se a 110 km da capital, Salvador. Possui uma área de 1.363 km² e população estimada em 527.625 habitantes, a maioria adultos jovens, sendo considerada a segunda cidade mais populosa do Estado (IBGE, 2005). Sua economia destaca-se por sua atividade comercial e agropecuária. Encontra -se na Gestão Plena do processo de municipalização da saúde. Sua rede de serviços de saúde constitui-se de 3 Hospitais Gerais Públicos, 19 Unidades Básicas de Saúde e 83 Unidades de Saúde da Família, além da rede complementar de serviços privados conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS.

O (HGCA) é referência em assistência de alta e média complexidade para a cidade de Feira de Santana e para 121 municípios circunvizinhos. Classificado como hospital geral de médio porte, presta atendimento de urgência e emergência. Possui 274 leitos distribuídos nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI adulto, neonatal, e pediátrica, além de pediatria e maternidade. O setor de emergência atende a diversas especialidades como cirurgia geral, ortopedia, angiologia, pediatria entre outros. Este hospital é utilizado como campo de prática para as diversas escolas de enfermagem locais e dos municípios vizinhos

O HGCA disponibilizava apenas 5 leitos de terapia intensiva para o atendimento a clientes adultos, porém, por uma iniciativa do Estado e conforme a portaria ministerial nº 3432 de 12 de agosto de 1998 que estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo, houve necessidade de ampliação dos leitos de terapia intensiva buscando atender a demanda. Assim, há cerca de 1 ano, foram ampliados para 10 leitos, sendo um deles destinado ao cliente que necessita de isolamento. A finalidade da unidade é oferecer suporte intensivo a clientes clínicos e cirúrgicos, portadores de patologias diversas, oriundos das unidade de internação hospitalar e do pronto-socorro. Possui um fluxo

contínuo e uma equipe especializada para oferecer o atendimento adequado nas situações de emergências e urgências.

Em seu quadro funcional existem 13 enfermeiras, sendo que uma delas assume a função de coordenação e as demais atuam na assistência. Os técnicos de enfermagem são em número de 31. As enfermeiras atuam em escala fixas nos turnos matutino, vespertino, matutino- vespertino ou noturno, e os técnicos atuam em escala fixa matutino- vespertino ou noturno. A escala diária de serviço é geralmente composta por 2 enfermeiros, sendo que cada um deles assume o cuidado a 5 leitos, enquanto os técnicos de enfermagem variam de 4 ou 5 por turno de serviço, onde assumem de 2 a 3 clientes.

Essa unidade, além dos membros da equipe multiprofissional, também possui estudantes do curso de residência médica, do curso de graduação em enfermagem e de graduação em fisioterapia. É uma unidade ampla, e sua planta física é de forma circular, de maneira que os clientes são visualizados continuamente. Possui iluminação e ventilação artificial. Os leitos são separados por boxes, e possui cama, mesa de cabeceira, monitor multiparamétrico, ventilador mecânico, rede elétrica e sistema de gases e vácuo.

3.4 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO

Atendendo aos princípios éticos da pesquisa, encaminhamos um ofício elaborado pela Coordenação do Programa de Pós Graduação da EEUFBA, à direção do HGCA, solicitando permissão para a realização do estudo. Em seguida o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Por questões éticas, antes de realizarmos a coleta dos dados, fornecemos orientações sobre o projeto e seus objetivos ao (a) profissional entrevistado (a); solicitamos a autorização dos mesmos para realizar a observação e para gravação das entrevistas. Sendo assim, mediante a concordância deles, solicitamos a assinatura de duas (2) vias do “Termo de Consentimento Informado” (Apêndice A), conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Como garantia do cumprimento do compromisso entre os envolvidos, uma das vias do referido termo, contendo também assinatura do pesquisador, foi entregue ao entrevistado e a outra se encontra em poder do pesquisador. (BRASIL, 1996).

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS

Os métodos de investigação utilizados foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2006, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Após o contato prévio com os sujeitos da pesquisa e, buscando compreender como a equipe de enfermagem vivencia a comunicação com o cliente entubado na terapia intensiva, realizamos a técnica da observação participante, onde desenvolvemos um roteiro para condução da observação que constava de questões pertinentes e que atendiam aos objetivos da pesquisa (Apêndice B). A observação foi realizada nos três turnos de serviço: matutino, vespertino e noturno, onde pudemos visualizar toda a dinâmica de trabalho da unidade e como foi efetivada a interação face a face entre os membros da equipe de enfermagem e o cliente entubado.

A técnica de observação participante é definida por Schwartz e Schwartz (1954 apud MINAYO 1994, p. 135) como:

Processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Além da observação, realizamos a entrevista semi-estruturada (Apêndice C) com os sujeitos da pesquisa. Esta é conceituada por Marconi e Lakatos (2002) como o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. A modalidade da entrevista que utilizamos foi a semi estruturada, a qual, segundo essas autoras, o entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, em geral as perguntas são abertas e podem ser respondidas em uma conversa informal, sem entretanto perder de vista os objetivos e a seriedade do estudo.

Para a realização das entrevistas, agendamos o momento oportuno com os sujeitos da pesquisa de forma a não interferir na atividade que desenvolvem. As entrevistas efetuadas foram realizadas na sala de conforto de enfermagem, com a porta fechada, minimizando assim ruídos e interrupções. Transcorreram-se sem intercorrências, onde os entrevistados sentiram-

se à vontade para falar sobre o tema proposto para o estudo, afinal baseava-se naquilo que eles vivenciam diariamente no cotidiano do cuidado ao cliente entubado em terapia intensiva. Ao responder a algumas questões propostas, fizeram comentários de outras questões do dia a dia do trabalho e alguns relatos enriqueceram o estudo. A duração média das entrevistas foi em torno de 25 minutos.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, após concordância do entrevistado, o qual tive a oportunidade de solicitar a retirada ou acréscimo de qualquer informação que eles quizessem. O conteúdo das entrevistas foram salvas em computador e logo em seguida gravadas num cd room, o qual ficará de posse dos investigadores por um período de cinco anos e, após esse período será destruído, atendendo ao que determina a resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

O conteúdo das falas foram transcritos à medida que iríamos realizando as entrevistas, e, ao perceber que os discursos tornavam-se repetitivos, encerramos as entrevistas após a décima primeira.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo que segundo Bardin (2004, p.199):

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens

Na técnica de análise de conteúdo, adotamos a análise temática, sendo o tema conceituado por Bardin (2004) como algo amplo, que desprende-se do todo de um texto e possui significado próprio.

Para Minayo (1994) a técnica consiste em descobrir núcleos de sentido que, conforme sua frequência e presença significam algo à luz do objetivo proposto.

De posse do material coletado, partimos para a pré-análise, realizando leitura do conteúdo das falas fluente, seguida da leitura exaustiva. Logo em seguida organizamos o material e foram determinados conforme Minayo (1994) as unidades de registro, unidades de contexto, recortes, modalidade de codificação e os conceitos teóricos acerca da comunicação interpessoal, que norteou a análise.

Em seguida exploramos o material contido nos discursos dos membros da equipe de enfermagem que trabalham na UTI, os quais abordaram em seus depoimentos tanto aspectos particulares quanto àqueles observados no cliente entubado impedido de se expressar verbalmente.

Assim, realizamos a análise e discussão tomando como base o referencial teórico da teoria da comunicação interpessoal, baseado nos pressupostos teóricos de diversos autores, obtidos na literatura de Littlejohn (1988), além de outros estudiosos que trabalham com o tema, por entender que uma única teoria não seria suficiente para dar conta do objeto do estudo. Esses resultados encontram-se no próximo capítulo.

4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos, analisamos e discutimos os resultados do estudo compreendendo dois momentos distintos, no primeiro está a caracterização dos sujeitos, e no segundo a análise e discussão das categorias e subcategorias do estudo. O quadro abaixo apresenta a caracterização dos sujeitos.

Quadro 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa, Feira de Santana, 2006

Entrevista	Idade	Sexo	Categoria profissional	Escolaridade	Tempo de serviço
1	46a	F	Enfermeira	Graduação	20a
2	37a	F	Enfermeira	Graduação	10a
3	34a	F	Técnica de enfermagem	Nível médio	15a
4	45a	F	Técnica de enfermagem	Nível médio	23a
5	28a	F	Enfermeira	Graduação	4a
6	23a	F	Enfermeira	Graduação	2a
7	30a	F	Técnica de enfermagem	Nível médio	11a
8	29a	F	Técnica de enfermagem	Nível médio	6a
9	46a	F	Técnica de enfermagem	Nível médio	16a
10	27a	F	Enfermeira	Graduação	3a
11	26a	F	Enfermeira	Graduação	2a

FONTE: Dados da pesquisa

Conforme se observa no quadro apresentado, os sujeitos do estudo constituíram-se de 11 membros da equipe de enfermagem, que atuavam na unidade de terapia intensiva, campo deste estudo. A idade das entrevistadas variou de 26 a 46 anos, sendo todas do sexo feminino.

Com relação à categoria profissional, 6 das entrevistadas eram enfermeiras e 5 técnicas de enfermagem, entre as quais o tempo de serviço variou de 2 a 23 anos, tendo, portanto, uma média de 12,5 anos.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

De posse do material da entrevistas, e após leitura exaustiva, separamos os conteúdos significativos das falas dos sujeitos, de conformidade com os objetivos do estudo emergiram três categorias de análise, consideradas relevantes para o estudo, através das quais procedemos a análise da comunicação estabelecida entre equipe de enfermagem intensivista e o cliente em uso de cânula orotraqueal, buscando conhecer os meios que utilizam para se comunicar, incluindo também, as facilidades e dificuldades encontradas nesse processo, conforme pode ser verificada no decorrer da análise e discussão empreendida. O quadro abaixo apresenta as categorias e subcategorias de análise.

