

**MARIA APARECIDA RAPOZO ARALDI**

**UMA CONCEPÇÃO HUMANISTA DO  
RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE:  
SUBSÍDIOS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

**Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Educação  
Área de Concentração: Pedagogia Universitária.**

**Curitiba 1995**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**

**CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**PEDAGOGIA UNIVERSITÁRIA**

**UMA CONCEPÇÃO HUMANISTA DO  
RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE:**

**Subsídios para a formação do enfermeiro**

**MARIA APARECIDA RAPOZO ARALDI**

**CURITIBA - 1995**

**MARIA APARECIDA RAPOZO ARALDI**

**UMA CONCEPÇÃO HUMANISTA DO  
RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE:**

**Subsídios para a formação do enfermeiro**

Dissertação de mestrado em  
Pedagogia Universitária, Curso de  
Mestrado em Educação, Pontifícia  
Universidade Católica do Paraná.

**CURITIBA - 1995**

MARIA APARECIDA RAPOZO ARALDI

**UMA CONCEPÇÃO HUMANISTA DO  
RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE:  
Subsídios para a formação do enfermeiro**

Dissertação de mestrado, aprovada como requisito parcial,  
para conclusão do Curso de Mestrado em Educação da  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela comissão  
formada pelos seguintes professores:

Orientador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Curitiba, outubro de 1995

Para:

*Altair,*

*Carolina,*

*Mário,*

*Sérgio,*

*Marlene.*

*Aos enfermeiros docentes, assistenciais e alunos,  
razão maior deste trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
pelo apoio financeiro, através de seu Programa de  
Capacitação Docente.

Ao Corpo Docente do Departamento de Enfermagem do Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-PR,  
pelo alto espírito de companheirismo e cooperação.

Aos Diretores Clínicos e Chefias de Enfermagem dos Hospitais,  
Hospital Cajuru, Hospital de clínicas, Hospital Evangélico e Hospital  
da Santa Casa de Misericórdia,  
que possibilitaram a realização da pesquisa de campo.

Aos professores, Zélia Milléo Pavão (orientadora), Sirley Terezinha  
Filipak, Paulo Roberto Miranda Sandoval, Maria Ignês Marins e  
Isabel Maria Cristina Alves Rodrigues Blaskovsky,  
por terem sido valiosos partícipes na construção desta  
dissertação.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1 DELIMITAÇÃO DO TEMA .....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>3</b>
<b>4 OBJETO .....</b>	<b>4</b>
4.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	4
4.2 IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	6
4.3 METODOLOGIA.....	7
4.3.1 Delimitação do Universo e Tipo de Amostragem.....	7
4.3.2 Descrição do Instrumento para a Coleta de Dados .....	7
4.4 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	9
4.5 QUESTÕES NORTEADORAS .....	15
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
5.1 UMA VISÃO HUMANISTA EM LUGAR DA EXCESSIVA TECNIZAÇÃO	17
5.2 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS .....	19
5.3 A COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	20
5.4 A UTI NUMA ÓTICA DE HUMANIZAÇÃO.....	22
<b>6 EMBASAMENTO TEÓRICO PARA UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA....</b>	<b>24</b>

6.1	REFERENCIAL TEÓRICO .....	24
6.1.1	Em busca de uma linha educativa .....	25
6.1.2	Em busca de um enfoque filosófico .....	26
6.1.3	Enquadrando comunicação na terapia.....	26
6.2	DEFINIÇÃO DOS TERMOS.....	27
<b>I PARTE - ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIO- LÓGICOS: UMA REFLEXÃO .....</b>		<b>30</b>
<b>1</b>	<b>O HOMEM, QUEM É ELE?.....</b>	<b>30</b>
1.1	O HOMEM NA HISTÓRIA.....	31
1.2	CARACTERÍSTICAS DO HOMEM.....	36
1.3	O HOMEM E A VIDA.....	39
1.4	O HOMEM E O OUTRO.....	42
1.5	O HOMEM E A CORPOREIDADE .....	44
1.6	O HOMEM E SUAS NECESSIDADES .....	47
1.7	O HOMEM E O TRABALHO.....	50
1.8	O HOMEM E A COMUNICAÇÃO .....	53
<b>2</b>	<b>O HOMEM ENFERMEIRO E O HOMEM PACIENTE.....</b>	<b>55</b>
2.1	CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO.....	57
2.2	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE.....	61
2.3	O PACIENTE DE UTI.....	62
<b>II PARTE - HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO.....</b>		<b>70</b>
<b>CAPÍTULO I - A CONCEPÇÃO HUMANÍSTICA DO RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE.....</b>		<b>70</b>



1	A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE .....	70
1.1	TEORIZANDO SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL.....	73
2	O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE .....	76
3	REFLEXÕES SOBRE O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENFERMEIRO-PACIENTE .....	94
CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO .....		98
1	CONFIGURANDO O PERFIL DO(A) ENFERMEIRO(A) DA UTI.....	99
2	AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA UTI SOBRE O ATENDIMENTO RECEBIDO.....	107
3	A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE NA UTI.....	111
CAPÍTULO III - ESQUEMA PARA UM MANUAL DE NORMAS DE ROTINAS DE ENFERMAGEM EM U.T.I. (UNIDADE DE TRATAMEN- TO INTENSIVO).....		118
1	HUMANIZAÇÃO DAS UTIs .....	118
2	ESQUEMA PARA UM MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM EM U.T.I. (UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO): PROPOSTA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA .....	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....		128
ANEXOS .....		130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		134

## LISTA DAS TABELAS

TABELA 1-	RENDA PESSOAL EM SALÁRIOS MÍNIMOS DOS FUNCIONÁRIOS DE ENFERMAGEM .....	100
TABELA 2-	RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS DOS FUNCIONÁRIOS DA ÁREA DE ENFERMAGEM.....	100
TABELA 3-	TIPO DE CURSO DE ENFERMAGEM.....	101
TABELA 4-	ESTÁGIO EM UTI DURANTE O CURSO DE ENFERMAGEM	102
TABELA 5-	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL .....	103
TABELA 6-	TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI .....	103
TABELA 7-	VOCÊ ESCOLHEU TRABALHAR NESTA CLÍNICA? .....	104
TABELA 8-	O QUE MELHORARIA SEU TRABALHO.....	105
TABELA 9-	PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS APONTADOS PELOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO .....	106
TABELA 10-	VOCÊ ACHA QUE ESTÁ SENDO BEM ATENDIDO?.....	107
TABELA 11-	CONSIDERA QUE RECEBE RESPEITO E CARINHO?.....	108
TABELA 12-	CONSIDERA QUE HÁ PRONTO ATENDIMENTO? .....	108
TABELA 13-	FICOU ALGUM PERÍODO SEM PODER FALAR? .....	109
TABELA 14-	USOU OUTRO TIPO DE COMUNICAÇÃO?.....	109
TABELA 15-	HOVE ENTENDIMENTO PELO ENFERMEIRO?.....	110
TABELA 16-	HOVE AJUDA DO ENFERMEIRO PARA QUE O PACIENTE DEMONSTRASSE SEU INTERESSE? .....	110

TABELA 17- INTERESSE EM SE COMUNICAR? .....	111
TABELA 18- FORMAS DE COMUNICAÇÃO? .....	112
TABELA 19- REAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	112
TABELA 20- CHAMOU O PACIENTE PELO NOME?.....	113
TABELA 21- TOCOU EM ALGUMA PARTE DO CORPO?.....	114
TABELA 22- POSICIONOU-SE FACE A FACE? .....	114
TABELA 23- FICOU ATENTO À COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL? .....	115
TABELA 24- FEZ PERGUNTAS DE ROTINAS PROFISSIONAIS?.....	115
TABELA 25- FEZ PERGUNTAS PARA MELHORAR A COMPREENSÃO DO PACIENTE? .....	116

## RESUMO

Esta dissertação se propôs levantar elementos em torno de uma concepção humanística do relacionamento enfermeiro-paciente. A comunicação foi o enfoque direcionador, pois contém elementos suficientes para desenvolver uma proposta pedagógica de educação em serviço para os profissionais da enfermagem que atuam na UTI.

Para encaminhar o trabalho foram estudados, por um lado os pressupostos que fundamentam uma concepção humanística pedagógica do relacionamento enfermeiro-paciente em UTI e, de outro lado, a situação atual da enfermagem, decorrente de sua evolução histórica.

A seguir partiu-se para a realização de uma pesquisa de campo com o objetivo de estudar aspectos comunicacionais da interação enfermeiro-paciente em UTI e, do perfil do enfermeiro que nela atua. Foi utilizada uma amostra aleatória de pacientes e enfermeiros de UTI de quatro hospitais de grande porte de Curitiba. Pela análise realizada verifica-se que há necessidade da elaboração de um Manual de Procedimentos de Enfermagem com enfoque humanístico.

Cabe aos hospitais, e em especial ao enfermeiro-docente, reconhecer que, sendo os problemas comunicacionais um reflexo da excessiva tecnização, a educação em serviço pode contribuir, em parte para a melhoria da qualidade do atendimento à pacientes de UTI e à formação dos enfermeiros. Mas desta parcela não pode se omitir.

## ABSTRACT

This dissertation intends to raise elements considering a humanistic conception of the nurse-patient relationship. Communication was the directing focus because it has sufficient elements to develop a pedagogic proposal for in-service education of the ICU nursing personnel.

Two aspects were studied for this work: presuppositions that grounded a humanistic pedagogic conception of the nurse-patient relationship in the ICU and the present situation of nursing, as a result of its historic evolution.

After that field research was made aiming at the study of the communication aspects of the nurse-patient interaction in the ICU and the profile of the nurse that works there. A casual sample of patients and nurses of ICU from four big hospitals in Curitiba was used. The research made apparent the fact that it will be necessary to create a Manual of Nursing Procedures with a humanistic approach.

It's the responsibility of hospitals and specially of nursing professors though, to recognize that, being the communication problems a reflection of the excessive technicality, in-service education may contribute to both nurse education and the improvement of the quality of nursing for ICU patients. But they can not omit their contribution to this item.

# INTRODUÇÃO

## 1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

O tema deste trabalho aborda a humanização no atendimento aos pacientes das Unidades de Terapia Intensiva, referido ao preparo do enfermeiro para o desempenho de sua função. Como ponto de partida, considera-se que a enfermagem está aos poucos deixando de ser humanizada por ser cada vez mais tecnicista. A presente análise volta-se para o processo da comunicação.

Sobre comunicação é grande o referencial teórico, o que falta é o envolvimento dos enfermeiros na sua utilização no ensino e na prática da enfermagem, pois a comunicação começa em sala de aula entre professor-aluno, segue para alunos-funcionários da escola e do hospital, alunos-pacientes, alunos-familiares, etc.

Ao ler qualquer artigo ou trabalho sobre enfermagem os termos comunicação, cuidados, assistência, são comumente encontrados.

A comunicação sempre foi considerada um instrumento básico da enfermagem. Juntamente com o trabalho de equipe, destreza manual e observação. Porém, a comunicação deve ser mais que isso, deve ser considerada uma capacidade a ser adquirida pelo aluno, futuro profissional.

A comunicação é, na verdade, uma necessidade humana essencial, pois sem ela, a existência de ser humano seria impossível e para que o atendimento de enfermagem se torne humanizado, deve existir um tripé:

enfermeiro ↔ comunicação ↔ paciente.

As instituições hospitalares, devido ao alto grau de desenvolvimento técnico-científico dão atualmente vários motivos de satisfação tanto aos pacientes como ao pessoal. Contudo a abordagem quase exclusivamente física da doença, quer no tratamento do doente quer na preparação do pessoal, a estrutura administrativa estratificada e a sobrecarga e fragmentação crescentes do trabalho clínico criaram um clima social em que as pessoas sentem dificuldades em auto-analisar ou avaliar o impacto emocional do seu trabalho nos pacientes.

O objetivo deste trabalho é oferecer subsídios para a formação do enfermeiro através de uma concepção humanista.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho propõe apresentar subsídios para a elaboração de um Manual de Procedimentos para a UTI do Hospital Cajuru.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- verificar se ocorre uma comunicação efetiva entre enfermeiro e paciente;
- verificar os tipos de comunicação que ocorrem entre paciente-enfermeiro e vice-versa;
- verificar eventuais fatores que incomodam os pacientes durante sua internação na UTI;
- elaborar um Manual de Procedimentos para uso dos enfermeiros na UTI, com uma concepção humanística.

## 3 JUSTIFICATIVA

A humanização nos estabelecimentos hospitalares tem sido, ultimamente, uma preocupação dos profissionais da saúde. Existe uma razoável literatura a respeito, aqui destacada na Revisão da Literatura. São estudos e pesquisas que tratam da qualidade do atendimento, da comunicação e do relacionamento entre enfermeiro e paciente. Entretanto, não se converteram em instrumento pedagógico padrão para uma assistência aos pacientes da UTI com um desempenho mais humanizado.



Este trabalho surgiu como resultado de anos de experiência profissional, de início como enfermeira assistencial e, posteriormente, como docente, quando deparávamos com problemas ou situações insatisfatórias em que muitas vezes a causa estava na comunicação com o paciente.

Precisamente surgiu da preocupação pela autora, enquanto mestrande do curso de Pedagogia Universitária da PUC-PR, por ocasião do início de seus trabalhos de pesquisa para a dissertação, com enfoque em Humanização em UTI, quando se deparou com a necessidade de uniformizar e padronizar as condutas comunicacionais que ali se desenvolvem.

A proposta deste trabalho é fornecer subsídios para a elaboração de um instrumento pedagógico na forma de manual para facilitar o harmônico desempenho de funcionários, alunos e demais profissionais no seu dia-a-dia.

## **4 OBJETO**

### **4.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

Embora se saiba que a humanização não é uma abordagem nova, percebe-se que, nos últimos anos, não só os profissionais da área da saúde, mas também homens de empresas têm percebido a importância da humanização. Os profissionais da área de saúde vêm tomando conhecimento de que ela é tão importante como uma outra terapia qualquer, pois é no hospital onde mais o homem necessita de calor humano. Além disso, o atendimento humanizado pode influenciar positivamente nos resultados esperados quanto à sua recuperação.

A enfermagem, como ciência, tem o seu saber teórico-científico e comporta também o senso comum, no que concerne ao cotidiano. Nela, a pessoa é vista como um todo e o ambiente e o outro estão diretamente envolvidos com o EU, entendendo-se que entre enfermeiro e paciente deve haver uma união perfeita, onde o primeiro atende e o segundo aceita este atendimento. O entendimento entre eles deve ser total e de muita confiança.

Os pacientes de UTI, embora, clinicamente, em estado “grave”, são considerados potencialmente recuperáveis. E, às vezes, estando impossibilitados de verbalização pela exigência médica que se impõe, devido as suas condições (uso de tubos endotraqueais ou traqueostomia) se comunicam com a enfermagem numa forma que se pode caracterizar como comunicação não-verbal.

A UTI possui características diferentes de outros serviços hospitalares. O seu ambiente físico, sua aparelhagem, sua dinâmica de funcionamento e o tipo de paciente ali atendido são fatores que influenciam o comportamento da equipe que ali trabalha, com relação à doença, ao paciente e aos familiares.

Na UTI, as condutas devem ser imediatas, pois as condições ali apresentadas são situações limites. Não se sabe se aquela condição que está sendo vivida pelo paciente é um evento final em sua vida ou se será revertida.

O questionamento que deu origem ao problema dessa dissertação: parte desta questão:

- Haveria possibilidade/necessidade de se criar um instrumento que padronizasse procedimentos de atendimento mais humanizado?

## 4.2 IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com enfermeiros e pacientes na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) dos Hospitais Cajurú da PUC-PR, Hospital Evangélico, Hospital de Clínicas e Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia. Entende-se por enfermeiros a equipe de enfermagem que, hoje, é composta por enfermeiros e auxiliares de atendentes de enfermagem, e por pacientes, os indivíduos internados naquela UTI e que, no momento da entrevista, se mostravam conscientes e em condições clínicas estáveis.

A clientela da UTI é basicamente constituída de pacientes admitidos do Pronto Socorro (PS) e de pacientes internados, com quadro clínico agravado, que necessitem de cuidados mais intensivos. Este paciente de UTI constitui-se verdadeiramente um paciente peculiar: ele não é somente uma somatória de traumatismos, mas um complexo de lesões que se instalam, se relacionam, se potencializam e se complicam mutuamente; às vezes com rapidez, outras, como em determinadas patologias são evolutivas, isto é, podem manifestar-se algum tempo após, como exemplo, as hemorragias tardias.

Um levantamento dos registros de admissão de pacientes, entre janeiro e abril de 1994 permitiu verificar que cerca de 40% dos pacientes que deram entrada na UTI do Hospital Cajuru, no período considerado, tinham como diagnóstico Traumatismo Crâneo-Encefálico (TCE), 16% Acidente Vascular Cerebral (AVC), 12% Politraumatizados. Os demais casos se concentram em insuficiência respiratória, trauma abdominal com laparotomia, perfurações por arma de fogo ou branca, fase aguda de doenças crônicas de etiologias diversas, tais como: coma

hipoglicêmico, aneurisma, crise convulsiva, intoxicação medicamentosa, hemorragia gástrica e Parada Cárdio-Respiratória (PCR).

A violência urbana, notória e pública, leva, lamentavelmente, à crescente incidência desse tipo de paciente, pois entre eles encontram-se tentativas de homicídios e suicídios, acidentes de trânsito e vítimas de agressão, agravados, sobretudo, por eventuais situações de ingestão e ou uso de substâncias alcoólicas ou tóxicas.

### **4.3 METODOLOGIA**

#### **4.3.1 Delimitação do Universo e Tipo de Amostragem**

Optou-se por uma pesquisa de campo na aplicação de um questionário aplicado a pacientes independente de sexo, idade, cor, religião, grau de escolaridade, nível social, e de já ter tido experiências anteriores com internação.

Os sujeitos desta pesquisa são pacientes internados, por diversas causas, em Unidades de Terapia Intensiva, e em condições clínicas mais estáveis.

A amostra foi de tipo aleatório, sendo selecionados sujeitos pelo critério de estar consciente, podendo fazer uso de algum tipo de comunicação.

#### **4.3.2 Descrição do Instrumento para a Coleta de Dados**

Para a realização da pesquisa foram elaborados três formulários:

O **F1 - Dados de Observação** (Anexo 1) - com a finalidade de se obter dados qualitativos da interação enfermeiro-paciente com questões fechadas, composto de três partes:

- I. Obtenção de dados de identificação geral, motivo e causa da internação;
- II. Obtenção de dados sobre comunicação enfermeiro-paciente;
- III. Obtenção de dados sobre comunicação paciente-enfermeiro.

O **F2 - Questionário** (Anexo 2) - com a finalidade de se obter dados qualitativos da interação paciente-equipe e paciente-ambiente físico com questões fechadas e abertas, composto de três partes:

- I. Dados de identificação geral, motivo e causa da internação;
- II. Interação paciente-equipe;
- III. Interação paciente-ambiente físico.

O **F3 - Questionário** (Anexo 3) - com a finalidade de se obter dados qualitativos sobre o **profissional de enfermagem** com questões abertas e fechadas, composto de três partes:

- I. Dados sócio-econômicos;
- II. Formação escolar e profissional;
- III. Avaliação sobre a clínica em que atua.

Os formulários F1 e F2 foram aplicados pela pesquisadora, com os sujeitos internados na UTI, numa duração de aproximadamente 15 minutos no total.

O F1 foi preenchido num momento qualquer em que a equipe estava prestando algum cuidado, sem que soubessem que estavam sendo observados.

Para o preenchimento do F2 os pacientes leram e responderam sozinhos e quando na impossibilidade de assim o fazerem, a pesquisadora fez o preenchimento.

O F3 foi deixado nas UTIs observadas. O preenchimento pelos enfermeiros e a devolução, à pesquisadora, foram espontâneos.

Os dados foram tabulados e tratados no computador. Utilizaram-se como medidas, a média e a percentagem.

Para expressar com mais clareza o que revelaram os dados foram utilizadas tabelas.

#### **4.4 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa que justifica a proposta desta dissertação foi realizada em hospitais de Curitiba. Dentre as Instituições, foram selecionados quatro hospitais, representativos de um maior número de atendimentos, e que se caracterizam por atendimentos gerais e não especializados e particulares.

Foram os seguintes os critérios utilizados:

- a) ter características de hospital geral;
- b) ter mais de 200 leitos;
- c) ser de utilidade pública;
- d) possuir UTI para diferentes especialidades;
- e) estar vinculado às Instituições de ensino superior.

Os hospitais a que se refere esta pesquisa são:

## **I - Hospital Cajurú**

Localizado na Av. São José, 300, no Bairro Cristo Rei, com área construída de 6.531 m<sup>2</sup>, acrescida salas de aula e creche, além das dependências destinadas aos órgãos de apoio.

O Hospital Cajurú é órgão suplementar da PUC-PR, e conta com o maior Pronto-Socorro do Estado, onde são atendidos pacientes em situações de emergência, tanto adultos como crianças, de setores conveniados, previdenciário e particular. É considerado um hospital geral de grande porte, filantrópico, de ensino e de referência regional.

As UTI Geral e cardíaca do Hospital Cajurú, onde foi desenvolvida a pesquisa, são dotadas de equipamentos modernos e compatíveis com o número de leitos existentes.

A equipe de enfermagem da UTI geral conta com 4 Enfermeiros e 27 Auxiliares de Enfermagem, e na UTI-cardíaca, é composta por 4 enfermeiros e 26 auxiliares de enfermagem, distribuídos nas 24 horas do dia. A equipe médica é formada por 10 profissionais distribuídos em escala de plantão.

Integram-se a esta equipe outros profissionais, como Fisioterapeutas, Psicólogos e Assistentes Sociais, bem como Nutricionistas. Há que se fazer referência ao Capelão do Hospital, que dá sustentação religiosa aos pacientes.

A UTI Geral do Hospital Cajurú, fisicamente está situada no final do corredor, próximo ao Pronto-Socorro e ao Centro Cirúrgico. Construída de forma retangular, possui um balcão central, permitindo a visualização de todos os 10 leitos. Os dois leitos de isolamento ficam separados por meia parede e vidro. As

visitas seguem um critério padronizado, ou seja, cinco minutos de duração e uma pessoa por paciente.

A UTI-cardíaca está situada próximo ao Centro Cirúrgico e Pronto Socorro. Construída de forma retangular, divide-se em duas salas, uma para pacientes em pós-operatório com 4 leitos e outra onde fica o posto de enfermagem, para pacientes clínicos com 6 leitos, sendo 2 para isolamento. A iluminação é natural e artificial por lâmpadas frias e spots. Para as visitas com duração de 5 a 10 minutos, há dois critérios: aos pacientes conveniados, em dois horários, às 10:00 horas e 17:00 horas; demais pacientes, às 15:00 horas.

## **II- Hospital Evangélico**

Localizado à rua Augusto Stelfeld, 1908, no Bairro Bigorriho. Atende a comunidade há 35 anos e pertence a Sociedade Evangélica Beneficente. Iniciou seu atendimento com 50 leitos e atualmente conta com 467 leitos. É um hospital geral, filantrópico e de ensino. Atende conveniados e particulares. Mantém convênio com o governo municipal para pronto atendimento de emergência médica. É o único hospital no Estado com clínica de atendimento à queimados.

Tem cinco UTI's - neo-natal, pediátrica, cardíaca, coronariana e geral. Nesta pesquisa, os sujeitos estudados foram das UTI's, coronariana e geral.

A UTI coronariana está localizada no quinto andar do hospital e tem 8 leitos, sendo um de isolamento, separado dos demais por parede divisória e vidro. Os demais leitos não tem divisórias. É de forma retangular com o posto de enfermagem em uma das pontas, o que permite a visualização de todos os leitos. A média de permanência nesta UTI é de aproximadamente de três dias. Todos os



leitos têm na cabeceira um quadro com a identificação do paciente. A iluminação é de dois tipos: natural e artificial com lâmpada fria e spot embutido.

A normatização de horário para visita é das 11:00 h às 12:00 h, quando podem entrar duas pessoas por paciente, uma de cada vez, dentro do tempo regulamentado.

A equipe de enfermagem que atua nesta UTI é composta de uma enfermeira e treze auxiliares de enfermagem.

A UTI geral possui 14 leitos, sendo quatro com box fechado para isolamento, é de forma retangular, com o posto de enfermagem no centro, não permitindo uma boa visualização dos pacientes. A iluminação é natural e artificial, embora exista spot para iluminação indireta, o mesmo não estava sendo utilizado ao tempo da pesquisa.

A equipe de enfermagem é composta de uma enfermeira e vinte e dois auxiliares de enfermagem. O horário de visita, são todos os dias, é das 11:00 às 12:00 horas. A entrada é permitida somente para uma pessoa com permanência de 5 minutos.

### **III- Hospital de Clínicas**

Foi inaugurado em 26/03/60, mas iniciando a funcionar apenas em 1961.

Diariamente o Hospital de Clínicas é procurado por centenas de pessoas vindas de todos os estados do Brasil e até mesmo de países vizinhos. São pacientes que vêm em busca de cura para os males que os afligem e que fazem parte da história do Hospital de Clínicas, órgão suplementar da Universidade

Federal do Paraná, com características de hospital universitário, voltado para o ensino, pesquisa e assistência.

O HC possui 644 leitos, com uma taxa de ocupação de 79,2% e 223 ambulatórios em mais de 40 especialidades médicas e cirúrgicas. Realiza 2.100 internações e mais de 80 procedimentos ambulatoriais por mês, atendendo, até, pacientes de outros estados e de alguns países vizinhos. Este hospital conta com diversos serviços considerados de excelência pelo Ministério da Saúde como o Diagnóstico de Doenças Neuromusculares, Transplante de Medula Óssea, Transplante Hepático, Banco de Leite Humano, Controle de Infecção Hospitalar, entre outros.

Essa, aliás é a missão do HC: atender a população com qualidade e dignidade proporcionando condições para o ensino, a pesquisa e a extensão da ciência na área da saúde.

O Hospital de Clínicas possui uma UTI pediátrica e uma UTI geral.

A UTI geral, recebe pacientes de todo hospital e fica no sexto andar, próxima ao centro cirúrgico. Tem quatorze leitos, sendo dois para isolamento. É de forma retangular, com um corredor central e leitos de ambos os lados. O posto de enfermagem fica num espaço em continuidade aos leitos.

Cada leito é isolado em box com meia parede divisória e vidro, com porta, e todos têm a cabeceira do leito para a janela. A luz é natural a maioria do tempo. Nos boxes a iluminação é indireta com spot embutido. No corredor e no posto de enfermagem. Na porta de cada box há identificação dos pacientes. Faz parte da equipe médica e de enfermagem, a fisioterapia. Outros profissionais, como

Nutricionistas, Assistentes Sociais que atendem a UTI, são profissionais do Hospital e vêm à UTI quando solicitados.

As visitas são em três horários: 11:00 às 11:30, 15:00 às 15:30 e das 21:00 às 21:30 horas, podendo entrar dois visitantes, sendo um de cada vez e permanecer com o paciente os 30 minutos. Nessa UTI, atuam doze enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e trinta e seis auxiliares de enfermagem.

#### **IV- Hospital de Caridade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba**

Está situado à praça Rui Barbosa, 694, com área de 15.199 m<sup>2</sup>. O Hospital de Caridade foi fundado em 22 de maio de 1988.

Mantém convênio com a PUC-PR para o Curso de Medicina. Para prestação de serviços, mantém convênios com as seguintes entidades: Centro Paranaense de Diagnóstico por Imagem, Centro de Diagnose Cardiovascular, Serviço de Tomografia Computadorizada e Ultra-sonografia, Clínica Paranaense de Radiologia Ltda, Serviço de Radiografia, Serviço de Nefrologia, Serviço de Hematologia e Hemoterapia, Serviço de Análises Clínicas, Serviço Patologia, Serviço de Oftalmologia e serviço de Urologia.