Quadro 2- Categorias e subcategorias analíticas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Categoria 1: Vivência da comunicação entre a equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado	1a vivenciando os sentimentos de ansiedade e angústia 1b vivenciando os sentimentos de frustração e fuga
Categoria 2: Meios utilizados pela equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado para estabelecerem comunicação	2a vivência da comunicação verbal 2b vivência da comunicação não verbal
Categoria 3: Dificuldades do processo de comunicação entre equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado	3a dificuldades comunicacionais relacionadas ao cliente 3b dificuldades comunicacionais relacionadas ao ambiente de terapia intensiva.

4.2.1 Categoria 1- vivência da comunicação entre equipe de enfermagem intensivista e cliente entubado

O processo de internação hospitalar pode submeter o cliente a vivenciar situações estressantes. O próprio processo patológico, associado às características do ambiente são fatores que costumam desencadear emoções, as quais contribuem para uma boa ou má evolução do seu quadro de saúde.

No contexto hospitalar, as UTI's são espaços naturalmente mobilizadores de emoções e sentimentos que se expressam, frequentemente, de maneira muito intensa.

Nesse sentido, Davidoff (1983) conceitua emoções como estados internos, caracterizados por cognições, sensações, reações fisiológicas e um comportamento expressivo específico.

No processo de comunicação entre equipe de enfermagem intensivista e o cliente em uso de cânula orotraqueal, emergem emoções e comportamentos expressivos, que denotam a eficácia ou não desse processo relacional.

Sendo assim, baseando-nos nas entrevistas realizadas, foram destacadas das falas as principais emoções manifestadas pelos sujeitos da pesquisa, as quais se encontram agrupadas nas seguintes subcategorias:

- **1a) vivenciando o sentimento de ansiedade e angústia**

O contato inicial entre a equipe de enfermagem e o cliente em uso de cânula endotraqueal costuma ser algo novo e único para ambos. Nesse contato, é comum que lancem mão de estratégias para se comunicarem e serem entendidos. Desse modo, nessa oportunidade, poderá haver ineficiência ou dificuldade na comunicação, quando a mensagem enviada não for interpretada e validada da maneira, em geral, esperada pelo emissor e, também pelo receptor.

Nesse contexto, a dificuldade na comunicação poderá desencadear emoções como a ansiedade e a angústia, tanto na equipe de enfermagem, quanto no cliente entubado, conforme demonstram as falas a seguir:

“A gente fica assim nervosa, ansiosa, querendo entender sem entender o que ele fala e acaba ficando um pouco assim muito nervosa”. (E3).

“A gente não entende muito o que o paciente quer, às vezes ele fica nervoso, ansioso, por que não consegue falar e sente dificuldade da gente entender o que ele realmente necessita”. (E1).

“Ele fica muito ansioso, agitado, principalmente quando ele está entubado, sem sedação. Ele está querendo falar, querendo dizer o que ele está sentindo e sem poder por causa do tubo né... o paciente sem sedação é pior ainda, é um processo muito doloroso para ele”. (E9).

Tavares (1998) enfatiza que a definição de ansiedade tem sido objeto de discussões, pois admite-se ser um fenômeno emocional complexo, no qual ocorrem, de forma conjunta, eventos somáticos e psíquicos.

Para Freud (1998), a ansiedade é um sentimento que possui um caráter muito acentuado de desprazer, acompanhado de sensações físicas mais ou menos definidas, que podem ser refletidas em órgãos específicos do corpo.

Ainda, Davidoff (1983) conceitua esse evento como uma emoção, caracterizada por sentimentos e previsão de perigo, tensão e aflição, com os quais os indivíduos sentem menos tensão ao estarem sob controle e ou quando os estresses são previsíveis.

Sinno (1987) considera que a ansiedade envolve uma paralisação, em maior ou menor grau, das atividades produtivas do indivíduo, em várias frentes: sua capacidade de pensar e sentir assim como a de planejar e agir.

Desse modo, alguns fatores estressantes que podem desencadear um quadro de ansiedade no cliente entubado na UTI são: presença da cânula orotraqueal, condição de estar doente e hospitalizado em uma unidade fechada, o que lhe priva de contato com o meio externo e os familiares.

Sobre isso, Dalossi (1990) descreve como problemas enfrentados pelo cliente em uso de cânula endotraqueal: o medo de que a máquina pare de funcionar, e em consequência disso o leve à morte; medo da dependência do ventilador; desconforto causado por manobras de manutenção da respiração; falta de informações a respeito da terapêutica adotada, e dificuldade de se comunicarem, em decorrência da presença da cânula.

Além disso, o cliente sente-se vulnerável em relação ao ambiente de internação, por que se encontra em uma unidade hospitalar complexa, fechada, cercado por equipamentos desconhecidos e pessoas que não fazem parte do seu convívio cotidiano. Somam-se a isso a privação de se expressar verbalmente e ter suas solicitações atendidas e entendidas,

reforçando a condição de estar internado na UTI, que, por si só, desencadeia a sensação de medo no indivíduo.

Sobre esse aspecto, Furegatto (1993) ressalta que a enfermeira deve lançar mão das estratégias disponíveis para lidar com as diferentes reações e emoções do paciente, devendo ter maturidade emocional suficiente para falar francamente, ouvir e compreender o ponto de vista alheio, e estabelecer comunicação com o mínimo de ansiedade.

No entanto, a equipe de enfermagem pode sentir-se ansiosa por vários fatores, a exemplo da dinâmica de trabalho intensa e ininterrupta desenvolvida na UTI, dificultando um maior tempo de permanência ao lado do cliente, associado à dificuldade de compreender os sinais não verbais que, geralmente, são emitidos por ele.

Silva (2002) afirma que a impossibilidade de falar provoca efeitos graves e frustrantes tanto para o cliente quanto para a equipe e família, podendo ser traduzido por efeitos devastadores sobre seu estado psicológico e sua auto-imagem, destacando que uma comunicação adequada deve ser implementada, considerando-se a condição de cada cliente.

Dalossi (1990) informa que o enfermeiro e o cliente podem apresentar, muitas vezes, comportamento ineficaz, onde o cliente que não se consegue fazer entender pode assumir uma postura de aparente passividade, e até torna-se aborrecido, ansioso, irritado, agressivo, sendo, com frequência, bastante exigente. Nesse contexto, o enfermeiro pode apresentar reações variadas ao cuidar de pacientes que se encontram sob ventilação mecânica.

Nessa vivência de comunicação, permeada por sentimentos de ansiedade, costuma surgir como uma das manifestações clínicas a angústia, a qual pode interferir no processo de comunicação, conforme está enfatizado nas falas a seguir:

“Eu acho mais é angustiante por que ele tenta transmitir o que a gente não consegue entender”. (E4).

“Agente acaba ficando também um pouco angustiada, por não conseguir entender realmente o que ele tá falando”. (E2).

“Isso que cria a angústia tanto para eles que estão falando, eles estão sabendo o que eles estão dizendo, já a gente não sabe aí eles ficam angustiados e a gente também”.(E2).

“O fato dele querer saber onde ele está e com quem ele está, quem está por perto dele, o que é que houve, com aquele tubo na boca agonia muito, aquilo angustia, aquele lugar diferenciado que é a UTI, então ele vai entender que aquele meio é um meio

completamente diferente e aquilo dá uma angústia, ele fica tão agoniado, tão agitado, que às vezes ele quer puxar o tubo”. (E5).

Freud (1998) enfatiza que a angústia costuma surgir como reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa natureza se repete, caracterizando-se como um sinal em busca de ajuda.

Desse modo, a angústia é gerada na interação do profissional com o cliente pela impossibilidade do atendimento ou da verdadeira interação entre ambos. Tem-se como principais motivos gerados pela angústia o despreparo e a falta de maior conhecimento sobre comunicação não verbal por parte da equipe (BEZERRA; TRANQUITELLI; MONETTA, 1993).

Assim, o surgimento da angústia e da ansiedade no processo de comunicação com o cliente entubado, pode desencadear na equipe de enfermagem sensação de incapacidade, impotência e frustração, as quais conduzem à utilização de mecanismos de defesa, para minimizar tais sentimentos, a exemplo da fuga, conforme se pode ver na subcategoria abaixo.

- **1b) vivenciando os sentimentos de frustração e fuga**

As falas a seguir revelam sentimentos de frustração da equipe ao tentar se comunicar com o cliente:

”Acaba sendo um pouco frustrante, às vezes eles desistem, por que está ali, já repetiu a primeira vez aí não entende, repete a segunda, a terceira, a quarta, chega um momento que ele se cansa”. (E5).

“Principalmente por que a gente fica frustrada, na maioria das vezes a gente não consegue entender”. (E9).

Como se vê, a frustração pode ser entendida como um estado emocional desagradável, que surge todas às vezes que algum obstáculo interfere na satisfação de um desejo, necessidade, meta, expectativa ou ação, podendo, até mesmo, ser a frustração o próprio obstáculo. (DAVIDOFF 1983; ANTHIKAD 2005).

Tal sentimento é identificado e reconhecido tanto pela equipe de enfermagem quanto pelo cliente, surgindo quando não se atinge a eficácia no processo de comunicação, caracterizando-se como um fator que dificulta a sua efetivação.

Nesse contexto, uma das principais fontes de frustração dos membros da equipe de enfermagem reside ainda no excesso de atividades, as quais necessitam ser executadas, impedindo que eles possam ter maior tempo ao lado do cliente.

Sobre esse aspecto, Silva (2002) afirma que as enfermeiras ao se sentirem incapazes de se comunicar efetivamente com os clientes impossibilitados de falar, projetam, muitas vezes, sobre eles sua própria angústia, ansiedade, medo e receios, na tentativa de minimizar o estresse provocado por essa situação.