O Hospital possui Unidade de Terapia Intensiva com dez leitos no CTI, seis na Unidade Coronariana e cinco no Centro de Emergência 24 horas. A pesquisa foi realizada no CTI e na Unidade Coronariana.

O CTI fica próximo ao Centro Cirúrgico, com forma retangular e paredes divisórias em dois ambientes. O primeiro, com 5 leitos é destinado à cirurgia cardíaca e o segundo, para geral. Não há separação entre os leitos e a iluminação é

somente com lâmpada fria. As visitas são das 15:00 às 16:00 horas, limitado a uma pessoa com tempo de permanência de 5 minutos.

A Unidade Coronariana é para pacientes cardíacos e pós-exames. Fica localizada próxima ao Centro Cirúrgico e possui seis leitos. É em forma de “U” com posto central que permite visualizar todos os leitos. A iluminação é normal nos boxes e fria no posto e corredor, enquanto que a ventilação é por ar condicionado. Os leitos são divididos com meia parede e vidro. As visitas são das 13:30 às 14:00 horas, sendo permitida a entrada de duas pessoas (uma de cada vez) durante o período estipulado.

A equipe de enfermagem no CIT é composta por 4 enfermeiros, 4 técnicos e 30 auxiliares de enfermagem e, na Unidade Coronariana, por 1 enfermeiro, 6 técnicos e 6 auxiliares.

Em ambas UTI's, quando o paciente necessita de outro profissional, que não médico e enfermeira, o mesmo é atendido pela equipe geral do hospital.

#### **4.5 QUESTÕES NORTEADORAS**

O homem, como um ser em constante evolução, procura se adaptar à mutação temporal. Entretanto, independente da época, ao deparar com seu estado de saúde comprometido e em um ambiente de UTI ele sente medo e tem necessidade de segurança.

Como é importante a presença humana ao lado do paciente e quão significativo pode ser o simples gesto de segurar sua mão.

A participação do enfermeiro junto ao paciente nesse momento parece ser de suma importância para que a assistência de enfermagem seja integral.

Ao enfermeiro compete atender o paciente como ser global, não esquecendo de sua individualidade e, conseqüentemente, aceitando-o e respeitando a liberdade de ser do indivíduo.

Para isso, o enfermeiro deve primeiro refletir sobre seus próprios valores pessoais e profissionais.

Há, portanto, a necessidade de uma avaliação interior, onde o enfermeiro irá refletir sobre seu conhecimento como ser humano e, assim, assumir a responsabilidade de sua atitude profissional. Ele deve ser preparado para detectar as necessidades reais dos pacientes como pessoa.

Precisa ainda estar voltado para um compromisso de ajuda, o qual está vinculado aos seus próprios valores.

Constituem-se, portanto, eixos desse trabalho a suposição de que: se o paciente tiver um atendimento mais humanizado, tenha sua recuperação acelerada e, se o profissional for melhor preparado, poderá prestar um serviço mais humanizado ao paciente.

## **5 REVISÃO DA LITERATURA**

Este item foi subdividido em sub-itens, focalizando aspectos relevantes para o estabelecimento de um suporte conceitual para o estudo desenvolvido. O primeiro aspecto refere-se a uma visão humanista em lugar da excessiva

tecnização; o segundo diz respeito às necessidades humanas básicas; o terceiro relaciona-se ao processo de comunicação na assistência da enfermagem e o último aborda a UTI sobre uma ótica de humanização.

## 5.1 UMA VISÃO HUMANISTA EM LUGAR DA EXCESSIVA TECNIZAÇÃO

Nas últimas duas décadas têm surgido estudos com a preocupação de humanizar a assistência de enfermagem, destaca-se entre eles os seguintes:

TROTTO *et al.* (1976) em um capítulo intitulado “*o ser humano no centro de tratamento intensivo*” ressaltam a compreensão do homem como um todo. Esta ênfase conceitual, dizem, é “*no sentido de nos opormos a uma deformação muito encontrada na prática, onde se observa uma compreensão intelectual dos fenômenos psíquicos e mesmo corpóreos, em contraposição a uma ‘práxis’ parcial*”. Os autores trabalham o conceito de **eu** ou **self** englobando um Eu corporal, um Eu mental, a constituição biológica e um Eu social. Isto é o Homem, “*ora deitado no leito, moribundo, ora o que trata, estando ambos, porém, vinculados pela mesma condição humana*”. (TROTTO *et al.* *apud* SIMÃO, 1976:607-624)

PEREIRA (1981) elaborou um estudo para questionar os valores da Enfermagem e objetivando conceituar o seu “*Ethos*”, analisou os aspectos fenomenológicos que fundamentam a Deontologia da profissão. A autora contesta o relativismo frente aos problemas morais, justificando, na Ética Humanista, os princípios norteadores da conduta profissional do enfermeiro.

De acordo com a posição humanista, as normas éticas são encontradas na natureza do homem, enquanto capaz de perceber os valores, tornando-se seu suporte.

As condições da existência humana são exploradas com a intenção de identificar os valores que devem humanizar o homem tecnocrata. O "*Homo Humanus*" é conceituado como a pessoa livre, independente, amorosa, interessada pela vida, como o indivíduo que tem fé, coragem para decidir e esperança em um mundo melhor, sendo responsável por suas ações.

O "*Ethos*" da Enfermagem é considerado a fonte dos princípios morais que orientam a ação do enfermeiro, tendo a vida como valor ético fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce da interação enfermeiro-paciente.

As responsabilidades do enfermeiro e os princípios éticos relativos ao exercício profissional são analisados face à Ética Humanista, e ao Código de Deontologia de Enfermagem. A conduta ética na Enfermagem não conduz ao relativismo, pois exige sempre do profissional a reverência pela vida e o respeito à dignidade humana.

Assim, a vida como referencial ético da Enfermagem, assume um significado original: é o desafio para o homem limitado em suas capacidades psicobiológicas e um problema humano para ser resolvido com sabedoria e entendimento, responsabilidade e solidariedade.

ZEN e BRUTSCHER (1986) abordam a humanização na atividade da enfermeira de centro cirúrgico em relação ao paciente de cirurgia. Os mesmos predicativos relacionados aos aspectos éticos e humanos deste tipo de paciente, aplicam-se ao paciente da UTI. O paciente espera solução para seus problemas por parte dos profissionais da saúde. Espera que um(a) enfermeiro(a) atue com eficiência e somente depois que este(a) for aceito(a) como profissional competente,

poderá influir mais facilmente no sentido de ajudar para a evolução da cura e completa recuperação.

## 5.2 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

GALIZA (1985) fez um levantamento de opinião de diversos autores sobre as necessidades humanas básicas dos pacientes internados nas UTI's e elaborou uma revisão bibliográfica pertinente ao assunto. A maioria dos esquemas das necessidades básicas do paciente baseia-se na hierarquia de necessidades humanas de MASLOW: necessidades de amor e de pertencer; necessidade de estima e necessidade de auto-realização.

Esta autora enfatiza uma assistência de enfermagem efetiva e humanizada aos pacientes.

ESPÍRITO SANTO (1984) investigou a atuação do enfermeiro da UTI, referenciando como este identifica, diagnostica e resolve os problemas ligados à segurança emocional dos clientes internados. Foi constatado que os procedimentos terapêuticos dominantes recaem sobre as alterações físicas em detrimento do emocional, evidenciando que o enfermeiro ao distanciar-se de uma atuação como um todo holístico, acarretará sérios prejuízos na assistência destes clientes, cuja necessidade humana básica afetada é predominantemente relacionada à segurança emocional.

HORTA (1970) observa que o não atendimento das necessidades básicas do homem, para o seu bem-estar físico, psíquico e social, podem resultar em efeitos funestos para o paciente.



### 5.3 A COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Na literatura pertinente encontram-se vários autores que destacam a importância da comunicação na assistência e no cuidado da enfermagem.

CARNEIRO (1982) em seu estudo *"comunicação enfermeiro/paciente em unidade de terapia intensiva - estudo interativo do processo de comunicação"* aborda os aspectos relacionados à familiarização da equipe de enfermagem e paciente ao ambiente e técnicas assistenciais empregados na UTI. Analisaram a influência da comunicação nas emoções e problemas vivenciados pelos mesmos. Concluiu que o tipo de comunicação é um dos fatores de maior tensão, ansiedade e medo, caracterizando-se por mensagens curtas, breves e unilaterais, o que não corresponde à expectativa expressa pelos pacientes, de que poderia constituir-se em um meio terapêutico para diminuir a ansiedade, o medo e a solidão, através da interação comunicativa de todos os seus componentes.

ARAUJO (1984) realizou um estudo sobre as dificuldades do enfermeiro para lidar com o paciente que não se comunica verbalmente. Verificou que a maioria dos enfermeiros analisados considerou difícil o relacionamento terapêutico com este tipo de paciente. As características apontadas que mais dificultam a assistência de enfermagem são: *"não responde quando solicitado ou sua resposta é curta e rápida"* e *"não mantém uma conversa"*.

Neste estudo foi detectado que os enfermeiros consideram necessário muita paciência e tempo para o atendimento ao paciente que não se comunica verbalmente e que os enfermeiros dizem não saber que atitude tomar frente ao paciente com as características citadas.

STEFANELLI (1986) em seu artigo *“Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente”* demonstra uma preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem prestada em hospitais psiquiátricos e a diversificação no ensino de enfermagem psiquiátrico. Trata-se de uma síntese do conhecimento básico necessário para a compreensão do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente, como base da assistência de enfermagem psiquiátrica e para o ensino desta. Entretanto, sua aplicabilidade estende-se a todas as áreas de enfermagem *“seja qual for a situação ou especialidade, há sempre uma interação enfermeira-paciente. A experiência de relacionamento terapêutico pode ser empregada com indivíduos, família, grupos e comunidades”*. (STEFANELLI, 1986:43)

Destaca-se da análise de STEFANELLI, a idéia de que o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente é constituído de uma série de interações entre enfermeira e paciente, planejadas, com objetivos definidos, para ser útil a um paciente em particular, no qual uma das partes - a enfermeira - dispõe de conhecimentos científicos, habilidade profissional e pessoal para ajudar a outra - o paciente ou cliente - que por uma situação qualquer de vida, viu-se impedido de interagir ou comunicar-se satisfatoriamente com as pessoas de seu meio.

STEFANELLI *et al.* (1982) estudaram a aceitação, a empatia e o envolvimento emocional como aspectos básicos no relacionamento enfermeira-paciente. As autoras destacam a idéia de que ao interagir com paciente, a enfermeira tem que ter sempre em mente que está se relacionando com um ser humano e com o propósito de tornar esta interação um relacionamento terapêutico.

RUESCH (1964) desenvolveu uma teoria de comunicação fornecendo valiosos subsídios para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Observa

que a comunicação só é útil quando a pessoa experimenta o sentimento de ser compreendido, e o sucesso do processo da comunicação resulta em segurança e ação construtiva. Deste modo, a comunicação adequada pode tornar eficaz o relacionamento enfermeiro-paciente.

#### **5.4 A UTI NUMA ÓTICA DE HUMANIZAÇÃO**

Há uma vasta literatura com a Unidade de Terapia Intensiva como temática, predominando uma variedade de definições e de conceitos. Em relação à qualidade de assistência de enfermagem é, também, uma preocupação enfatizada por diversos autores. Outro aspecto analisado nas pesquisas sobre UTI diz respeito a Educação em Serviço, com o objetivo de ampliar as possibilidades de atuação profissional, melhorar o nível de assistência de enfermagem conscientizando a equipe da importância de uma assistência integral ao paciente.

KIMURA (1988) investigou os problemas prioritários dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de acordo com sua percepção e a dos enfermeiros que os assistem. Foram analisados comparativamente os problemas indicados pelos dois grupos, pacientes e enfermeiros, segundo sua natureza, valorização atribuída aos mesmos e influência do grau de comprometimento físico dos pacientes nesta valorização.

Este estudo partiu da premissa de que o enfermeiro precisa planejar a assistência de enfermagem baseando-se primordialmente nas necessidades estabelecidas pelos seus assistidos. A autora ressalta a importância para a prática da enfermagem, de comparar-se a opinião de pacientes e enfermeiros, quanto aos problemas respectivamente sentidos e identificados. Isto porque a qualidade da

assistência prestada ao paciente depende, em grande parte, da correta identificação dos problemas mais sentidos e da correspondência, entre pacientes e enfermeiros, de valorização atribuída a esses problemas.

KOIZUMI *et al.* (1986) analisaram comparativamente o conteúdo das pesquisas de enfermagem, brasileira e norte-americanas, em terapia intensiva e nas demais unidades médico-cirúrgicas.

As autoras concluíram que os temas mais freqüentemente estudados no período de 1975-1984 foram sobre a avaliação de procedimentos de enfermagem ou terapêuticos e de parâmetros fisiológicos. A avaliação dos procedimentos de enfermagem foi a matéria predominantemente pesquisada tanto nas pesquisas nacionais como nas estrangeiras.

HOFMANN e MONTEIRO (1990) efetuaram um estudo sobre a "*Situação dos recursos humanos de enfermagem nas unidades de tratamento intensivo de Curitiba*", obtendo dados que mostraram insuficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem. Constataram, ainda, que as atividades de enfermagem são prioritariamente realizadas pelos atendentes e auxiliares de enfermagem. Cabe lembrar que a Lei 7.498 que dispõe sobre o exercício da enfermagem coloca como atividade privativa do enfermeiro a prestação de cuidados diretos de enfermagem à pacientes graves, com risco de vida. Portanto, os pacientes da UTI devem ser atendidos pelo enfermeiro.

Estas autoras observam a necessidade de que o pessoal da UTI, além de mostrar competência técnica e uma visão humana do seu trabalho, deve ser treinado para o atendimento de pacientes de alto risco.