Dessa maneira, para os sujeitos do estudo, os clientes também desenvolvem reações de frustração e sentimentos de inferioridade, conforme a fala a seguir:

“Os pacientes sentem uma frustração tão grande em relação a esse momento que às vezes ele olha com aquele olhar de sensação de ser desprezado, ele faz aquele gesto “pchin” com os lábios de que “poxa, não ta querendo me entender” “fez pouco caso”. (E5).

Anthikad (2005) revela que o sentimento de inferioridade surge quando o aumento dos esforços para alcançar um objetivo proposto fracassa, e não há um outro substituto, fazendo com que o indivíduo reaja, desenvolvendo sentimentos de desamparo e inadequação.

Sendo assim, surge, também, como mecanismo de defesa “ a fuga” para tentar minimizar os sentimentos desencadeados pela tentativa de comunicação entre equipe de enfermagem e o cliente entubado, conforme mostram as falas a seguir:

“È muito mais fácil então dizer assim: “não, eu não entendi”, do que realmente parar até 10-15 min e realmente tentar entender, então é mais fácil dá as costas e dizer “é, eu não entendi, não, vai fulano”. (E5).

“Ele tem a sua comunicação quebrada nos dois lados, uma pelo fato de está entubado, e outra pelo fato do profissional não dá abertura para que ele se comunique”. (E11).

“Às vezes não entendem pela primeira vez, e nem dão muita importância para o que ele quer dizer e dá as costas, vira, sai”. (E5).

“A equipe às vezes não dá a atenção devida a esses pacientes”. (E8).

Deve ser registrado que o ser humano, numa tentativa de ajustamento, lança mão de estratégias comportamentais, ações para o controle da ansiedade e frustração. A fuga é uma

delas, que é desencadeada quando as pessoas sentem-se dominadas por tensão, podendo ocorrer o desvio da atenção a uma ameaça, com a promoção de um meio temporário de “fuga”.

Esse mecanismo surge de forma inconsciente para o profissional de enfermagem, como uma constatação da impossibilidade de atendimento ao cliente, naquele momento, sendo que esse sentimento funciona como um alimentador do sentimento de angústia. (BEZERRA; TRANQUITELLI; MONETTA, 1993).

Nesse sentido, os membros da equipe de enfermagem, que não conseguem entender o cliente entubado em sua comunicação, vivem uma situação conflitiva e podem, simplesmente “fugir” da situação e envolver-se em outras atividades. Porém, tal atitude promove ruptura da relação interpessoal, sem a construção de um elo de confiança e de empatia, que são aspectos importantes para encorajar o cliente e estimulá-lo a expor seus temores, dificuldades, auxiliando a superá-los.

Segundo Littlejohn (1988) o comportamento de uma pessoa em relação aos outros é baseado nas necessidades de inclusão, controle e afeição. Diante desta afirmação, entendemos que o surgimento da angústia e ansiedade no cliente entubado decorre das suas necessidades não satisfeitas em um relacionamento ineficaz. O estado de ansiedade é experimentado, pois há inclusão, controle e afeição de menos no relacionamento.

Sobre esse aspecto Silva (2002b), ressalta que, no processo de comunicação, a empatia é um elemento essencial, facilitando a compreensão daquilo que o outro expressa. É a partir dessa empatia que surge a afinidade, a compreensão, o conhecimento do outro e a aceitação entre as pessoas envolvidas.

O comportamento do indivíduo, segundo Littlejohn (1988), deve ser analisado holisticamente e, para tanto, requer habilidade de perceber o que o indivíduo sente e estabelecer com ele relação de aceitação e confiança. É através da comunicação que conhecemos o outro e compreendemo-lo.

Assim, a partir do momento em que há a empatia entre as pessoas que se comunicam surge a confiança. Se o cliente entubado confia naquele que lhe presta cuidados, torna-se favorecedor no seu processo de recuperação, pois ele é capaz de comunicar o que lhe é necessário, solicitando ajuda e minimizando, assim, sentimentos de tensão, ansiedade, angústia. A fala a seguir ilustra essa afirmação:

“Quando ele começa a ganhar confiança naquela pessoa que está por perto ele aceita melhor a situação, consegue até se comunicar,

entender o processo. E tudo transcorre tranquilamente, até a extubação desse paciente.” (E7).

Tavares (1998) comenta que para alcançar o grau de afinidade e empatia capazes de interpretar dados técnicos, sintomatológicos do indivíduo, fatores como crenças, mitos, hábitos individuais e a própria comunicação, devem ser considerados.

Assim, a equipe de enfermagem necessita viver a comunicação com o cliente entubado em sua plenitude, reconhecendo que sentimentos como a ansiedade e a angústia são passíveis de ocorrerem, devendo utilizar-se de estratégias para identificá-los e minimizá-los.

Através da comunicação interpessoal que ocorre na interação face a face entre os sujeitos, segundo Littlejohn (1988), é possível estabelecer relacionamento, identificar os comportamentos emitidos pelo outro, bem como suas necessidades pessoais, através do reconhecimento dos sinais verbais e não verbais.

Nesse aspecto, conforme afirma Anthikad (2005), é fundamental que os membros da equipe de enfermagem possam auxiliar o cliente a se sentir acolhido no ambiente prestador de cuidados, compreendendo seus sentimentos negativos, estimulando os positivos, através do estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, tendo como base a empatia.

As formas de usar os métodos de comunicação podem ajudar um paciente a satisfazer suas necessidades e aumentar seu sentimento de segurança, comodidade e bem-estar, desenvolvendo assim uma atitude positiva tanto no cliente quanto no profissional. (SINNO, 1987; FUREGATO, 1993).

Vemos esta afirmação na seguinte fala:

“O paciente precisa saber o que foi que houve com ele, e por que de todos aqueles aparelhos. Ai sim, com certeza ele vai se acalmar, vai entender que é necessário o uso do tubo, e vai ficar tranquilo. A partir do momento que você ganha tranquilidade do paciente ele passa de certa forma a colaborar”. (E10).

Assim, quando há eficiência comunicativa entre a equipe de enfermagem e o cliente entubado isso se torna importante para o cliente e para ela própria, pois o ato comunicativo torna-se terapêutico e pode beneficiar a recuperação do cliente. As falas a seguir ilustram essa afirmativa:

“Uma paciente tinha alergia a dipirona, ninguém sabia, nem ninguém da família sabia e ela quando entubada a gente dava dipirona direto, por que ela estava tendo febre, e sempre estava

tendo broncoespasmo, a gente não sabia o porque daquele broncoespasmo, Quando ela saiu da sedação, ela falou que ela tinha alergia a dipirona, ainda entubada, por que a gente sempre fala: “a gente vai fazer tal medicação agora para isso e isso e isso” depois que a gente parou de administrar a dipirona, conseguiu tirar a cliente do broncoespasmo e conseguiu tirar o ventilador”. (E6).

“Eu percebi que ele estava muito angustiado, e eu estava com um certo tempo, eu fui lá e perguntei: o srº quer escrever? Aí ele balançou a cabeça que sim, ele sinalizou que sim. Então eu fui, peguei papel, peguei caneta, ele disse que queria ver a filha. Por escrito, né. Então foi a única vez que eu consegui... Depois que eu consegui entender que ele quis ver a filha, fiz com que a filha viesse vê-lo, pois até então ela não tinha visitado, todo mundo achou que ele melhorou muito mais rápido, no mesmo dia a filha dele veio, fora do horário de visita, eu permiti a entrada dela, e no outro dia ele foi extubado”. (E9).

Desse modo, o sentimento de satisfação surge quando a comunicação verbal ou não verbal é entendida e o profissional consegue manter interação com o cliente, sendo capaz de atender as necessidades expressas por ele, revelando a validação do processo. (BEZERRA; TRANQUITELLI; MONETTA, 1993).

“Me sinto satisfeita e com facilidade em me comunicar quando posso pegar o que ele ta passando e está melhorando o quadro dele não é”. (E6).

Sendo assim, é fundamental o estabelecimento de um elo efetivo de comunicação com o cliente, no qual a linguagem verbal e não verbal possam ser verdadeiramente identificadas e interpretadas, e os comportamentos emitidos pelo cliente sejam compreendidos, conforme está enfatizado na próxima categoria.

4.2.2 Categoria 2- meios utilizados pela equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado para estabelecerem comunicação

O cuidado holístico de enfermagem prioriza o atendimento às necessidades bio-psico-sócio-espiritual do indivíduo, tornando-se fundamental o estabelecimento do elo de comunicação eficiente, para que haja o atendimento destas necessidades.

Para que o processo ocorra eficazmente, é necessário que o enfermeiro conheça o ser humano tanto no seu aspecto biológico, quanto psicológico. Ele precisa conhecer as emoções,

sentimentos e motivações do ser humano, tanto no que se refere ao comportamento do paciente, como também naquilo que tange a sua própria pessoa, pois a intercomunicação ocorre entre dois seres humanos que agem, reagem e influenciam-se mutuamente (Furegatto, 1993).

A comunicação, como elemento do cuidado, é imprescindível no atendimento de enfermagem ao cliente, e permite a construção do elo de confiança, empatia que auxiliam no processo de recuperação do indivíduo hospitalizado. Ória; Moraes e Victor (2004), referem que a interação estabelecida entre enfermeira e cliente, deve caracterizar-se não por uma relação de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos .

O cliente que se encontra em uso de cânula orotraqueal na UTI, necessita que a equipe de enfermagem estabeleçam com ele um elo de comunicação eficiente, com troca de sinais verbais e não verbais.

Segundo Silva (2002b), a comunicação possibilita ao enfermeiro ampliar a percepção do que o cliente sente, e é um passo anterior ao respeito à privacidade do indivíduo, que tem sua capacidade de expressão afetada e, para o qual, o enfermeiro quase sempre realiza procedimentos que invadem a sua individualidade.

A incapacidade de comunicar-se verbalmente com os que estão ao redor determinará uma exigência de ajuda por parte do cliente que vai além da necessidade de assistência respiratória (SINNO, 1985).

Desse modo, o cliente entubado comumente utilizará a comunicação não verbal para se comunicar, a qual é compreendida por Vieira (1978) como a expressão do espírito e do corpo, não realizada por meio de palavras, onde para ser efetivada tudo o que é transmitido, deve ser percebido e interpretado. É efetuada por meio de gestos, toque, postura corporal, mímicas faciais, disposição dos objetos, dentre outros.

A seguir, destacaremos os meios utilizados, comumente, pela equipe de enfermagem e o cliente submetido à entubação orotraqueal para comunicarem-se, estabelecidos através das seguintes subcategorias:

- **2a) vivência da comunicação verbal**

Na vivência da comunicação estabelecida entre a equipe de enfermagem e o cliente entubado, percebemos que a comunicação verbal é um dos meios utilizados por ambos para estabelecerem contato. Porém, foi utilizada a fala pela equipe e a escrita pelos clientes para promoverem interação, conforme falas a seguir:

“ Às vezes, quando eles querem alguma coisa, ou procuram saber se vai demorar com aquele tubo na boca, então a gente tenta conversar”. (E1).

“Eu procuro me comunicar fazendo perguntas, se for dor, a gente vai perguntando: “você está sentindo dor?”, se é em relação ao tubo a gente pergunta”. (E2).

“Eu falo devagar para que eles compreendam”. (E8).

“Eu procuro falar mesmo com ele, vejo a expressão que ele está fazendo, e é basicamente mesmo o uso da comunicação verbal que utilizo para me comunicar”. (E6).

“Se ele está consciente a gente vai conversar com ele, explicar a ele o que foi que ele teve”. (E11).

A comunicação verbal pode ser conceituada por Silva (2002a) como aquela associada às palavras expressas, através da linguagem escrita ou falada. Para ser efetiva requer clareza, uma vez que ao interagirmos, verbalmente, com alguém estamos tentando nos expressar, clarificar um fato e validar a compreensão de algo. Na escrita temos o registro de pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos.

A equipe de enfermagem reconheceu como meio de comunicação com o cliente apenas a linguagem falada, não tendo sido encontrado em nenhum relato o uso da linguagem não verbal. Associamos a isso o fato de que pode haver dificuldade por parte desses profissionais em reconhecer que, ao se estabelecer uma comunicação, a oral tem um poder de transmitir o objetivo do ser humano, já a não verbal, o subjetivo: as emoções e os sentimentos. Destacando-se que, é através da conjugação dos sinais verbais e não verbais que é possível fornecer significado e importância à comunicação estabelecida entre ambos.

Assim, a compreensão que os pacientes precisam ter da relação com os profissionais da área de saúde é a de que ao se comunicarem, não pretendem apenas transmitir um conteúdo, mas juntamente com isso, um sentimento que perpassa a própria reação quando estão ao seu lado, diante das informações que desejam transmitir (Silva, 2002b).

Neste estudo, pudemos observar que o cliente entubado utilizou da linguagem escrita para comunicar-se com os membros da equipe de saúde e solicitar algo que ele necessitava, segundo falas a seguir:

“Tinha uma cliente na UTI que se comunicava com a gente, e se ela tivesse muitas dificuldades, ela pedia, com gestos para escrever, e aí escrevia: “quero falar com a minha mãe...”/ “ quero falar com o meu pai...”, “estou com frio...”, “quero mudar de posição...”, “estou com secreção...”. (E3).

“Uma única experiência que eu tive foi com o paciente consciente que, aliás, já estava em protocolo de extubação. Eu dei para ele uma caneta e um papel para escrever. Ele conseguiu escrever pouco, pediu para ver a filha, eu mostrei a filha para ele”. (E9).

“Já tive a experiência de alguns pacientes que conseguem escrever, e agente coloca a prancheta e ele rabisca o que dê para a gente entender”. (E2).

“Quando eles conseguem coordenar os movimentos a gente dá papel, caneta, ele vai escrevendo”. (E4).

“Tem o caso de um paciente que passou um longo tempo entubado e era bem consciente, a gente sinalizava com letras, colocava as letras até formar uma palavra chave”. (E2).

“Eu procuro ver se ele consegue escrever qualquer coisa, ele escrevendo fica mais fácil”. (E3).

“Quando eu não consigo de forma nenhuma entender, vejo se ele tem condições de escrever, se tem coordenação motora, para que ele possa escrever o que ele quer, ou então chamo alguém e fico realmente do lado do paciente”. (E5).

Desse modo, percebemos que a comunicação escrita é uma das possibilidades que podem ser utilizadas pelo cliente entubado, porém, requer que disponibilizemos material para sua efetivação como prancheta, lápis, caneta. Além do mais, o cliente deve estar consciente e ser alfabetizado, para que possa expressar-se com clareza.

Dalossi (1990) enfatiza que, para haver eficácia na escrita o enfermeiro deve lançar mão da observação e criatividade, de modo a tornar possível o processo de comunicação. Ao oferecer prancheta, caneta e lápis, deixá-los sempre próximo ao cliente, para que ele utilize quando precisar, posicionando-o adequadamente e oferecendo os óculos àqueles que dele fazem uso.

É necessário, também, que os membros da equipe de enfermagem validem o conteúdo das mensagens escritas pelo cliente, para que possam sentirem-se encorajados e estimulados em fazer uso desse meio de comunicação.

Durante o período que realizamos a observação na unidade de estudo, não identificamos, em nenhum momento, o estabelecimento da comunicação escrita entre os sujeitos do estudo. Percebemos que o cliente em uso de cânula traqueal utilizava exclusivamente a comunicação não verbal para estabelecer comunicação com a equipe de enfermagem. Além do mais, não visualizamos presença nessa unidade de cartazes ou letreiros, materiais estes que pudessem facilitar esse meio de comunicação.

Com relação à comunicação escrita Moreira; Nóbrega e Silva (2003) ressaltam a sua importância como mecanismo capaz de auxiliar no contexto da assistência, sendo uma das atividades educativas capazes de promover a saúde, desenvolver habilidades, favorecer a autonomia do paciente e, capaz de alcançar os objetivos do atendimento às necessidades do paciente.

Na maioria das vezes observamos que a comunicação estabelecida entre a equipe de enfermagem e o cliente caracterizava-se por frases curtas, breves e relacionadas à execução de procedimentos a exemplo de: “vamos tomar banho?”, “vou dá uma furadinha aqui viu?”, “vamos limpar isso?”. Geralmente era efetivada com o cliente entubado consciente. Fato este confirmado por Franco (1999) ao dizer que a comunicação com os pacientes na UTI geralmente objetiva fornecer informações sobre os procedimentos para obter sua colaboração ou para explicar alguma coisa relacionada à doença ou tratamento.

Em relação aos inconscientes, percebemos pouca ou nenhuma comunicação. Uma situação que observamos foi a de realização de controle de dados vitais num cliente que se encontrava inconsciente, onde a técnica de enfermagem aproximou-se dele, efetivou o controle, realizou o registro dos dados no impresso específico, e afastou-se do leito, não tendo estabelecido qualquer tipo de comunicação diretamente com ele. Sabemos que, mesmo inconsciente, o indivíduo preserva a capacidade auditiva, tornando-se então, fundamental, que seja estabelecida e mantida a comunicação com esse tipo de cliente.

Entendemos que é através da comunicação verbal que expressamos “o que se diz”, e apresentamos seu problemas, queixas e reivindicações. Constatamos ainda, que na unidade não se constitui prática rotineira oferecer instrumentos que propiciem a efetivação da escrita, limitando as possibilidade de comunicação do cliente entubado. Porém, nas entrevistas, identificamos outros meios de comunicação, a exemplo da não verbal, conforme seguem na próxima subcategoria.

- **2b) vivência da comunicação não verbal**

A comunicação não verbal envolve todas as formas de comunicação não manifestas por palavras, onde o “como se diz” é avaliado, juntamente ou não, “ao que se diz”. Silva (2002a) enfatiza que são os sinais não verbais emitidos e percebidos que contribuem para gerar vínculo de confiança.

O cliente em uso de cânula orotraqueal utiliza, especialmente, a comunicação não verbal como um dos meios para substituir a oral, que se encontra temporariamente inviável de ser utilizada, e demonstrar sentimentos. Diante da dificuldade de ser entendido e, envolvidos em sentimentos como ansiedade, por não poder comunicar-se verbalmente, e angústia, quando os mecanismos utilizados para comunicar-se não são efetivos, eles recorrem aos gestos, exigindo dos membros da equipe de enfermagem observação e permanência ao seu lado para validação e decodificação do conteúdo das mensagens.

As falas a seguir ilustram a vivência da comunicação não verbal dos clientes entubados conforme relato dos profissionais de enfermagem:

“Eles utilizam gestos manuais, de chamar. Já teve um cliente que me pediu manualmente para baixar a grade da cama”. (E9).

“Alguns choram, outros fazem aquela face de dor mesmo”. (E6).

“Batendo na cama, tossindo, agitando, tentando descer da cama. Procuram tossir, para vê se a gente chega mais próximo”. (E3).

“Tive uma paciente que ela ficou muito tempo internada, aí a gente já conseguia entender mais pela boca, a maneira como ela movimentava a boca, os gestos que ela fazia, a gente conseguia entender alguma coisa”. (E4).

“Eu olho para o rosto do paciente e tento lê os lábios dele, e às vezes, quando está consciente, ele mostra com gestos”. (E5).

“Eu tento primeiramente olhar os lábios, lê os lábios do paciente, e daí eu tento vê se realmente eu entendi a mensagem que ele quis passar, ou então eu novamente peço que ele repita pausadamente...”. (E5).

“ Quando eles estão perto de extubar é mais tranqüilo, eles apertam as mãos, indicam alguma coisa, fazem mímicas”. (E6).