NEVES e SCHWARTL (1990) realizaram estudo para diagnosticar os indicadores quali-quantitativos da assistência de enfermagem prestada nas UTI's de Curitiba. Concluíram que a maioria das unidades estudadas possuem um quadro de pessoal deficiente quali-quantitativamente, implementam parcialmente a sistematização da assistência de enfermagem, não possuem diferenciação de competência entre os elementos da equipe de enfermagem, não desenvolvem programas de educação em serviço e a divisão diária do trabalho de enfermagem predominantemente é por tarefas.

Estas autoras enfatizam a necessidade de que a Educação em serviço seja objeto de interesse crescente das instituições de ensino e serviço, na área de saúde. Por meio dela pode-se levar o enfermeiro a trabalhar com mais eficiência e com maior satisfação, visando o funcionário como "ser humano".

## **6 EMBASAMENTO TEÓRICO PARA UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA**

### **6.1 REFERENCIAL TEÓRICO**

Os elementos que fornecem embasamento teórico para a interpretação do significado dos dados coletados por meio dos questionários aplicados a pacientes e a enfermeiros agrupam-se em três linhas: educativa, filosófica e de comunicação terapêutica.

Os pressupostos técnicos retirados destes três aspectos devem convergir para sustentar uma análise em que se enfoca a humanização da assistência de enfermagem.

### 6.1.1 Em busca de uma linha educativa

O processo educativo é um fator importante para se obter a qualidade do serviço. A ação educativa e a função do enfermeiro são elementos relevantes em sua atividade profissional que não podem ser dissociados de sua prática assistencial.

O profissional de enfermagem ingressa no mercado de trabalho, inseguro quanto aos seus conhecimentos e sua aplicabilidade. Conseqüentemente, uma série de fatores podem comprometer a qualidade da assistência e a integridade da instituição. Diante destes problemas, tem sido proposta a educação continuada em serviço para promover o aprimoramento técnico-científico e desenvolver uma consciência crítica no trabalho humano.

É de maior importância para este trabalho a afirmação de SANTOS:

Na medida que a continuidade da educação reconhece como princípio que onde houve uma interação social, pode ocorrer uma situação educativa, pois o processo educativo é, eminentemente, dinâmico e flexível, então o agente educativo que estimula a aprendizagem se mantém interessado pelo indivíduo como um todo, levando em consideração sua capacidade global e o entendimento como inserido em um sistema social, econômico e cultural. (SANTOS, 1992:30)

O princípio norteador dos programas de capacitação do enfermeiro, além de desenvolver uma consciência crítica, tem outras implicações. A educação em serviço força *“uma tecnologia mais avançada a exigir uma reformulação dos padrões estruturais”* e - como subsídio especial para este trabalho - *“é uma forma de humanizar a instituição através do ensino e da prática”*. (SANTOS, 1992:31)

### 6.1.2 Em busca de um enfoque filosófico

De acordo com WIEDENBACH, três conceitos definem as filosofias de enfermagem:

1. *“reverência pelo dom da vida;*
  2. *respeito pela dignidade, valores, autonomia e individualidade de cada ser humano;*
  3. *resolução para agir dinamicamente em relação às próprias crenças”.*
- (WIEDENBACH *apud* AMADOR, 1975)

Estes princípios são coerentes com a idéia de humanização da assistência de enfermagem e são utilizados como subsídio teórico para o presente trabalho.

LINS enumera como características do Homem (ser): possuir vontade própria, inteligência, emoções e senso moral, podendo portanto amar, odiar, chorar, sorrir e viver a vida dentro de uma filosofia própria. (LINS, 1981:21)

Cabe lembrar que *“cada indivíduo reage diferentemente às alterações (ambientais, fisiológicas, sociais, etc) procurando adaptar-se a estas. O processo adaptativo do homem está na dependência de forças individuais, intra-individuais e sócio-ambientais”.* (BELAND & PASSOS *apud* LINS, 1981:21)

### **6.1.3 Enquadrando comunicação na terapia**

Neste trabalho, adota-se a definição clássica de comunicação terapêutica elaborada por RUESCH e dela retiram-se os subsídios essenciais para aplicação na presente análise. Neste tipo de comunicação, o objetivo é provocar mudança na forma de comunicação do outro, no caso o paciente, para produzir relações sociais mais gratificantes. O paciente recebe apoio para enfrentar seus problemas e aceitar aquilo que não pode ser mudado. A presença destas quatro características são

indispensáveis para o sucesso da comunicação: flexibilidade, propriedade, eficiência e resposta. (RUESCH, 1964:73)

SINNO acrescenta reciprocidade, solidariedade, respeito mútuo, liberdade e acolhimento que atuam sobre os entraves de forma a neutralizar, ou minimizar seus efeitos sobre a relação pessoa-pessoa, que deve constituir o cerne da assistência de enfermagem ao paciente. (SINNO, 1987:125)

O relacionamento interpessoal no mundo da saúde tem características bem específicas: de ajuda e apoio, de reajuste ao novo ambiente e de engajamento na situação vital do paciente.

## 6.2 DEFINIÇÃO DOS TERMOS

**Unidade de Terapia Intensiva (UTI)** - conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes graves susceptíveis de recuperação. O preciso papel das UTI's está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atenção médica, no atendimento dispensado ao paciente crítico.

**Cuidado intensivo** - são considerados aqueles prestados a pacientes graves, com risco de vida ou estado crítico, incapacitados de comunicar suas necessidades e que exigem observação constante.

**Educação em serviço** - conjunto de ações realizadas pela equipe de enfermagem e dirigidas a indivíduos, família e comunidade com o objetivo de favorecer a autonomia em questões de saúde e prestar-lhes cuidados quando não puderem realizá-los sozinhos.



**Serviço de enfermagem** - é um sistema de planejamento, organização, direção e controle dos objetivos a serem estabelecidos e atingidos em relação à assistência de enfermagem, à equipe de enfermagem e à comunidade.

**Filosofia de enfermagem** - conjunto de valores e fins primários intencionalmente escolhidos, que servem como critérios para a determinação de meios favoráveis à consecução dos objetivos finais, que são primários (assistência de enfermagem ao paciente), secundários (equipe de enfermagem) e sociais (comunidade).

**Humanização da assistência de enfermagem** - em essência, é dar condições humanas ao paciente, manifesta-se no domínio filosófico, ético e de prática do relacionamento social. É uma reação à coisificação do ser humano e sua fragmentação. A proposta é de uma assistência de enfermagem ao homem holístico, procurando superar os dualismos clássicos, de acordo com CAPALBO: *"dualismo entre mente e corpo, indivíduo e sociedade, pessoa, enfermo, saúde e doença, relacionamento pessoal e impessoal"*. (CAPALBO, 1984:132)

**Enfermeiro** - São os profissionais da Equipe de Enfermagem, encontrados no presente estudo, que compreendem a seguinte formação escolar específica de enfermagem:

- Atendente de enfermagem - sem formação escolar;
- Auxiliar de enfermagem - formação de auxiliar à nível de suplência escolar;
- Auxiliar de enfermagem - formação de auxiliar em curso regular com 1 ano de duração;

- Técnico de enfermagem - formação a nível de curso de 2º grau profissionalizante com 1 ano e meio de duração;
- Enfermeiro - formação à nível de curso superior com 4 anos de duração.

# **I PARTE**

## **ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIOLÓGICOS: UMA REFLEXÃO**

### **1 O HOMEM, QUEM É ELE?**

Os termos “relacionamento” e “humanizado” têm sido usados de maneira pertinente em muitas situações até mesmo como título de artigos, e parecem aumentar atualmente o seu uso. Em parte, tal uso reflete sua crescente vigência no mundo científico e na sociedade em geral. A conjugação destes dois elementos relacionamento humanizado é indispensável para o processo da comunicação.

O presente trabalho apoia-se na suposição de que o profissional enfermeiro não deve cruzar os braços ante o processo de comunicação. O enfermeiro e o paciente são duas pessoas distintas mas que inesperadamente vão passar horas e dias juntos num processo de interação e ajuda.

Foi traçado nesta parte um itinerário que se inicia mostrando o homem em todos seus aspectos: antropológico, psicológico, sociológico até chegar ao homem doente e dependente de uma assistência de enfermagem.

Enfoca-se aqui o homem na história com suas características, trabalhando sua vida e sua relação com o outro, a corporeidade com suas necessidades humanas básicas e finalmente, a dimensão comunicativa do homem.

### **1.1 O HOMEM NA HISTÓRIA**

Este item tem como objetivo o estudo da pessoa e do meio em que ele vive. Assim, trata-se aqui, do ser humano como um sistema aberto, que está em constante comunicação com o exterior e, mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio que às vezes, é mais eloqüente do que a palavra. É preciso uma aceitação e compreensão dos problemas humanos, dentre os quais a doença, que deve ser entendida como resultante do rompimento da interação de corpo, mente e meio ambiente, estudadas e tratadas nessa perspectiva abrangente.

A antropologia busca situar o homem em seu contexto com todas as suas possíveis relações. Será delineado nos parágrafos seguintes as várias abordagens do homem através dos tempos, onde em cada momento histórico há uma determinada visão de homem e mundo.

Percebe-se, ao longo da história da humanidade, que o homem foi estudado sob vários enfoques filosóficos, de acordo com as várias épocas: grega, cristã, moderna e contemporânea, a partir de uma perspectiva cosmocêntrica,

teocêntrica e antropocêntrica, respectivamente, como mostra NOGARE (1990:25-64)

Para os pensadores gregos, o cosmos era o centro para onde convergiam as atenções e, assim, sua concepção cosmocêntrica do mundo e do homem orientava suas especulações e seu modo de vida.

Cosmos, aqui, é entendido a partir da palavra grega “*kosmos*”, que significa “ordem”, “universo”, “beleza” e “harmonia” e que designa, em sua origem, o céu estrelado enquanto podemos nele detectar certa ordem: as constelações astrais e a esfera das estrelas fixas.

Por isso, a visão de homem da Idade Antiga é cosmocêntrica, ou seja, o homem é compreendido a partir do cosmos. Dentro desta perspectiva, as antropologias mais significativas são as de Platão e de Aristóteles.

Para PLATÃO (429-348 aC), corpo e alma nunca formaram uma verdadeira unidade, pois habitavam em mundos diferentes. A alma é espiritual, incorruptível e imortal.

Ao contrário, para ARISTÓTELES (384-322 aC) o corpo e a alma formam uma só realidade; no homem, a alma tem uma evidente superioridade em relação ao corpo, mas não escapa da corrupção e da morte.

Uma nova visão de mundo surge com o cristianismo, a teocêntrica. Enquanto para os gregos o centro da vida humana era o cosmos, para os cristãos, da Idade Média, o homem é compreendido a partir de Deus, como ponto de referência, sendo uma reflexão evidentemente teocêntrica. As antropologias mais

significativas elaboradas pelos pensadores cristãos são as de Santo Agostinho e de São Tomaz de Aquino.

Pode-se dizer que Santo Agostinho (354-430) tem a sua obra centrada tanto no homem como em Deus. É na alma que Deus se manifesta.

Para São Tomás de Aquino (1225-1274), o homem tem corpo e alma, matéria e espírito formando uma só unidade, embora, desta unidade, a alma seja espiritual, portanto, imortal.

Com o início da modernidade, que na história da filosofia tem sua gênese no século XVII, o homem não mais tem como referência primeira o cosmos, nem Deus, mas o próprio homem como sujeito de sua história (penso, logo existo), com o "código cartesiano". Nessa concepção, o homem é situado e explicado como o centro do universo e, ao mesmo tempo, é considerado como o fim ao qual tudo o mais deve estar ordenado e subordinado. O homem é entendido como a medida de todas as coisas.

Entre os pensadores modernos, DESCARTES (1596-1650) tem por objetivo o homem, compreendido a partir da sua consciência (cógito), já SPINOZA (1632-1677) visa a estabelecer o escopo da vida humana e os meios para o conseguir e por sua vez HUME (1711-1776) vê o homem como indivíduo. Para MARX (1818-1883), o homem continua sendo apenas um ser social. Para os psicanalistas da linha freudiana o homem é um complexo de instintos.

A revolução cartesiana trouxe grande mudança na medicina ocidental. Antes de DESCARTES, os terapeutas pregavam uma interação de corpo e alma, e o tratamento dos pacientes se fazia dentro do seu contexto espiritual e ambiental. O

paciente era um todo. A filosofia de DESCARTES alterou essa situação ao dividir o homem em corpo e mente, tendo sido dada maior atenção à máquina corporal e deixado em segundo plano os aspectos ambientais e psicossociais.

A dúvida é o ponto fundamental do método de DESCARTES. Ele duvida de tudo que é possível duvidar e conclui que da existência de si mesmo, enquanto pensador, ele não pode duvidar, chegando à famosa afirmação "*cogito, ergo sum*", ou seja, "*penso, logo existo*". DESCARTES deduziu que o pensamento abriga a essência da natureza humana e tudo que concebemos é verdadeiro e chama-se intuição. Afirma que intuição e dedução são o caminho para se chegar à verdade. São essas as ferramentas do método analítico usado por DESCARTES, que consiste em decompor o todo em partes. Esse método trouxe grandes avanços tecnológicos na área da medicina, mas, por outro lado, levou à fragmentação que pode ser chamada de multidisciplinaridade, rompendo com a interdisciplinaridade, que era algo presente na filosofia até o século XVII.

O pensamento cartesiano fundamenta-se no dualismo, corpo e mente, afirmando o mentalismo e descartando a corporeidade. O desafio está em articular bem a interação dialética cérebro e mente, assumindo a categoria corporeidade com base para o tratamento médico.

Mas foi depois de KANT (1724-1804) que se impôs um novo modo de estudar o homem, porque para ele, a mente humana não pode adquirir um saber absoluto nem do mundo, nem do homem, nem de Deus; ela pode atingir somente um conhecimento de caráter prático, moral. KANT tentou mostrar que o homem é um ser diferente dos outros no seu valor, na sua dignidade, na sua condição de

pessoa, e que a essas características deve corresponder um comportamento adequado.

No século XX, os filósofos valorizam outras áreas do conhecimento além da filosofia e da religião, como por exemplo: a história, a ciência e a cultura. Com efeito, cada uma das disciplinas científicas nos oferece só um conhecimento parcial e superficial do homem. É certo que o biólogo, o antropólogo e o historiador questionam a respeito do homem, mas nenhum se propõe responder a pergunta: quem é o homem? E enfocando o homem em sua totalidade HESCHELL nos afirma:

O homem nos interessa na sua totalidade, não por esse ou aquele de seus aspectos. As ciências especializadas (Antropologia, Lingüística, Fisiologia, Medicina, Psicologia, Sociologia, Economia, Ciências Políticas), malgrado os seus esforços, tendem a limitar a totalidade do indivíduo, considerando-o do ponto de vista de uma função ou de um impulso particular. O nosso conhecimento do homem resulta fragmentado: muito freqüentemente tomamos uma parte pelo todo. (HESCHELL, 1980:14)

CAPRA (1982) em *O Ponto de Mutação*, refere-se à influência cartesiana da qual resultou o modelo biomédico, afirmando ser o corpo humano uma máquina com suas peças; a doença é um mau funcionamento dessa máquina, e o médico tem o papel de intervir para consertar a máquina. A medicina, hoje, ao atender o paciente em partes cada vez menores e mais especializadas, perde-o de vista como um ser humano. Para CAPRA, curar é uma complexa interação que envolve aspectos físicos, ambientais e psicossociais. O mesmo autor afirma que os curandeiros existentes até hoje tratam seus doentes desta forma - abordagem dita holística - por meio da qual, através de rituais, aliviam a apreensão, que é um componente significativo da doença, e estimulam os poderes curativos naturais do organismo. Esses rituais têm algo especial: uma **intensa relação** entre curandeiro e paciente.



Sabe-se que um atendimento fragmentado pode ter muito sucesso como paliativo, mas pode ser temporário; o ideal é que o problema seja detectado na sua origem. Esse é o perfil, ou seja, o homem fragmentado em que as ciências médicas elaboraram seus pressupostos.

## 1.2 CARACTERÍSTICAS DO HOMEM

Nesse item será estudado o perfil humano, enfocando suas dimensões fundantes: consciência, liberdade, cultura, ética e transcendência.

A vida humana é uma continuidade de experiência, não permanece estática, mas se beneficia de ocorrências anteriores, avança ora aqui, ora ali, e vai constantemente progredindo. Entretanto, ela passou a ser desumanizada com a fragmentação da visão cartesiana.

O homem organiza sistemas éticos, políticos e econômicos de diversos tipos; exhibe a maior sutileza no expressar seus sentimentos e emoções, simpatia, espanto, humor, ódio - as múltiplas facetas de sua personalidade. É consciente de si mesmo, responsável e desenvolveu sensibilidade espiritual, estética e moral.

O homem tem **consciência** e, por meio dela, faz auto-reflexão e redireciona sua vida. É um voltar para suas sensações de maneira pessoal e individual.

No âmbito da consciência, pode-se dizer que há um elemento que desvela e dá os matizes para descrever e buscar entender o próprio homem. Deve-se entender por consciência, a atitude e a capacidade que o homem tem de poder refletir sobre si mesmo.

Segundo ALFARO: *“La consciência constituye y manifiesta por si misma su propia originalidad como realidad como experiencia y como conocimiento; es una realidad exclusivamente interior al hombre, autónoma en su autopresencia, que precisamente, en cuanto presencia de si a si misma (auto-reflexiva) es experiencia y conocimiento implícito de si misma”*. (ALFARO, 1980:209)

O fato de se perceber e poder elaborar-se, dá ao homem substrato para desenvolver várias outras dimensões de sua própria vida, que são características próprias e, assim, passa a tomar contornos que o distingue dos demais animais e da natureza.

A **liberdade** é uma outra dimensão que permeia e caracteriza o homem, sendo que, filosoficamente, liberdade é entendida como possibilidade ou escolha, condicionada pela relação com “o outro” e com “o mundo”, que exige também responsabilidade. Assim, a liberdade dá uma característica específica ao homem, como ser que pode fazer escolhas, aberto a possibilidade.

Para ALFARO, na liberdade o homem manifesta sua distinção e supremacia diante das outras realidades do mundo:

Aquí se encuentra el origen de la diversidad entre el devenir histórico y el devenir cósmico: el hombre decide de si por si mismo. Se manifiesta así de modo privilegiado la inmanencia (interioridad) suprema del hombre respecto de toda otra realidad del mundo. Inmanencia del hombre respecto de toda otra realidad del mundo. Inmanencia talmente interior, que el sujeto actúa sobre si mismo en el acto libre es interior al sujeto, diverso de él y acto suyo. Obrando libremente, el sujeto se hace más si mismo: el ‘yo’ es origen y término de sus actos libres. (ALFARO, 1980:212)

Assim, a liberdade é um componente importante para caracterizar o homem, pois esta dimensão lhe dá uma característica específica.

Ao juntarmos a todos esses valores as experiências vividas, temos o homem consciente e apto a relacionar-se consigo mesmo e com o outro, numa dada cultura.

A cultura é um conjunto de saberes e conhecimentos produzidos pelo homem, de relações que ele tem com o meio e com os outros. Ela se constitui de hábitos, costumes e no comportamento. É portanto uma produção eminentemente humana.

Todavia, o homem somente encontra a opção de vida por meio de uma consciência moral, decorre daí a importância da dimensão **ética** que perpassa e caracteriza o homem. Sua busca é do sentido e da finalidade da vida humana, dos fundamentos do direito e do dever, da natureza do bem e do mal, do valor da consciência moral, definindo, assim, uma perspectiva para a atitude e a opção de vida.

Essa dimensão de fato dá os contornos para a descrição do homem.

A **transcendência** aqui, é entendida como designação de algo que pertence a outra natureza, que é exterior, que é de ordem superior - que pode ser chamada de absoluto (o outro absolutamente outro). Como diz DUSSEL: *“Quando o homem chega a ‘limite’, encontra pela frente o ‘além’; quando a finitude se descobre como tal, pode propor-se a questão do infinito: quando o tempo entra em crise, nasce a possibilidade de se abrir para a eternidade”*. (DUSSEL, s.d.:9)

O relacionamento do homem com o absoluto (Deus) o torna bem diferente dos animais, dando-lhe mais uma característica própria, apenas do homem.

Os matizes de todas as religiões vêm da própria experiência do homem. No entanto, os corpos doutrinários das religiões, têm uma lógica, pois não se pode provar cientificamente que o transcendente exista, mas pode-se afirmar filosoficamente que não é absurdo dizer que Deus exista.

Ele não é um ser isolado, está essencialmente integrado na natureza e relacionando-se com outros homens.

### 1.3 O HOMEM E A VIDA

A vida é uma das propriedades fundamentais do ser humano, um fenômeno muito rico e complexo, que inicia antes do nascimento.

Para FROMM, é importante conhecermos a situação humana, porque: *“Um indivíduo representa a raça humana: ele é um exemplo específico da espécie humana. Ele é **ele** e é **todos**; ele é um indivíduo com suas peculiaridades e, nesse sentido, sem igual, mas ao mesmo tempo é representativo de todas as características da raça humana. Sua personalidade individual da existência humana, comum a todos os homens”*. (FROMM, 1978:42) (O grifo é nosso)

A pessoa humana tem consigo o valor infinito, e a própria pessoa é fonte de valor, desvelando em seu rosto a infinitude do ser, e a face do outro nos remete a perceber a peculiaridade do homem.

E, ainda, DUSSEL afirma:

Entre os entes ou coisas que aparecem no mundo, que se manifestam no sistema juntamente com os instrumentos, há um absolutamente *sui generis*, diferente de todos os outros. Junto às montanhas, vales e rios; junto às mesas, martelos e máquinas, irrompe diariamente em torno de nós o rosto de outros homens. Afastados da proximidade, na distância, sua presença torna a recordar-nos a proximidade postergada. Todavia, habitualmente, o rosto de outro homem se apresenta em torno de nós como uma simples coisa-sentido a mais. O chofer do taxi dá a impressão de ser um prolongamento mecânico do carro; a dona de casa como um momento a mais da limpeza e da arte culinária; o professor como um ornamento da escola; o soldado como

um membro do exército [...] Parece que é difícil isolar o outro homem de seu sistema onde se encontra inserido. É então um ente; é parte de sistemas. Todavia, há momentos em que se nos apresenta, se nos revela em toda a sua exterioridade. Como quando de repente o chofer do táxi se apresenta como amigo e nos diz: - Como vais? A pergunta inesperada surgida de um horizonte de entes, causa impacto em nós: alguém aparece no mundo! (DUSSEL, 1980:46)

Ao nascer, o ser humano sofre um grande impacto por deixar uma situação de proteção e dependência, na qual estava no útero materno, por outra de autonomia, em que agora ele desempenhará funções como respiração e eliminação sozinho. Embora traga uma herança genética familiar e mais as condições congênitas, isto é, as que foram adquiridas ainda no organismo materno, tal impacto é sentido pelo indivíduo ainda imaturo. Aliás, o homem é o mais imaturo dos mamíferos que vêm ao mundo, *“é um corpo extremamente frágil privado de qualquer autonomia, de modo algum senhor de si mesmo”* como afirma MONDIN (1980:30), portanto ele precisa de cuidados e atenção, ele precisa de um outro homem.

Mesmo cortado o cordão umbilical, serão duas pessoas que ainda permanecem unidas pelo seio materno, embora essa união seja descontínua. Sua capacidade perceptiva é muito pequena, tornando-se difícil para o indivíduo entender essa separação e a sua adaptação será lenta e gradativa.

Desde esse momento, ele descobre que uma forma de comunicação é o choro, e chora quando algo o incomoda. Não é só o impacto do nascimento que o ser humano enfrenta. No decorrer da vida, passa por vários estágios e em todos ele sofre em processo de adaptação e trava um processo de comunicação, o que é inerente à própria vida, só desaparecendo com a morte.

A princípio, a criança não possui meios de verbalizar seus sentimentos e não consegue expressar-se nem por gestos, pois ainda não tem coordenação motora para isso; portanto, sua única via de comunicação é quase exclusivamente

constituída pelas funções vegetativas e pelos órgãos que formam seu organismo sendo, portanto, uma linguagem pré-verbal, segundo PERESTRELLO (1982:61-89) Os grunhidos, ronrons e sons inarticulados são aos poucos incorporados à linguagem corporal e visceral que é especialmente captada pela mãe, que sabe compreender tais sons e suas inflexões.

Com o passar dos meses e anos, inicia-se o aprendizado das medidas higiênicas, o controle dos esfíncteres. Mais tarde faz-se presente a necessidade de socialização pela criança tudo numa complexidade progressiva. E nessa socialização, a comunicação, que antes era tão íntima com a mãe, passa a ser motivada para a plena aquisição da linguagem comum à comunidade lingüística a que pertence. *“Não é sem razão que afirmamos - diz RIOS - que o homem é um ser simbólico. Sua relação com o mundo é sempre revestida de uma significação, de uma valorização. O homem jamais encontra o mundo face a face, imediatamente. Seu encontro é sempre mediatizado pela significação, pela perspectiva simbólica”.* (RIOS, 1993:20)

Importante é lembrar que tudo isso não ocorre de forma estática, mas de forma dinâmica e, principalmente, simultânea, vale dizer, é um processo vivo que acontece ininterruptamente, num *“continuum”* que é a própria vida. E a linguagem, a crença, as preferências fazem parte deste universo simbólico.

É nesse *“continuum”*, que é vivida cada minuto que passa, o qual não se repetirá, podendo acontecer de forma semelhante, mas nunca igual. Esse viver é simultâneo tanto psicológica como organicamente.

É nas diversas experiências vividas, em todas as faixas de idade, que o homem se encontra. A criança terá sua personalidade formada numa crescente

complicação de fatos que resultará o homem já formado. É uma pessoa única, tanto fisiológica como psicologicamente, pode ser semelhante à outra pessoa mas nunca igual. Possui o seu mundo, a sua maneira de ser e agir. E por ser único, é única também a sua maneira de adoecer.

O homem tem comando sobre seu corpo, ele o maneja, adentra-o; para tanto, basta ver os bailarinos e músicos. MONDIN afirma que *“com o instrumento que lhe é fornecido pelas mãos, o homem pode formar o mundo, mudá-lo, transformá-lo, dominá-lo”*, isto é, o homem tem em seu corpo a sede do seu ser. (MONDIN, 1980:30)

#### 1.4 O HOMEM E O OUTRO

Com o conhecimento e a transformação da natureza, o homem cresce em seu domínio e por isso cresce como homem, na consciência de si mesmo e na possibilidade de sua liberdade:

Segundo FROMM:

O homem é sozinho e, ao mesmo tempo, relacionado com os outros. Ele é sozinho por ser uma entidade original, não-idêntica a outrem, e cômico do próprio eu como uma entidade independente. Ele tem de ficar sozinho quando precisa julgar ou tomar decisões exclusivamente baseado no poder de seu raciocínio. E, no entanto, ele não suporta ficar sozinho, desligado de seus semelhantes. Sua felicidade depende da solidariedade que sente com os outros homens, com as gerações passadas e futuras. (FROMM, 1978:46)

No relacionamento com os outros homens é preciso que o homem veja o outro como um TU para ele mesmo, uma presença, uma comunhão autêntica, que é possível somente pelo amor. Nesta perspectiva é importante o outro enquanto outro, como distinto é não apenas diferente, respeitando sua alteridade, segundo DUSSEL (1980:49).

A vida é uma com(n)-vivência, o homem convive com o outro, com a natureza, com seu futuro e com as coisas.

BUBER ilustra a relação que o homem tem com as coisas (eu-isso) por meio da posse, da utilização, da experimentação e da relação que o homem tem com os outros (eu-tu) através do encontro, da presença do destino, da liberdade e, principalmente, de diálogo. (BUBER, 1974:32)

O homem é livre para fazer escolhas e uma das escolhas que deve fazer continuamente é a de ser ou não ele próprio. Nessas escolhas, o homem morre, ou seja, é interrompido muitas vezes. Morre-se a cada segundo, não se vive o mesmo momento duas vezes, pois ao se viver pela segunda vez a mesma situação se está diferente. Os gestos revelam mortes, como por exemplo, o apertar das mãos ao despedir-se. Também revelam morte fatos como a fome e a pobreza.