De uma maneira geral, os sinais não verbais emitidos pelos clientes entubados, comumente percebidos pelos membros da equipe de enfermagem foram aqueles pertencentes à cinésica, ou seja, a linguagem do corpo, a exemplo das expressões faciais, movimentos de cabeça, gestos com as mãos. Os gestos manuais emitidos foram interpretados para solicitar aproximação, ajuda, além de validar algo dito pelos profissionais. As expressões faciais tiveram como significado a expressão de sentimentos, chamar a atenção e solicitar ajuda.

Birdwhistell, pai da cinésica, citado por Littlejohn (1988), enfatiza que todo comportamento emitido por alguém é considerado como uma função comunicativa investigável, e o significado atribuído, dependerá do contexto em que a pessoa se encontra.

Sobre a linguagem cinésica, Silva (1999) ressalta que é através de movimentos, tanto do profissional como do paciente, a exemplo de gestos até meneios da cabeça e expressões faciais, que transmitimos o que estamos sentindo, dando importância à relação e à pessoa com a qual estamos nos relacionando.

Identificamos que, os sinais não verbais emitidos pelo cliente e percebidos pelos membros da equipe de saúde, localizavam-se, preferencialmente, no rosto e nas mãos. Sobre esse aspecto, Silva (2001) ressalta que, em uma interação, em nossa cultura, é comum observarmos mais a face do que outras partes do corpo, pois dificilmente conversamos com as pessoas olhando para outras partes.

Assim, para que haja habilidade na identificação de sinais não verbais, é imprescindível que o profissional sinta-se disponibilizado e com interesse em aprender. O aprendizado da comunicação não verbal pode elevar a percepção dos profissionais de saúde em relação aos sentimentos e necessidades reveladas pelo cliente, bem como fortalecer sua própria comunicação.

Silva (2001) comenta que a percepção correta e consciente, da comunicação não verbal, habilita o profissional na leitura da coerência das mensagens recebidas e, alerta para a coerência daquelas enviadas. Quanto maior a capacidade do enfermeiro em decodificar corretamente o não verbal, maiores serão as condições que ele terá de compreender e de emitir, adequadamente, estes sinais.

Furegato (1993) informa que, no estabelecimento da comunicação interpessoal, o enfermeiro deve auxiliar o cliente a esclarecer o sentido e a natureza da mensagem que está transmitindo, concentrando a sua atenção no tema da interação.

A enfermeira necessita ter consciência da importância de se estabelecer uma comunicação efetiva com o cliente para utilizá-la como instrumento capaz de propiciar um cuidado individualizado e qualificado. Através da comunicação, o indivíduo será visto como

alguém capaz de enfrentar seus problemas, participar no seu tratamento e ser sensibilizado a ajustar-se ao que não pode ser mudado, buscando, assim, meios para se adaptar à sua nova condição (SILVA 2002c).

Para se comunicar eficazmente com o cliente impossibilitado de falar, e tornar capaz de emitir idéias e sentimentos e compreender o que o cliente necessita expressar, a enfermeira precisa desenvolver habilidades comunicativas que facilitem o processo de comunicação não verbal. Sob esse aspecto, Silva (2002a) considera que para se tornar eficaz é necessário adquirir habilidades pessoais e técnicas, as quais não devem ser utilizadas isoladamente, pois o significado da mensagem encontra-se inserido em um contexto maior, fazendo parte de um processo social, dinâmico e recíproco.

É imprescindível a observação e permanência ao lado do cliente para que ele possa sentir-se estimulado a se comunicar. Ou seja, é através do estabelecimento do relacionamento interpessoal, que segundo Littlejohn (1988), os sons, palavras e gestos emitidos comunicam significado, sendo que o comportamento adquirido em uma relação interpessoal, sofre influências da experiência que temos da relação.

Durante o período de observação, percebemos que, apesar do técnico de enfermagem ser o profissional que mais tempo permanece ao lado do cliente, é pouco o tempo que ele utiliza para se comunicar. Geralmente, encontra-se sobrecarregado de atividades rotineiras como: controle de sinais vitais, banho no leito, preparo do cliente para realização de exames e encaminhamento ao centro cirúrgico, entre outras.

Furegato (1993) ressalta como uma das responsabilidades do enfermeiro preparar o pessoal auxiliar para atuarem de maneira coerente, orientando-os e supervisionando-os, de modo compreensivo e responsável, assim, conseqüentemente, estará ensinando a tratar o cliente com humanidade.

Na unidade do estudo, observamos que o enfermeiro, além das atividades assistências, envolve-se com atividades burocráticas e administrativas, tendo seu tempo de permanência ao lado do cliente bastante reduzido. No campo do estudo, pudemos observar uma cliente que encontrava-se entubada, em protocolo de desmame ventilatório e, inquieta no leito, quando uma enfermeira da unidade aproximou-se perguntando: “você está com calor?”. A cliente acenou com a cabeça que sim, e a enfermeira removeu o cobertor. No entanto permaneceu inquieta no leito, quando a enfermeira comentou: “cuidado com o tubo!”. Mesmo assim a cliente permaneceu inquieta e a enfermeira retirou-se para assumir outras atividades da unidade.

Face a essa situação, nos pareceu não ter havido eficácia no processo comunicativo, pois a enfermeira ao dirigir-se brevemente, e com mensagens curtas, não validou aquilo que de fato a cliente poderia está expressando, uma vez que ela mesma permaneceu inquieta no leito. Segundo Silva (2002b), a falta de tempo para manter-se ao lado do cliente e estabelecer comunicação não deve ser algo, visto como barreira, pois somos capazes de, em apenas trinta segundos, ter disponibilidade, intenção, capacidade e aproximação para tal.

Sinno (1985) ao descrever algumas características peculiares ao profissional de enfermagem que atua em UTI e que prejudicam a efetivação da comunicação tem-se: a mecanização no desempenho das tarefas, e a natureza do trabalho em UTI, onde a equipe compete e convive continuamente com a morte, tendo que atuar com rapidez. Tais fatores promovem o afastamento da equipe do cliente, impedindo os profissionais de permitir a expressão dos sentimentos do cliente, obtendo deles as respostas desejadas.

Como as mensagens desses pacientes são enviadas por meio de comunicação não verbal, o enfermeiro deve esforçar-se para aperfeiçoar suas habilidades comunicativas, principalmente no que se refere à capacidade de observação, devendo ela ser um processo ativo, envolvendo a visualização e a interpretação (DALOSSSI, 1990).

Sinno (1985) enfatiza que o enfermeiro pode auxiliar o cliente a comunicar suas necessidades através de: perguntas diretas, percepção de sentimentos e oferecimento de múltiplas escolhas, sendo, sobretudo coerente e sem ambigüidades.

A precisão e recepção da comunicação não verbal pauta-se em fatores como as emoções, tanto aquelas expressas pelo profissional como pelo cliente, os esteriótipos, o reconhecimento dos sinais, limitações físicas e fisiológicas (SILVA,2002).

Entendemos que na UTI, a compreensão por parte de alguns profissionais é a de que o cliente entubado não se comunica, é difícil de ser entendido, o tempo é curto para se manter ao lado dele. Tais fatores tornam-se empecilhos para a eficácia do cuidado, e construção de um relacionamento interpessoal efetivo e afetivo com o cliente.

Ao observamos como o profissional de enfermagem comunicava-se, surpreendeu-nos que, somente visualizamos o toque do profissional no cliente ao executar procedimentos técnicos, como banho no leito, controle de dados vitais entre outros. A característica que percebemos do toque, é que ele era rápido, realizado apenas ao momento da execução da técnica.

O cliente reconhece-se valorizado pelos profissionais, quando é percebido como pessoa, cabendo ao profissional de enfermagem relacionar-se com o seu lado sadio, tendo

como foco de interesse o cliente em si, reconhecendo-o, e não o soro, dreno ou tubo que o mesmo faz uso (SILVA 2002b).

Sob esse aspecto, o toque é um dos meios não verbais de que dispomos para estabelecermos comunicação com o cliente. A depender de como tocamos, o cliente pode interpretar nossa atitude como preocupação, importância, e sentir-se dessa forma confiante naquele profissional que executa o cuidado.

Estudo desenvolvido por Artur e Silva (1992 apud CIANCIARULLO,1996) enfoca que o toque pode ser o mais importante de todos os comportamentos não verbais realizado por enfermeiras, sendo essas profissionais de saúde, aquelas que mais tocam. Afirma, também, que crianças e mulheres jovens costumam ser mais tocadas, enquanto que idosos e clientes mais graves são menos tocados.

Segundo Littlejohn (1988), no processo de comunicação, fatores como o toque, a distância e a estimulação sensorial refletem atração interpessoal. Quando há atração e afinidades é por que houveram comportamentos refletidos que interessaram e, como consequência, predispuseram-se a estabelecer a comunicação.

Dessa maneira, comunicação tátil envolve um aspecto afetivo, que se faz presente a partir da maneira como nos aproximamos para tocar, da expressão facial quando tocamos o paciente, do tempo utilizado no contato, do local onde tocamos as pessoas e da pressão que exercemos nos mesmos (SILVA, 2002a; SILVA,1999).

Assim, através do reconhecimento e identificação da comunicação verbal e não verbal, ocorre a promoção do relacionamento interpessoal efetivo e afetivo. E, compete ao profissional de enfermagem, segundo Furegatto (1993), avaliar os resultados da comunicação de ambos e, compreender a dinâmica do processo interpessoal ocorrido.

Sob esse aspecto, Sinno (1985) ressalta que, a comunicação terapêutica, com o cliente em uso de ventilação mecânica invasiva, tende a possibilitar um contato interpessoal que desencadeará um processo de aceitação e confiança mútuos, onde o cliente expressa suas necessidades, e a equipe entende e atende essas necessidades.

Entretanto, entendemos que o próprio ambiente de terapia intensiva, aliado ao trabalho exercido pelos membros da equipe de enfermagem e o nível de criticidade do cliente, predis põem à dificuldades nesse processo de comunicação, o que está evidenciado na próxima categoria.