DUSSEL afirma: *“O rosto do homem se revela como outro quando se apresenta em nosso sistema de instrumentos como exterior, como alguém, como uma liberdade que interpela, que provoca, que aparece como aquele que resiste à totalização instrumental. Não é algo; é alguém”*. (DUSSEL, 1980:47)

Sendo assim, o homem tem suas características próprias, nasce numa determinada cultura, guia-se dentro de uma ética, tem determinados valores, que até pode-se dizer intrínsecos, mais importantes. O homem tem a capacidade de refletir e, dentro de um clima de liberdade, decide sua vida, mas condicionado à relação com o outro e com o mundo. É com esse homem que, num momento qualquer de sua vida, o profissional enfermeiro terá um encontro. Tratar desse homem, agora paciente, não é uma tarefa difícil, pois o que dificulta é o *“ler nas entrelinhas”*, é o *“saber ouvir”*, o *“saber ler”* em todo seu comportamento, suas



palavras, seu olhar, aquilo que ele realmente está sentindo e o que espera daquele profissional.

## 1.5 O HOMEM E A CORPOREIDADE

A doença, como um dos males que acompanha a pessoa humana, afirma MORAES, *“tem sido, através dos séculos, companheira inseparável do homem. Por esse motivo, a saúde é considerada como o supremo bem da vida”*. (MORAES, 1986:113) Mostra a importância de manter-se a saúde, do ponto de vista físico, sempre no mais alto nível de satisfação e equilíbrio. Mas também faz lembrar que se está sujeito à companhia da doença a qualquer momento.

O organismo conta com dispositivo para sua própria proteção. O indivíduo é protegido desde a vida intra-uterina, ao ser envolvido por uma membrana e líquido, com o objetivo, entre outros, de defendê-lo de possíveis agressões externas.

A construção do corpo humano segue determinados princípios, de forma que os órgãos considerados nobres estão protegidos em cavidades e com membranas ou até músculos, sempre na tentativa de proteção e defesa.

Além dessa construção anatômica, há que ser considerada, também, a funcional, a qual, da mesma maneira, sempre alerta para que o indivíduo se mantenha em equilíbrio, como, por exemplo, numa simples aula de ginástica, em que é alterado o movimento respiratório e cardíaco com o intuito de uma melhor oxigenação. A sede que é sentida ao término dos exercícios é a tentativa de repor a água perdida pela transpiração durante os exercícios musculares.

Portanto, o organismo humano é muito complexo, ele tem forma, tem funcionamento e, muito mais que isso, tem uma mente, a qual faz enxergar, pensar, refletir, compreender, associar e interpretar o mundo.

A mente é uma qualidade que está na extremidade superior da escala da evolução e que é capaz de organizar pensamentos, de compará-los e de relacioná-los, especialmente com o uso de linguagem, que se constitui na espinha dorsal da comunicação.

Pode-se afirmar, portanto, que o homem é um ser pensante e, como tal, tem necessidades, desejos e percepções. Vive em comunidade, cooperando e interagindo. É nesta linha de pensamento que este estudo faz uma análise do relacionamento que envolve enfermeiro-paciente, em que ambos devem interagir, a fim de estabelecer, desta forma, um processo de comunicação eficiente, durante o período em que estiverem juntos.

O homem causa admiração sob muitos aspectos, seja no corpo, seja no espírito. O que chama a atenção, numa primeira realidade, é a dimensão corpórea, e MONDIN, enquanto filósofo, diz que: *“É nela, pois, que concentraremos nossa atenção. Procuraremos olhar esta dimensão com aquela atitude de curiosidade e maravilha que é própria do filósofo; cuidaremos de apanhar na corporeidade todos aqueles convites que ela nos apresenta para ir além das aparências e penetrar na profundidade do homem”*. (MONDIN, 1980:28)

DESCARTES e outros filósofos modernos foram induzidos a conceber o corpo como uma realidade física, material e, dessa maneira, o corpo foi reduzido a uma coisa, a uma máquina. O método usado por DESCARTES é a dúvida, o qual reconhece como verdadeiro e real só aquilo que é pensável a partir da consciência.

Posteriormente, com a participação de Merleau-Ponty, Marcel e outros que fizeram uma distinção com o método científico, foram dadas duas considerações diferentes ao fenômeno da corporeidade: a consideração científica que estuda o corpo-coisa, o corpo-objeto, o corpo situado no mundo como uma realidade física, e a consideração fenomenológica, que estuda o próprio corpo, como é sentido, experimentado, vivido, operante no seu relacionamento com o mundo. É nesse corpo que está a consciência interna.

Um exemplo desse corpo vivido está nos movimentos hábeis de um dançarino, vê-se em todo seu corpo um ter, um conhecer e um dizer por tudo que ele toca, conhece e transmite na grande riqueza da linguagem gestual.

DESCARTES instalou na comunicação o que já foi chamado de dualismo semântico, em que há uma linguagem para as coisas do corpo e uma outra para as coisas da mente. Ora, inexistente uma atitude humana que seja puramente interior. A atitude corporal é a demonstração dos nossos sentimentos, como quando uma tensão pode causar dores nas costas, ou numa situação de medo é comum apresentar suores nas mãos e extremidades frias. Isso mostra que existe um viver corporal, em que um paciente no leito, encolhido, com o queixo no peito e mãos e olhos fechados é o oposto de um paciente semi-sentado, relaxado, ombros soltos, olhos abertos e mãos largadas. Acontece que se perdeu o costume ou a sensibilidade de olhar corpos, induz-se o paciente para afirmar que está tudo bem, quando é notado no seu olhar e em toda sua expressão facial que ele tem algo o incomodando.

Por isso, é importante a **competência de enxergar** para se captar a essência e não a aparência e, ainda, não se deixar enganar pela visão, porque é

pelo corpo que se atinge uma concepção global de homem. Nisso é importante insistir na corporeidade que compreende o homem desde a dimensão do corpo e da mente, trabalhando na sua integralidade.

## 1.6 O HOMEM E SUAS NECESSIDADES

O comportamento humano está condicionado às necessidades do indivíduo. Estas são várias e sempre dinâmicas, dependendo da necessidade o indivíduo terá o seu comportamento influenciado por ela.

CHIAVENATO em seu livro *Administração de Empresas*, falando sobre motivação, afirma que a tendência é de que o indivíduo esteja em estado de equilíbrio interno, mas quando surge um estímulo, surge uma nova necessidade e este equilíbrio se rompe causando tensão ou desequilíbrio. Esta tensão provoca um comportamento para atingir a satisfação. Satisfeita a necessidade, o organismo humano retorna ao equilíbrio interno anterior.

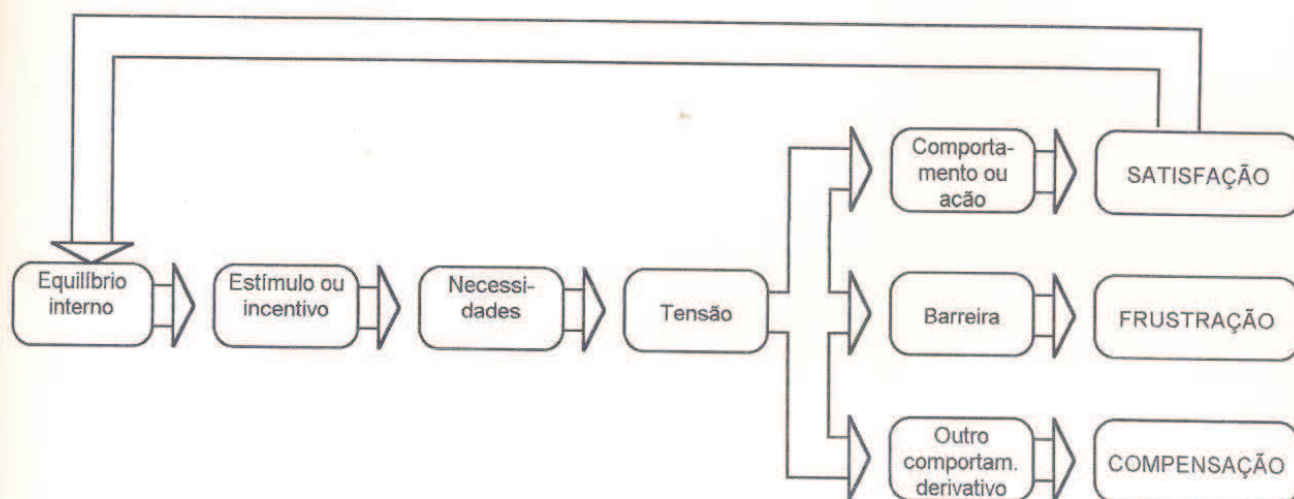
Se, ao invés de satisfeita, a tensão provocada pelo surgimento da necessidade encontra uma barreira ou um obstáculo para sua liberação. Ela fica retida no organismo acarretando a frustração. Esta frustração provoca no organismo certos signos importantes como uma agressividade ou apatia, indiferença, insônia, perturbações digestivas e várias outras manifestações.

Pode ainda ocorrer a compensação, como por exemplo, o paciente cansado de uma posição no leito, que não pode ser mudada, mas consegue conforto com a colocação de travesseiros nas costas, entre os joelhos, etc.

É importante lembrar que o comportamento humano sempre se exterioriza às necessidades satisfeitas, frustradas ou compensadas. E sendo as

necessidades dinâmicas, elas são também cíclicas, pois o indivíduo ao satisfazer uma necessidade, já se prepara para satisfação de uma seguinte e outra e mais outra. Este ciclo pode ser representado no esquema seguinte:

**FIGURA 1- O CICLO DAS NECESSIDADES**



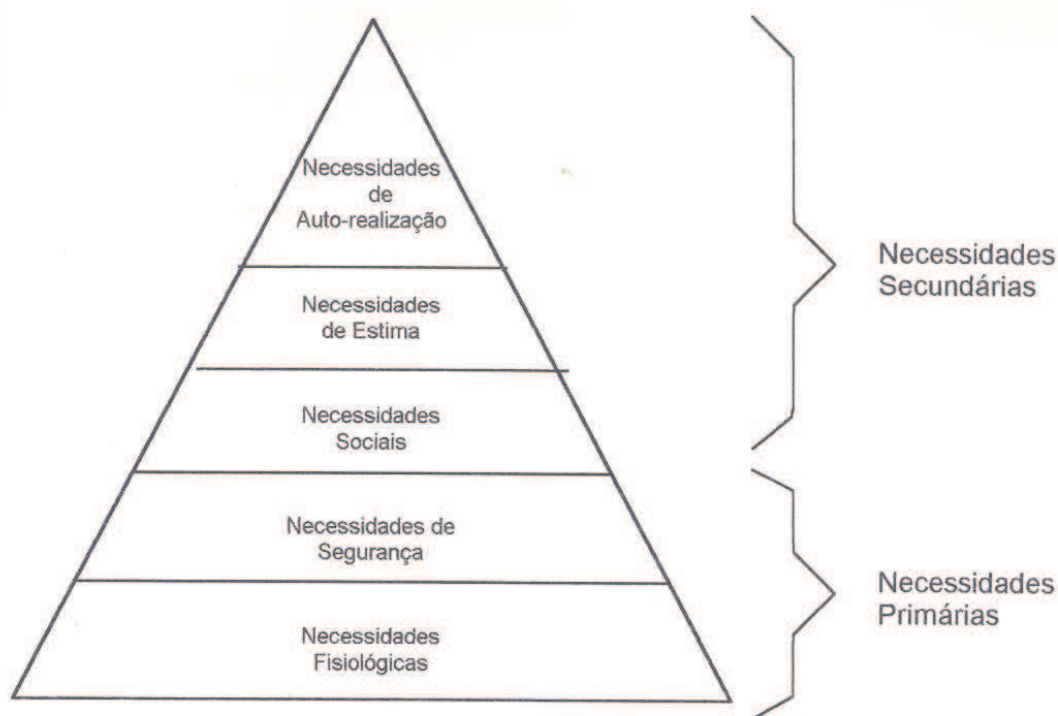
FONTE: CHIAVENATO, Idalberto. *Administração de empresas* : uma abordagem contingencial. São Paulo : McGraw-Hill, 1987. p.416-417. (Adaptado pela pesquisadora).

É com essas necessidades não satisfeitas que a enfermagem atua, sempre na tentativa de solucioná-las.

MASLOW desenvolveu uma teoria da motivação sugerindo a organização das necessidades em hierarquia, formando uma espécie de pirâmide. As necessidades de um indivíduo ocupam níveis ascendentes e as necessidades de um nível têm que ser atendidas para que o indivíduo passe a considerar as necessidades de um nível mais elevado, porém não há linhas divisórias nítidas entre os diferentes níveis. Por vezes, uma pessoa pode estar preocupada com necessidades de diversos níveis ao mesmo tempo, embora algumas necessidades sejam mais importantes do que outros. Subindo na hierarquia, o indivíduo se

preocupa menos consigo mesmo e envolve-se mais em relações com as outras pessoas. Os cinco níveis identificados por MASLOW podem ser assim visualizados:

**FIGURA 2- A HIERARQUIA DAS NECESSIDADES SEGUNDO MASLOW**



FONTE: CHIAVENATO, Idalberto. *A administração de empresas* : uma abordagem contingencial. São Paulo : McGraw-Hill, 1987. p.418.

São as necessidades fisiológicas as mais básicas, como a fome, o sono, a respiração, a sede, a eliminação, as atividades físicas, a atividade sexual. São necessidades ligadas à sobrevivência. Uma pessoa sadia pode satisfazer estas necessidades sozinhas, mas o indivíduo doente, muitas vezes precisa de intervenção por parte da enfermagem. Por isso a importância de conversar com o paciente e explicar o que ele tiver dúvidas.

São necessidades sociais as relacionadas com o outro, como o amor, a afeição, a participação, levando o indivíduo à adaptação ou inadaptação social. O

paciente percebe nessa necessidade uma troca de carinho, atenção. É dar e receber.

As necessidades de estima são as que quando satisfeitas dão ao indivíduo sentimentos de auto-apreciação, reputação, reconhecimento, amor próprio, prestígio, status, poder, capacidade. O paciente tem que se sentir seguro e confiante, tem que saber que ele é capaz e que ele é respeitado.

As necessidades de auto-realização são as relacionadas com a plena realização daquilo que cada um tem, da utilização plena dos talentos individuais. Para MASLOW, este nível é o ser maduro.

Nem toda pessoa alcança o nível mais elevado de desenvolvimento e as que o fazem podem não permanecer aí. Assim como as situações vitais, as necessidades das pessoas e as maneiras de satisfazê-las também mudam, o que leva a ajustes observáveis no comportamento, que podem ou não ser considerado aceitável ou normal de acordo com os princípios da sociedade.

Todas essas necessidades são importantes e todo enfermeiro deve reconhecer as diferentes maneiras que o paciente usa para satisfazer suas várias necessidades.

## 1.7 O HOMEM E O TRABALHO

Na concepção global de homem está o trabalho, como afirma RIOS: *“É o trabalho, é o labor que faz os homens saberem. É o trabalho que faz os homens serem. O trabalho é, na verdade, a essência do homem”*. (RIOS, 1993:150)

O homem está sempre voltado para o outro, ele trabalha com o outro, pelo outro.

Um profissional de Educação Física atua diretamente na promoção da saúde e da capacidade física das pessoas, por meio de exercícios e atividades corporais. Ele atua preventivamente quando melhora as condições musculares e cardiovasculares de adultos e idosos, e atua na reabilitação quando trabalha com pessoas portadoras de alguma doença, como problemas de coluna, e ainda com os deficientes físicos e mentais. Juntamente com o fisioterapeuta, eles tratam lesões e aceleram a recuperação. Ambos participam de atendimento às gestantes, estimulação precoce de bebês e crianças e em geriatria, levando o idoso a melhor passar por esta fase.

É o fonoaudiólogo, o terapeuta da voz, da fala, da audição e das linguagens oral e escrita. Ele avalia o quanto é difícil para algumas pessoas comunicar-se.

A medicina é a ciência que investiga a natureza e as causas das doenças humanas, procurando sua prevenção e cura. A odontologia é a ciência voltada para o estudo e o tratamento dos problemas da boca, incluindo dentes, gengivas, ossos da face, bochechas, lábios e língua. Ambas se dividem em apenas clínico ou cirúrgico e subdividem-se ainda dentro das especialidades.

Dentro desta equipe multidisciplinar que atende o homem biológico temos ainda a nutricionista, que muito contribui para a recuperação do paciente.



Sabe-se, hoje, que o profissional médico, na maioria dos serviços, é tido como o líder do grupo da saúde, e CAPRA refere ser o médico, dentro da equipe de saúde, quem tem o poder de decisão. Afirma ele:

O pessoal de enfermagem, embora seja com frequência altamente qualificado, como os terapeutas e os sanitaristas, é considerado mero auxiliar dos médicos e raramente pode usar todo o seu potencial. Em virtude da estreita concepção biomédica de doença e dos padrões patriarcais de poder no sistema de assistência à saúde, o importante papel que as enfermeiras desempenham no processo de cura, através do contato com os pacientes, não é plenamente reconhecido. Graça a esse contato, as enfermeiras adquirem frequentemente um reconhecimento muito mais amplo do estado físico e psicológico dos pacientes do que os médicos, mas esse conhecimento é considerado menos importante do que a avaliação '*científica*' do médico, baseada em testes de laboratórios. (CAPRA, 1982:150)

A visão deste autor vem sendo mudada mais recentemente, em relação à sua afirmação, foi que está havendo reconhecimento de que o enfermeiro tem um maior contato com o paciente e um maior conhecimento dele.

Sabe-se que os profissionais que atuam com o homem biológico cada vez mais fragmentam esse homem, por serem várias as especializações. Isso não ocorre na enfermagem, pois as especializações existentes são somente na área Materno-Infantil, onde já é englobado assistência à mulher, à gestante e a criança, Clínica Médica e Cirúrgica, que é um campo muito vasto, atendendo indivíduos com as mais variadas patologias, na Saúde Pública, em que a assistência é voltada para a saúde preventiva; na Enfermagem do Trabalho, com enfoque preventivo através de programas de saúde aos funcionários de uma empresa e a Enfermagem na Administração, por meio da qual os especialistas saem com visão administrativa do hospital. Portanto, as cinco especializações existentes são todas muito abrangentes e realmente necessárias para melhor atender o paciente. O que se percebe é que na enfermagem, sendo as especializações em número reduzido, o profissional é levado a ver o paciente como um homem total.

Tem o enfermeiro ainda seu horário de trabalho diferente dos demais profissionais da equipe, fazendo com que enquanto os demais ficam com o paciente somente o período da sessão do tratamento ou consulta, o enfermeiro fica o seu período do dia inteiro voltado ao paciente. E quando sua atuação não é na área hospitalar e sim em empresas ou unidades sanitárias, da mesma maneira, o indivíduo sabe que o enfermeiro está o período todo ali presente.

O enfermeiro atua com o indivíduo enfocando a satisfação das suas necessidades humanas básicas.

## **1.8 O HOMEM E A COMUNICAÇÃO**

Comunicar é compartilhar, é interagir. É uma das formas pelas quais os homens se relacionam entre si. O homem é uma criatura social e essa socialização é possível graças aos diferentes sistemas de comunicação que ele desenvolveu.

O relacionamento humano não ocorre só com a comunicação, de vez que o cuidar de um doente, que é a característica básica da profissão do enfermeiro, é uma forma de relacionamento que pode ser acompanhado de comunicação ou não.

Uma equipe de pessoas trabalhando juntas, são pessoas em comunicação, pois elas compartilham conhecimento, atitudes, ações e regras, as quais foram criadas pelas próprias pessoas, como por exemplo, a equipe de saúde em uma UTI com todos seus procedimentos e rotinas que farão parte deste trabalho.

Aliás, cumpre lembrar, conforme literatura especializada, que o processo de comunicação é constituído por elementos que, aqui cumpre citar: o emissor, o

receptor, o código, o canal e a mensagem, constituem uma unidade de comunicação.

Na enfermagem, quando enfermeiro e paciente se comunicam, estão diante de um esquema de comunicação, ou seja, quando o enfermeiro se dirige ao paciente, falando-lhe, diz-se que o enfermeiro emite uma mensagem para o paciente, portanto o enfermeiro é o **Emissor** e o paciente o **Receptor** desta mensagem, a qual foi transmitida de ouvido a ouvido, passando pelo ar e constituindo o **canal da comunicação**.

Para BORDENAVE, o primeiro passo da comunicação é a **percepção**. Entre enfermeiro e paciente, ao se encontrarem, num primeiro momento, deve-se processar a percepção, ou seja, eles devem perceber a si e ao meio. (BORDENAVE, 1991:16-19)

Tanto enfermeiro como paciente são pessoas iguais, porém, com experiências, conhecimento, crenças e valores diferentes, fazendo com que o percebido seja interpretado segundo a dinâmica interna do indivíduo. Dessa **interpretação**, resulta o **significado** pessoal que é atribuído ao percebido. Há também uma interpretação mútua entre enfermeiro e paciente, que, ao iniciar a comunicação farão trocas de mensagens ou sobre a realidade atual. Nessa troca de mensagens, inicia-se a comunicação através do diálogo e ao mesmo tempo uma aproximação emocional que vai permitir a aceitação de ambos, tais como são.

O homem não é algo que apareceu do nada. Ele é uma realidade que desde datas muito remotas já havia preocupação em conhecê-lo melhor. Percebe-se na trajetória feita neste capítulo que o homem muito se enriqueceu com o passar

dos tempos. Ora foi enfocada sua mente, ora seu corpo, este por sua vez foi fragmentado e depois reunido. O homem trabalha, escolhe, sofre e, principalmente, vive. Vive dentro de uma sociedade e uma cultura que valoriza o comportamento comunicativo.

Em toda esta trajetória, percebe-se que o homem expressa-se muito com símbolos e que toda sua relação com os outros é sempre envolvida de muito valor.

Mas, sabe-se também que em pleno século XX, embora o homem conhecendo estes fatos ainda peca no seu relacionamento, na sua interação com o outro.

É com o enfoque aqui exposto que a equipe de saúde deve trabalhar e deve ser preparada para isto desde os bancos da Universidade.

## **2 O HOMEM ENFERMEIRO E O HOMEM PACIENTE**

O dia-a-dia dos indivíduos é uma série de desencontros, em que a agitação, devido às muitas atividades e à competição para a sobrevivência, são alguns dos fatores que faz com que as pessoas se tornem facilmente ouvintes desatentos e irritáveis.

Isso ocorre não só no relacionamento social, mas também no relacionamento profissional do enfermeiro com o paciente, fazendo com que se perceba, de forma superficial, a mensagem do outro, sem se atentar para a intenção do emissor, desvalorizando a comunicação não-verbal.

Enfermeiro e paciente encontram-se num período particular da vida de ambos. Esse encontro é único e singular, portanto, não se repete. Mas deve ser um encontro real, autêntico, no olhar, no gesto, no sorriso e no silêncio, como se o ser humano ali presente estivesse com toda a sua experiência, seus anseios e dúvidas. Se isso ocorre, tem-se uma relação sujeito-sujeito.

É difícil saber em seus pormenores como acontece esse relacionamento entre enfermeiro-paciente, pois talvez sejam por meio de discretas expressões fisionômicas, pequenos gestos, ou o todo da pessoa, enfim.

O enfermeiro deve ser visto como uma pessoa total, com todos os seus horários, compromissos e problemas. E o paciente é alguém que está sofrendo um processo de hospitalização, ou seja, deixando sua condição de normalidade para uma condição de dependência, em que a causa de tudo isso é a falta de saúde.

No início da vida, o bebê percebe que a mãe e o seu seio é algo vital para ele, e que esse contato traz tranquilidade e repouso. E, tanto mais, quanto mais sentir que o que busca lhe é dado plenamente, com afeto.

Com o paciente não é diferente, ele percebe o enfermeiro como algo vital e ficará mais tranquilo quanto mais sentir a sua presença e seu afeto ao atendê-lo.

Cabe lembrar que não há duas pessoas capazes de se comunicar da mesma maneira. Assim, como cada pessoa é igual a si própria e diferente das demais, também cada unidade enfermeiro-paciente tem seu modo de ser, tem sua modalidade igual a si própria e diferente das outras unidades enfermeiro-paciente.

Há que lembrar, ainda, que o paciente não toma o enfermeiro como uma pessoa isolada, mas sim como alguém que tem um conceito e sentimentos em

relação a ele. Por sua vez, o enfermeiro não julga o paciente de conformidade com as características de paciente descrito nos livros, mas sim como alguém que está sob seus cuidados.

## **2.1 CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO**

O enfermeiro, no processo de interação com o paciente, deve ter sempre em mente que está se relacionando com um ser humano.

Neste relacionamento há aspectos básicos que o enfermeiro deve conhecer, a fim de torná-lo mais humanizado.

A condição de paciente faz com que ele manifeste comportamento, às vezes, não bem aceitos socialmente. Mas são essas atitudes que vão dizer da preocupação, da ansiedade e do medo desse paciente, pois ele fala pelo olhar, pelo gesto, pelos tiques nervosos e até pelas suas agressões.

Para que o enfermeiro consiga atender esse paciente, ele precisa desenvolver um aspecto importante, que é a aceitação. Aceitar não é compreender e concordar com atitudes, é muito mais que isso, é considerá-lo um ser humano com todas as suas características. Essa aceitação deverá ser autêntica por parte do enfermeiro.

Outro aspecto importante é a empatia, que resulta na identificação de uma pessoa pela outra através de um estado mental onde se sente na mesma condição psicológica, e é por meio dessa atitude que o enfermeiro transmite ao paciente a sensação de que ele é aceito, pois empatia é um tipo de projeção, e essa aceitação empática do paciente deve ser transmitida a ele, quer seja pela

comunicação verbal como pela não-verbal, fazendo com que se processe uma comunicação também empática. (DORIN *et al.*, 1978:92)

A empatia é uma condição básica no relacionamento enfermeiro-paciente, mas não pode ser confundida com sentimentos de pena e simpatia.

Para desenvolver esses aspectos é mister que o enfermeiro se aceite em primeiro lugar, e que se concentre nos problemas do paciente, tentando participar de uma experiência que está sendo vivenciada.

Envolvimento emocional é um outro aspecto de vital importância para o processo de relacionamento enfermeiro-paciente. É muito mais fácil não se envolver do que se envolver na medida exata. Apesar do envolvimento ser imprescindível ao relacionamento terapêutico, para que seja útil é necessário que a objetividade seja mantida durante todo o processo, isto é, que enfermeira seja capaz de considerar todos os acontecimentos sem reagir de forma pessoal, analisando-os o mais realisticamente possível. Para isso, deve-se deixar claro que as necessidades a serem satisfeitas são as do paciente, dedicando-lhe tempo sem deixá-lo seu dependente. (TRAVELBEE, 1969 e HOFLING *et al.*, 1970 *apud* STEFANELLI *et al.*, 1982:245-253)

Confiança é uma atitude que deve existir e sua importância é igual à demais condições citadas. É necessário que todo ser humano sinta confiança em outra pessoa. Quando se fala de uma pessoa hospitalizada, essa atitude toma um caráter todo especial, transforma-se em sentimento, pois o paciente deve se sentir seguro e não abandonado. Se o enfermeiro espera estabelecer uma relação efetiva com seus pacientes, necessita desenvolver com eles o sentimento de confiança mútua. Confiança, para HOFLING é como um sentimento que temos a respeito da

lealdade de outra pessoa e que faz com que o indivíduo se sinta seguro na companhia dela. (HOFLING *et al.*, 1970:23-60)

Se existir esta confiança, é importante que não exista a mentira, por mais piedosa que ela seja. Dever-se-á omitir muita coisa, porém jamais mentir. Embora haja situações difíceis, há também sempre uma solução para não se faltar com a verdade. Mesmo que a mentira não seja descoberta, cria um clima falso, pois quem mente, sabe que mentiu, e a mentira não traz benefícios.