4.2.3 Categoria 3: dificuldades do processo de comunicação entre equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado

As UTI's são unidades hospitalares utilizadas para garantir o suporte necessário à manutenção da vida em pacientes com insuficiências orgânicas reversíveis ou permitir monitorização contínua de parâmetros de pacientes estáveis, porém graves, com a possibilidade de que seu estado se torne crítico e que, ocorra a necessidade de rápidas manobras para suporte e manutenção da vida (BEZERRA; TRANQUITELLI; MONETTA, 1993).

O locus do estudo apresenta características peculiares ao ambiente de terapia intensiva: dinâmica de trabalho intensa, taxa de ocupação elevada, perfil de criticidade dos clientes, o que predispõe à sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, à fragmentação do atendimento ao cliente, havendo dificuldade no estabelecimento otimizado do processo comunicativo.

Diante desse cenário, e baseado no relato dos depoimentos obtidos, destacamos as principais dificuldades do processo de comunicação entre os sujeitos da pesquisa, conforme as seguintes subcategorias:

- **3a) Dificuldades comunicacionais relacionadas ao cliente**

O uso da prótese ventilatória por parte dos clientes entubados foi tida como uma das principais dificuldades manifestadas pelos entrevistados para estabelecer comunicação, conforme falas a seguir:

“ Para mim, não é muito fácil não, por que já que ele está entubado e não tem como entrar em contato, fica difícil para a gente saber realmente o que ele quer”. (E1).

“O tubo dificulta muito a comunicação por que o paciente tenta balbuciar com aquele tubo engasgado na garganta, e a fixação também atrapalha um pouco a comunicação. Às vezes, o paciente está muito secreto, e até a própria secreção dificulta essa fala, ou melhor, esse balbucio, que a gente tem como uma comunicação inicial”. (E5).

A presença do tubo orotraqueal é fundamental para o atendimento à necessidade ventilatória do cliente, que se encontra com quadro de insuficiência respiratória, requerendo o

uso do aparelho de ventilação mecânica invasiva a fim de manter estabelecida a capacidade respiratória do cliente.

Os problemas da comunicação na unidade de terapia intensiva podem ser oriundos tanto do cliente quanto da equipe prestadora de cuidado. Dalossi (1990) comenta que a enfermeira enfrenta maiores dificuldades no desenvolvimento da comunicação com o paciente crítico, quando ele encontra-se com a entubação orotraqueal ou a traqueostomia, que constituem obstáculos para a efetiva relação enfermeira-paciente, pela ruptura da comunicação verbal-vocal, conforme ilustram as falas a seguir:

“O tubo realmente dificulta um pouco essa fala, por que na hora de pronunciar as palavras ele vai mastigar né, o tubo, e realmente assim tem umas poucas palavras que a gente consegue entender”. (E7).

“ É difícil comunicar com o cliente entubado, tudo isso por que ele, além de ter medo de se comunicar quando ele está utilizando o tubo, acho que ele também tem um pouco de medo. Então para a gente também é difícil compreender”. (E9).

Observamos que a equipe, ao oferecer o cuidado ao cliente entubado, preocupava-se, principalmente, em verificar se a fixação do tubo encontrava-se adequada, se o balonete encontrava-se íntegro, atentava para os parâmetros ventilatórios, parâmetros hemodinâmicos, ou seja, o estabelecimento do cuidado técnico, supervalorizando-o, em detrimento do cuidado humanizado ao cliente.

Certamente a tecnologia na UTI é importante, pois é um setor que cuida de clientes críticos e tem nela um dos elementos para efetivação do cuidado. Porém, segundo Vargas e Meyer (2005), não é a tecnologia em si que é desumana, mas quem a manipula que a torna desumana. A tecnologia em si não pode ser responsável por algum imprevisto causado ao paciente quando em conexão com a máquina, ao contrário, é a incapacidade ou a desumanização do humano (profissional) que explica os excessos e o uso indevido da tecnologia inserida no contexto do intensivismo.

Desse modo, a preocupação centrada na competência técnica limita a dimensão comunicativa que as ações conjuntas entre os diferentes profissionais podem construir. Sendo assim, os profissionais devem valorizar a prática da comunicação, para transformar ações técnicas em ações comunicativas, a partir das quais os pacientes podem se expressar e colaborar com o tratamento (FRANCO, 1999).

A incapacidade de comunicação verbal do cliente entubado não o impede de comunicar-se com a equipe através da comunicação não verbal, conforme já discutimos. Ainda, Franco (1999) comenta que o paciente tem na comunicação oportunidade de relacionar-se com o mundo externo e, sua falta pode acarretar isolamento, repercutindo em sua recuperação.

Dessa forma, o mais adequado seria pensar e fazer enfermagem em terapia intensiva valorizando-se os aspectos técnicos e emocionais, pois na UTI não tem como se pensar em efetuar o cuidado sem a tecnologia, uma vez que a conexão enfermeiro- máquina é utilizada, costumeiramente, para especificar as ações de enfermagem nessa unidade (VARGAS, MEYER, 2005).

Além da presença da cânula orotraqueal identificamos, também, como fator que dificulta o processo de comunicação na UTI à dinâmica de trabalho, conforme demonstra a subcategoria a seguir.

- **3b) dificuldades comunicacionais relacionadas ao ambiente de terapia intensiva**

A UTI apresenta inúmeros fatores que distanciam os profissionais do paciente, fragmentando o seu relacionamento como o tipo de trabalho a que são submetidos e a pressão exercida pelo confinamento dentro do espaço físico fechado. Além do mais, tem-se as atividades administrativas, as quais consomem tempo considerável para registro em prontuários, relatórios, escalas entre outros.

Diante dessa realidade comum aos ambientes de terapia intensiva, a dinâmica de trabalho foi identificada como um fator que dificulta a comunicação entre a equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado. Esse fator predispõe à falta de tempo para comunicar-se, conforme afirmam as falas a seguir:

“Nem sempre a gente tá com tempo suficiente para estar junto dele... às vezes ele fala três, quatro, cinco vezes para poder a gente conseguir entender o que ele quer dizer”. (E5).

“Eu vou te dizer, não é fácil, você está naquele corre corre, com o paciente grave, e você às vezes se passa, e não lembra né, nem de se comunicar”. (E11).

A impossibilidade de utilizar a comunicação verbal-vocal faz com que o cliente necessite utilizar outros meios de comunicação para ser entendido. Porém, requer tempo de permanência da equipe ao seu lado afim de que haja efetividade. Na UTI, a sobrecarga de atividades torna o tempo escasso e constitui-se num entrave ao processo de comunicação. Nessa unidade nem sempre há tempo disponível devido aos inúmeros procedimentos a serem realizados, ao quantitativo elevado de clientes dependentes e instáveis, o que conduz a um afastamento entre a enfermeira e o paciente (SILVA , 2002).

Observamos que, na unidade utilizada para o estudo, apesar dos técnicos de enfermagem permanecerem a maior parte do tempo ao lado do cliente, estabelecem comunicação mínima e, os contatos resumem-se a informar sobre a realização dos procedimentos executados e, solicitação de colaboração do cliente para sua realização.

Como, geralmente, o grau de dependência dos clientes é elevado, a realização dos procedimentos a exemplo de banho no leito é realizado por dois profissionais técnicos, os quais dialogam entre si, assuntos de outra natureza, muitas vezes, esquecendo-se do ser humano que está sob seus cuidados e necessita ser reconhecido como tal. Os enfermeiros, também, utilizam pouco tempo para estabelecer comunicação com o cliente entubado, uma vez que sua rotina na unidade é caracterizada por uma sobrecarregada de atividades assistenciais e administrativas.

Entretanto, o enfermeiro, durante a execução de atividades, poderia racionalizar seu tempo de modo a estabelecer comunicação efetiva com o cliente. Geralmente, as ações são efetivadas em silêncio, ou estabelecendo comunicação com outros profissionais.

Nesse sentido, Silva (2002), comenta que o dimensionamento de tempo na UTI é importante na prestação do cuidado. Porém, na prática diária, nem sempre o cálculo desse tempo pode ser feito de modo a propiciar disponibilidade da enfermeira para um cuidado direto mais prolongado.

A enfermeira em terapia intensiva exerce, simultaneamente, as funções assistencial e administrativa, mas tem dificuldade em conciliá-las devido ao tempo consumido em ambas. O paciente grave requer a atenção exclusiva e ininterrupta da enfermeira nos cuidados, e as atividades na UTI são inúmeras, dificultando assim o trabalho (FRANCO, 1999).

Entendemos que os profissionais podem fazer uso do tempo ao lado do cliente de maneira otimizada, estabelecendo um elo de comunicação eficiente. Segundo Franco (1999) o diálogo é possível de se estabelecer com o cliente sem dispendir tempo, por que isso pode ser realizado simultaneamente à realização de atividade técnicas, através de expressões faciais, gestos e palavras de conforto e solidariedade.

Associado ao tempo, identificamos, também, como uma das dificuldades ao processo de comunicação na UTI o excesso de atividades por parte dos membros da equipe de enfermagem, conforme enfatizam nas falas a seguir:

“ Quando você tem numa unidade dessa uma série de tarefas que a gente tem que cumprir, às vezes acaba deixando de lado uma coisa importante, mas que naquele momento foi tido como acesso negado”. (E5).

“ A rotina da enfermagem, a continuidade intensiva de procedimentos, de técnicas, que não permitem que você se aproxime do cliente, sequer para tentar entender”. (E9).

“ Se você está sobrecarregada, sozinha na UTI, tem aquela questão: o paciente está tentando comunicar algo contigo, você fica sem paciência pois está com outro quase parando, com o médico solicitando alguns procedimentos. É realmente, às vezes, você se passa e diz, eu não to entendendo, e não procura entender”. (E11).

Procedendo a análise dessas falas, identificamos que a sobrecarga de trabalho na terapia intensiva constitui-se um entrave ao estabelecimento do processo de comunicação. Durante nossa observação na unidade, constatamos que o período matutino é aquele em que os profissionais de enfermagem encontravam-se mais sobrecarregados. No período vespertino e noturno, costumeiramente, há uma diminuição da realização de procedimentos técnicos, porém a dinâmica de trabalho intensa continua, pois dificilmente pudemos encontrar os membros da equipe de enfermagem sem executar nenhuma atividade de caráter assistencial ou administrativo, na unidade.

As condições ambientais, a dinâmica de trabalho, a tecnologia, o cumprimento de normas e rotinas, o tempo necessário para a prestação do cuidado, as atividades administrativas, foram citados por Silva (2002) e Franco (1999) como fatores que interferem e influenciam no nível de interação com o cliente e, conseqüentemente, a comunicação que se estabelece entre eles.

Entretanto, a necessidade de execução de procedimentos técnicos na terapia intensiva, predispõem a que não se dê a atenção adequada às relações com o cliente. Os relatos dos sujeitos trazem referências a: “...uma série de tarefas que a gente tem que cumprir...”/ “...a continuidade de procedimentos técnicos...”, o que impede que o profissional pare, observe e identifique aquilo que o cliente entubado realmente quer expressar e comunicar.

As relações do enfermeiro com o cliente na UTI são pouco expressivas e isso pode ser decorrência da cultura organizacional do hospital, que notadamente privilegia a técnica e a tarefa em detrimento das relações interpessoais efetivas. Neste setor hospitalar, que utiliza tecnologias sofisticadas e precisa atingir seu objetivo imediato, o trabalho dos profissionais pode acabar subordinado as intervenções técnicas (FRANCO, 1999).

O desenvolvimento da comunicação eficiente requer: tempo, paciência, vontade e interesse para que haja compreensão do que se quer expressar. Na terapia intensiva nem sempre há tempo disponível devido aos inúmeros procedimentos a serem realizados, ao quantitativo elevado de clientes dependentes e instáveis, o que conduz a um afastamento entre enfermeira e paciente (SILVA , 2002).

Como intervenções adequadas na UTI são sugeridas por Franco (1999), Dalossi (1990), Silva (2002) que os profissionais devem considerar a necessidade de comunicação na ocasião do planejamento da assistência ao paciente crítico, para transformar ações técnicas em ações comunicativas, onde os profissionais possam identificar os problemas dos clientes com base nos significados que eles atribuem aos fatos e, os clientes possam se expressar e colaborar com o tratamento.

Assim, através do compartilhamento de sinais verbais e não verbais a equipe de enfermagem poderá executar o cuidado ao cliente entubado na terapia intensiva, reconhecendo além das suas necessidades fisiológicas, as emocionais, que devem estar em harmonia para garantir a recuperação plena do cliente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar como a equipe de enfermagem vivencia a comunicação com o cliente submetido à entubação orotraqueal na unidade de terapia intensiva.

Desse modo, ao procedermos a análise percebemos que esse processo é permeado por emoções e sentimentos, como ansiedade e angústia. Esses sentimentos foram manifestados, especialmente pela dificuldade de expressão verbal do cliente, aliada à dificuldade de interpretação da equipe de enfermagem em relação ao que o cliente deseja expressar.

Além disso, outros aspectos dificultam o estabelecimento da comunicação por parte de equipe tais como a dinâmica de trabalho e a sobrecarga de atividade, dentre outros, os quais contribuem para que a equipe não permaneça ao lado do cliente por tempo satisfatório para manter uma interação. Para o cliente, foram encontrados aspectos referentes a própria internação, ao ambiente de terapia intensiva, o medo da morte e de que o ventilador mecânico pare de funcionar, não garantindo, assim, a sua sobrevivência.

Nesse contexto, em uma tentativa de minimizar os sentimentos de ansiedade e angústia, ambos, equipe e cliente preferem afastar-se adotando como mecanismo de defesa a fuga. Porém, o surgimento desse mecanismo impede que o cliente exteriorize o que necessita, sentindo-se, dessa maneira, frustrado, e a equipe ao fugir do contato com o cliente, não atende as suas necessidades.

Ao identificarmos os meios utilizados pela equipe de enfermagem com o cliente para estabelecer comunicação, encontramos que a comunicação verbal foi um dos meios mais utilizados por ambos, sendo a fala utilizada pela equipe e a escrita pelo cliente.

Nesse processo, a equipe de enfermagem reconheceu apenas como meio de comunicação com o cliente a linguagem falada. Essa comunicação, caracterizava-se por mensagens curtas, breves, normalmente efetuada com o cliente consciente, cujo conteúdo das mensagens esteve voltado, eminentemente, para a execução de procedimentos técnicos, característica comum da comunicação estabelecida no setor de terapia intensiva.

Ao observarmos como o profissional de enfermagem comunicava-se, constatamos que o uso do toque, importante instrumento terapêutico, era utilizado apenas na execução dos procedimentos técnicos, caracterizando por ser rápido e sem envolvimento efetivo com o cliente.

Além do mais, apesar da comunicação escrita ter sido citada como meio utilizado pelo cliente para se comunicar, durante o período em que realizamos a observação, não

identificamos o estabelecimento desse tipo de comunicação. Ainda, identificamos a comunicação não verbal, sendo que os sinais percebidos pela equipe de enfermagem eram as expressões faciais, movimentos de cabeça e gestos com as mãos, utilizados para solicitar ajuda, expressar sentimentos e chamar atenção para algum outro problema.

Observamos, também, que o técnico de enfermagem, apesar de ser o profissional que, comumente, permanece ao lado do cliente, utiliza pouco do seu tempo para se comunicar com ele. O enfermeiro, embutido nas atividades burocráticas e administrativas, reserva tempo ainda mais reduzido, para estabelecer comunicação com o cliente.

No que se refere às dificuldades do processo de comunicação, entre equipe de enfermagem intensivista e o cliente entubado, destacamos o uso da prótese ventilatória por parte do cliente como uma das principais dificuldades, o que impedia o entendimento adequado daquilo que o cliente desejava comunicar verbalmente.

Por outro lado, observamos que a equipe preocupava-se com o cuidado eminentemente técnico, relacionado à assistência ventilatória, em detrimento de um cuidado humanizado, em que o processo de comunicação deva estar inserido.

Um outro fator encontrado, que dificultava a comunicação, esteve relacionado ao ambiente da terapia intensiva, cuja dinâmica de trabalho intensa, predispõe a falta de tempo para que haja uma comunicação efetiva.

Apesar da falta de tempo constituir-se em um entrave ao processo de comunicação, observamos na unidade do estudo que, tanto os técnicos de enfermagem quanto os enfermeiros, no momento em que permaneciam ao lado do cliente para execução de procedimentos, realizavam-nos ou em silêncio ou dialogando entre si, sem estabelecer nenhum diálogo com o cliente.

Deve ser registrado que, além da escassez de tempo, existe de fato, a sobrecarga de trabalho, o que se constitui um entrave no estabelecimento do processo de comunicação. Nos três períodos: matutino, vespertino e noturno, onde a dinâmica de trabalho, na unidade, era intensa e, dificilmente, encontrávamos os membros da equipe de enfermagem sem executar nenhuma atividade de caráter assistencial ou administrativo.

Diante da investigação realizada, e, entendendo que o estabelecimento da comunicação adequada é indispensável para a execução do cuidado otimizado na unidade de terapia intensiva ao cliente em uso de prótese ventilatória, trazemos algumas sugestões que julgamos adequadas para essa execução.

Assim, é indispensável que o tempo disponível do profissional de enfermagem ao lado do cliente seja valorizado para que se estabeleça comunicação entre eles. Durante a execução

dos procedimentos técnicos, a exemplo do controle de dados vitais, balanço hidroeletrólítico, banho no leito, realização de curativos dentre outros, é necessário ser criada uma atmosfera que estimule a comunicação com o cliente, para que ele se sinta encorajado e confiante no profissional que executa o cuidado.

Durante o tempo de permanência ao lado do cliente, a equipe de enfermagem deve observá-lo, identificar os sentimentos manifestados, a fim de minimizar a sua ansiedade relacionada ao tubo traqueal e à internação na UTI. Deve esclarecer ao cliente sobre os aparelhos de assistência ventilatória que ele faz uso bem como de sua importância para a recuperação do seu estado de saúde, ou seja, reconhecer que além do tubo orotraqueal existe um ser humano que precisa ser reconhecido como tal.

Caso seja possível, antes da execução do procedimento de canulação endotraqueal, a enfermeira deve explicar ao cliente e aos familiares os objetivos do suporte ventilatório, e, juntos, buscarem estratégias para estabelecer comunicação. Quando não for possível, explicar ao cliente, logo que ele recobre seu nível de consciência. Assim, o cliente desenvolverá um sentimento de confiança e irá sentir-se um sujeito ativo no processo de cuidado, facilitando, dessa maneira, o processo de recuperação.

A equipe de enfermagem deverá também receber treinamento relacionado às técnicas de comunicação com os clientes, principalmente àqueles impossibilitados de falar, uma vez que é comum nas UTI's clientes em uso de prótese ventilatória. Através do aprimoramento da habilidade técnica em se comunicar, os profissionais minimizarão as dificuldades, os anseios e frustrações, tanto deles quanto dos clientes, na medida em que se tornarão aptos a decodificar os sinais verbais e não verbais emitidos. Além do mais, valorizar a experiência diária do cuidado ao cliente em uso de cânula orotraqueal torna os profissionais mais capazes de decodificar os sinais verbais e não verbais que ele queira transmitir.

Sendo assim, é fundamental que o cliente seja estimulado e encorajado a se comunicar. O profissional de enfermagem necessita incentivar o cliente a utilizar os meios mais adequados para estabelecer comunicação. Utilizar-se da criatividade, disponibilizando cartazes ilustrativos, letreiros, papel, caneta, lápis; enfim, dispor de condições que propiciem o estabelecimento de uma comunicação adequada com o cliente.

Diante dessas considerações, entendemos que, somente através de uma prática humanizada é que seremos capazes de valorizar a comunicação do e com o cliente, identificando os sinais verbais e não verbais inseridos no contexto, percebendo o cliente em toda a sua complexidade, e não somente em seu processo patológico, ou na cânula orotraqueal, conectada ao ventilador mecânico, que garantirá o suporte ventilatório na UTI.

Assim, entendemos que este estudo, assim como a própria ciência, não encerra uma verdade, mas acreditamos que ele pode contribuir para auxiliar na efetivação da comunicação com esse cliente, oferecendo suporte tanto aos profissionais intensivistas, quanto aos graduandos em enfermagem na execução do cuidado a esse cliente em especial.

REFERÊNCIAS

- ANTHIKAD, J. **Psicologia para enfermagem**. Tradução Fernando Gomes do Nascimento; revisão técnica Ana Cristina de Sá. São Paulo: Reichmann e Autores Editores, 2005. (p.68-113).
- BACHION, M.M. Comunicação interpessoal: ensino de algumas habilidades desejadas. **Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1994. 141p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª ed. Lisboa/Portugal : Edições 70, 2004, 223 p. Título original: L'analyse de contenu.
- BEZERRA, A.L.Q.; TRANQUITELLI, A.M.; MONETTA, L. Análise do nível de satisfação de enfermeiras que atuam em unidade de terapia intensiva, frente a comunicação não verbal com o paciente crítico. **Anais Paulista de Medicina e Cirurgia**. vol.120 n° 3, São Paulo, 1993.
- BOEHS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. O que é este “cuidar/ cuidado?” -uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 1990; 24: 111- 116.
- BORDENAVE, J.E.D. **O que é comunicação?**. 28. ed, São Paulo: Brasiliense, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saude. Conselho Nacional de Saude. **Resolução N° 196/96, de 10 de out. de 1996**. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- _____, Ministério da Saude. Conselho Nacional de Saude. **Portaria N° 3432, de 12 de ago. de 1998**. Resolve estabelecer critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo - UTI. Brasília, 1996.
- BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Editora Lisa S/A, 1992.
- CIANCIARULLO, T. **Instrumentos Básicos para o cuidar**. Um desafio para a qualidade da assistência. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- COLLIÉRE MF. **Promover à vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Março, 1999. Tradução: Maria Leonor Braga Abecasis.
- DALOSI, T. A comunicação e o paciente crítico consciente sob ventilação mecânica. **Acta Paulista. Enf**, São Paulo, 1990; 3(4):156-159
- DAVIDOFF, L.L. **Introdução à psicologia**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983. (p.427-451; 551-569).

FRANCO, G.R.R.M. A Unidade de Terapia Intensiva: um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes. **Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo**. Escola de Enfermagem, 1999. 191p.

FREUD, S. **Inibições, sintomas e angústia**. Tradução Christiano Monteiro. Rio de Janeiro: Imago, 1998. 108 p.

FUREGATTO, A.R.F. Relações interpessoais Enfermeiro- paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental. **Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1993. 187p.

GUALDA, D.M.R. Abordagem qualitativa: sua contribuição para a Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP** 1995; 29: 297- 309.

HALL, E. **A dimensão oculta**. Lisboa, relógio d'Água, 1986.

KNOBEL, E.; NOVAES, M.F.P.; BORK, A.M.G. Humanização dos CTI's. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed, São Paulo: Atheneu, 1999. (1305- 1314).

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988, 407p.

MADEIRA, L.M.; MATOS, S.S.; MAGALHÃES, Z.R. Ensino de comunicações no curso de graduação em enfermagem da escola de Enfermagem da UFMG. **Rev. Esc. Enf. USP** 1994; 28: 199- 214.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1994, 6. ed. 269p.

MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enf** .v.56. n.2, p.184-188, mar.-abr. 2003.

OLIVEIRA, E. R. A.; BACHION, M. M. ; CARVALHO, E. C. de. Aplicação da janela de johari em uma interação. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, 1996; 4: 113-251.

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev eletrônica de Enfermagem**. v.6, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br> >. Acesso em 26/06/2005.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. 4. ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.; **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização.5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RECTOR, M.; TRINTA, A.R. Comunicação do corpo. 2.ed. São Paulo: Ática, 1993. 88p.

ROGERS, C. Terapia Centrada no Paciente. Lisboa: Moraes Editores, 1974.

_____. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983.

RUESCH, J. Comunicación terapêutica. Buenos Aires: Paidós, 1964. 339p.

SILVA, M.J.P. Percebendo o ser humano além da doença- o não verbal detectado pelo enfermeiro. **Rev. Nursing**, v.41, p.14-20, 2001

SILVA, R.M.O. **Comunicação com pacientes impossibilitados de falar**: concepções de enfermeiras intensivistas. Salvador; 2002.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Loyola; 2002a.

_____. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev. Bioética**, v.10, n. 2, p. 73-88, 2002b.

_____. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? **Rev. Sociedade Brasileira de Cancerologia**, v.8, 1999, p.1-10. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br>>. Acesso em 25/05/2006.

SILVEIRA, B. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. São Paulo, Lisa, 1992

SINNO, M. Comunicação enfermeiro- cliente. **Rev. Bras. de Enf. Brasília**, n. 40, p.123-125, 1987.

_____. Comunicação em enfermagem - o paciente em uso de aparelhos de ventilação artificial. **Tese (Mestrado)- Universidade Federal da Bahia**. Escola de Enfermagem, 1985. 121p.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial; 1993.

_____. Ensino da Técnica de Comunicação terapêutica enfermeira- paciente- referencial teórico (Parte II). **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 21, p.107-115, 1987 .

TAVARES, J.L. A ansiedade do paciente e a discussão da sua história clínica pela equipe médica. **Trabalho de conclusão de curso**. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador:1998.57p.

_____. A comunicação na loucura. **Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo**. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, 1997.

VARGAS, M.A.O.; MEYER, D.E. Resignificações do humano no contexto da ‘ciborguização’: um olhar sobre as relações humano- máquina na terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, n.39, v.2, p.211-219, 2005.

VIEIRA, T.T. **O processo da comunicação na enfermagem**. Salvador: Centro Editorial e Didático UFBA, 1978, 108p.

WEIL, P; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CURSO DE MESTRADO
 TÍTULO DO PROJETO: **Comunicação entre equipe de enfermagem e cliente submetido à entubação orotraqueal**

Feira de Santana, _____ de _____ de 2006

Nós, José Lucimar Tavares (orientador) e Alyne Henri dos Santos Motta (pesquisadora) convidamos você a participar como entrevistado (a) de um estudo, desenvolvido no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que tem como objetivo analisar a vivência da comunicação estabelecida entre a equipe de enfermagem e o cliente submetido à entubação orotraqueal na unidade de Terapia Intensiva.

Conforme determina a Resolução N. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos o trabalho requer a participação voluntária dos profissionais de enfermagem..

Serão observados os profissionais que, durante o período da pesquisa, oferecerem cuidados às pessoas em uso de prótese ventilatória. Posteriormente, na tentativa da entrevistadora compreender como a equipe de enfermagem vivencia a comunicação com o cliente entubado na terapia intensiva, os profissionais serão entrevistados, tendo seus depoimentos gravados, onde poderão falar livremente sobre o tema proposto do estudo.

Essa entrevista será gravada em gravador digital, e será realizada em dias e horários previamente estabelecidos. Após, será possível ouvir as falas gravadas, retirar ou acrescentar qualquer informação. O material da gravação será arquivado no computador e após cinco anos será destruído (deletado). Nós, pesquisadores, garantiremos o anonimato, privacidade e a confidencialidade dos dados. Buscaremos respeitar a integridade intelectual, social e cultural. Será possível desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa sem acarretar qualquer prejuízo. Os pesquisadores e entrevistados (as) não serão remunerados (as) pela participação no estudo. As despesas do projeto ficam a cargo dos pesquisadores.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71) 3332-8224, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

De posse das informações sobre os objetivos da pesquisa, **caso concorde em participar do estudo**, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Caso você concorde em participar do estudo voluntariamente, por favor, assine esse termo de consentimento, ficando com uma cópia em suas mãos.

 Assinatura do(a) profissional

 Ass.da Pesquisadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Comunicação entre equipe de enfermagem e cliente submetido à entubação orotraqueal

APÊNDICE B – Roteiro de Observação

- 1- Ao aproximar-se do cliente portador de prótese ventilatória, a equipe de enfermagem tenta comunicar-se com o mesmo?
- 2- Como a equipe de enfermagem tenta comunicar-se com o cliente entubado?
- 3- Como o cliente entubado tenta comunicar-se com a equipe de enfermagem?
- 4- Qual o tipo de comunicação que a equipe de enfermagem estabelece com o cliente entubado?
- 5- Durante a execução de procedimentos interage com o cliente?
- 6- A equipe de enfermagem tenta compreender o que o cliente entubado quer comunicar?



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Comunicação entre equipe de enfermagem e cliente submetido à entubação orotraqueal

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO À EQUIPE DE ENFERMAGEM

a) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME (iniciais):

IDADE:

SEXO:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

TEMPO DE SERVIÇO:

b) DADOS DA ENTREVISTA

1- Como é para o sr^o (a) vivenciar a experiência de comunicar-se com o cliente entubado?

2- Que meios o sr^o (a) utiliza para comunicar-se com o cliente entubado?

3- Qual os meios que o cliente entubado utilizou para comunicar-se com o sr^o (a)?

3- O sr^o (a) percebe facilidades neste processo de comunicação com o cliente entubado ?

Quais?

4- Quais dificuldades o sr^o (a) percebe neste processo de comunicação?

5- Conseguiu, através do meio utilizado para comunicar-se com o cliente entubado, entender o que ele queira transmitir e atendê-lo a contento?