Por incrível que pareça, a verdade é que o enfermeiro sai da Universidade sem ter presente que o paciente é um ser humano semelhante a ele, enfermeiro, um terapeuta.

#### Segundo PERESTRELLO:

Pouca gente, entretanto, sabe ou se lembra de que, em sua raiz grega, a palavra terapêutica (*therapeutike*) ou terapia (*therapeia*) não tem apenas o significado de curar. Terapeuta é aquele que cuida de algo, alguém obsequioso, que serve, servidor. Tanto é assim que no próprio grego surgiu posteriormente, como forma tardia, o significado de: aquele que está ao serviço da divindade, o que é dado ao culto religioso. (PERESTRELLO, 1982:96)

De sorte que, o enfermeiro para ser terapeuta, precisará ao menos ter apreço pelo paciente e por isso é preciso algo mais do que lhe fazer perguntas, examiná-lo e dar-lhe medicação. É preciso respeitar a sua individualidade, começando por ouvir o que a pessoa tem a dizer. Portanto, ao lado das perguntas, há que deixar o paciente falar. O enfermeiro terá que estar apto a fazer perguntas, a como se aproximar do paciente e quando se relacionar com ele, somente com ele e não com o órgão afetado. As opiniões do paciente devem ser acolhidas. Percebe-se, às vezes, que ele é coisificado quando é chamado pelo número do leito ou pela patologia, como, por exemplo, "*o do aneurisma*", "*precisa colher sangue do 5*" e "*trocar a sonda do 11*", ou "*aquele da fístula vai dar alta*". O despreço é total, ele é



uma coisa que tem que ser passivo e, se reclamar, é malcriado, quando não “psico” ou ainda, “*deve estar com alteração de conduta*”.

É uma ilusão crer que exista um enfermeiro neutro, impessoal. Talvez o único que não precise cuidar da relação enfermeiro-paciente seja aquele que atua no setor de medicina legal, por lidar com o homem morto. Feita essa possível exceção, o certo é que todo encontro enfermeiro-paciente é significativo, pois se for desarmonioso, não poderá trazer benefício, mas resultados maléficis mediatos ou imediatos, ainda que, quando do ponto de vista puramente tecnológico, as coisas se passem corretamente.

A relação transpessoal é uma relação viva e todo ato do enfermeiro, embora, às vezes, com caráter mais técnico, deve ser um ato vivo.

Há algo nas relações humanas difícil de se descrever e é justamente isso o que as norteia: o que se capta da outra pessoa, o que vem de dentro dela. O verdadeiro enfermeiro, empenhado autenticamente com seu paciente, com um interesse humano real em ajudá-lo, será percebido como tal. O que, entretanto, deverá evitar é o envolver-se com o doente. Uma coisa é o interesse humano pelo paciente; outra, o envolvimento. A simpatia e o sofrer com alguém não podem ser tomados ao pé da letra. Obviamente, deverá haver um equilíbrio, entre um e outro sentimento, o que nem sempre é fácil, acontecendo muitas vezes do enfermeiro angustiar-se e, nessa situação, acabar opinando e/ou tomar decisões pelo paciente.

O fundo sobre o qual se movem enfermeiro e paciente é a enfermagem e não há enfermagem sem **charitas**. Esta palavra, que vem nas traduções bíblicas como “caridade”, na verdade não significa apenas isso. Sua verdadeira tradução é amor. Sem isso não há enfermagem e quem tiver o privilégio de poder amar, porque

nem todos o sabem ou conseguem, terá a condição básica para, intuitivamente, estabelecer uma compensação profunda com o seu paciente, a fim de configurar uma totalidade fadada ao sucesso, dentro dos limites da realidade e do humano.

## **2.2 CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE**

O homem, como ser biológico, está num ambiente em constante interação adaptativa e modificadora. Ele é uma estrutura dinâmica com caracteres hereditários e genéticos, que experimenta modificações por ação do ambiente.

O homem desde pequeno se relaciona com o ambiente, primeiro através dos pais, dos quais recebe a primeira mensagem do mundo. Ele com sua natureza somado às experiências ambientais, desenvolve sua personalidade formando uma unidade psico-física. O homem não é só corpo, pois junto com o processo biológico está a natureza psíquica.

Relacionar-se com os outros é uma capacidade inata do homem que o faz viver em comunidade e também relacionar-se consigo mesmo.

Este homem, com todas essas características, num determinado momento enfrenta a doença que nunca está programada e que se apresenta em qualquer instante, ocasionando uma interferência no destino do homem. A doença produz sempre um sofrimento, e mesmo que não haja dor física, o estar no hospital já provoca um sofrer. O sofrimento que a enfermidade produz passa a fazer parte do indivíduo, de integrá-lo, e ele toma consciência e passa a sentir-se enfermo. Junto com esse sofrer existem fatores que o preocupam enquanto internado, como posição social, profissional e ambiente familiar.

O homem registra na consciência, nas sensações cinestésicas, a doença que tem sempre um significado de sofrimento que o angustia e diante do qual sente diminuir seu rendimento.

É o corpo humano que recebe o impacto agressor da doença. É o homem que tem que enfrentar esta realidade. Ele ambiciona segurança e quando a doença se apresenta, há uma falha nessa segurança. Este homem vive situações de conflito com sua intimidade e com os demais homens e, entre esses, está o profissional enfermeiro que o atende neste singular momento de sua vida.

### **2.3 O PACIENTE DE UTI**

O paciente de UTI é um paciente selecionado com critérios diferentes dos utilizados nas demais unidades hospitalares. Esses critérios variam entre os serviços que, basicamente, são três: que sejam pacientes graves, que necessitem de cuidados permanentes e que tenham probabilidade de recuperação.

Ao entrar na UTI, o paciente vai para uma situação diferente até então, pois nela, o atendimento é ininterrupto e ele parece sentir a presença de profissionais o tempo todo. Quando consciente, e percebendo isso, pode até achar que está muito grave. A entrada na UTI é sempre assustadora porque a impressão que as pessoas tem é de que os pacientes que para lá vão estão caminhando para o óbito, quando UTI, por definição e objetivos, é o local para onde vão pacientes recuperáveis.

Dando entrada na UTI, o paciente é bastante manipulado, a fim de se saber exatamente como esse paciente está e para se iniciar os cuidados e os registros de rotina hospitalar. Com efeito, há uma tendência a lidar com os doentes

como se todos estivessem inconscientes e não percebessem o que se passa à sua volta. Ora, quando lúcidos ou mesmo parcialmente lúcidos, os pacientes observam e captam muito mais do que se costuma supor: palavras, atitudes, gestos, mímicas faciais, diálogo entre os membros da equipe e de tudo isso, ele procura extrair algo, fazendo inferências sobre si mesmo, naquela situação crítica, portanto é de suma importância que o nível de consciência seja sempre avaliado.

O paciente vê e sente tudo como se houvesse colocado um óculos cinzento e com lentes de aumento, envolvendo-se num profundo pessimismo e por uma sensação da própria incapacidade ante os menores obstáculos, que lhe parecem enormes.

O paciente internado na UTI pode sofrer, em sua estrutura psicológica, a influência de fatores negativos, alguns deles relacionados com sua própria doença, outros decorrentes da internação na UTI. Entre os fatores relacionados com a doença encontram-se os distúrbios psicológicos (medo, ansiedade, depressão), ocasionados pelas suposições que o paciente faz sobre a gravidade da doença que o acomete, as repercussões que terá sobre a duração de sua vida, sua capacidade funcional, a situação sócio-econômica de sua família e outros elementos. Cabe ao enfermeiro esclarecer o paciente sobre os aspectos favoráveis de sua doença e infundir-lhe confiança.

As condições ambientais como a monotonia a que são submetidos os órgãos sensoriais, a privação de sono, a observação de cenas dramáticas, como as produzidas pelas manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar, a proximidade de pacientes graves, o isolamento, as sensações dolorosas podem contribuir para

agravar o estado geral do paciente, e suas reações diferirão de acordo com a sua personalidade.

É evidente que a atitude da equipe terapêutica e o ambiente entram também como fatores variáveis que, se positivos, muito podem auxiliar o paciente a atravessar essa situação. A maioria delas pode ser evitada, se a equipe que trabalha na UTI está atenta às causas que as determinam e procura eliminá-las.

Todos os acontecimentos repercutem sobre o paciente e devem ser esclarecidos de maneira simples, evitando-se, também, um excesso de informações que poderiam confundi-lo ainda mais. Cada manobra, cada aparelho, as modificações na conduta terapêutica, enfim, todo o tipo de atendimento pode ser por ele interpretado de maneira distorcida. Uma simples explicação acompanhada de uma atitude de compreensão e interesse podem ajudar muito.

O desconforto que o ambiente da UTI pode ocasionar ao paciente será minorado e mesmo superado pelas informações, cuidados e atenção que ele recebe da equipe de tratamento e se transformará em fatos de segurança para o paciente temeroso ante a perspectiva da morte. Do mesmo modo, os monitores podem ser mais facilmente aceitos se o paciente é previamente instruído a respeito das finalidades de sua atuação.

As UTI's, onde os boxes são separados mais individualmente, são mais flexíveis no sentido de fornecer soluções quanto ao barulho e ao isolamento. Quando as UTI's são salas amplas, devem os leitos estar separados por biombos. A equipe que atende determinado paciente deve ter o cuidado de evitar comentários e ruídos que perturbem o repouso dos demais e os deixem perceber as manobras que

estão sendo realizadas e o estado clínico do paciente que está sendo atendido ou removido.

Os acontecimentos que envolvem outros pacientes são observados pelos doentes internados e isso, naturalmente, influi sobre seu estado emocional. Quando situações de emergência acontecem ao seu lado, pode o paciente identificar-se com o companheiro e se atemorizar. A equipe atarefada com a urgência, não pensa em cuidar dele nesse momento, mas pode ser que também não lhe ocorra fazê-lo depois. Se alguém da equipe se aproximasse do doente ansioso, e lhe falasse sobre o que assistiu, manifestando-lhe sua compreensão sobre a razão dos seus temores, talvez conseguisse evitar aquela situação, permitindo-lhe ao mesmo tempo uma melhor percepção de sua própria individualidade frente à individualidade do outro.

A interrupção do sono do paciente pela investigação freqüente dos sinais vitais, iluminação e barulho excessivo, coleta de amostra de sangue e outros procedimentos perturbam o seu repouso e se constitui em causa de distúrbios psicológicos. Muitas vezes, esses procedimentos fazem parte de uma rotina que não deve ser aplicada a todos os casos, sendo desnecessária em muitas ocasiões.

A perda da noção do tempo (dia/noite) observada em alguns pacientes pode ser conseqüência da perturbação do repouso e da iluminação excessiva durante as 24 horas do dia.

É preciso que tanto a prescrição médica como a de Enfermagem considere esses aspectos, principalmente para não interferir no repouso do paciente.

A respeito do relacionamento entre as famílias e a UTI, verifica-se que o contato dos pacientes com seus familiares assume características muito especiais. Um doente de UTI permanece quase todo o tempo entre pessoas estranhas, já que não são permitidos os acompanhantes e as visitas são breves. Em muitas UTI's os familiares somente são admitidos uniformizados, confundindo-se, dessa maneira, com a equipe. Em outros, as visitas são proibidas.

Esses cuidados relativos à visitação prendem-se pouco a aspectos relativos à contaminação, e estão mais ligados ao transtorno que os familiares poderiam trazer ao serviço e aos pacientes. E a impressão que se tem é de que as visitas e os acompanhantes, a partir de um determinado momento, seriam altamente aconselháveis.

Os pacientes idosos são mais susceptíveis de desenvolver desordens sensoriais. É desejável que a permissão para visitas selecionadas e para sua permanência junto ao paciente se torne mais liberal, desde que com isso não se perturbe o seu tratamento. Geralmente não se recomenda que cada paciente receba mais de uma visita de cada vez, durante o período normatizado.

Mas, o paciente de UTI, na maioria das vezes, se entrega inteiramente aos cuidados da equipe, aceitando inclusive situações que em outras circunstâncias seriam de constrangimento, tais como permanecer amarrado ao leito, de fraldas, nu, em companhia de paciente do sexo oposto, com tubos, sondas, drenos e fios elétricos. Essa tolerância, em grande parte, deve-se ao fato de que algo muito mais importante, e sentido com maior intensidade, está ocorrendo no momento: a ameaça de morte iminente.

Na UTI a morte é mais constante que em outras clínicas e, com isso, o clima de tensão está sempre presente. Portanto, sexo, idade, vestes dos pacientes, ruídos, temperatura e luminosidade são sempre colocados em segundo plano.

Os pacientes são instalados numa única e grande sala, às vezes separados por divisórias. Essa proximidade é explicada pela necessidade de controle e pronto atendimento por parte da equipe que, em geral, se localiza no outro lado da sala, de onde tem melhor visão de conjunto.

No entanto, essa proximidade de pacientes em níveis de consciência, idades e quadros clínicos diversos geram outras dificuldades, nem sempre devidamente apreciadas. Para cada paciente, há o problema de que não vive apenas a sua doença, mas se angustia ou se consola com a do companheiro ao lado.

Mesmo dentro das limitações existentes, certas situações podem ser evitadas, como, por exemplo, expor uma criança a presenciar a cena dramática dos cuidados a um paciente grave e que necessita de manipulação freqüente. É bom ter presente que receber um paciente na UTI não se resume a colocá-lo num leito vago e intervir clinicamente.

A UTI é ainda impregnada por ruídos permanentes dos aparelhos, monitores e respiradores, que são irritantes e desgastantes. Ainda mais desgastantes são as queixas e os gemidos.

A equipe que trabalha na UTI se concentra de maneira absoluta no aspecto clínico vital, o que a torna muito eficiente na solução das manifestações orgânicas; mas nessa concentração, em contrapartida, corre o risco de distanciar-se



demais do paciente como um todo, ao procurar afastar a presença da morte e defender-se.

Hoje em dia, graças às UTI's, tratam-se de doenças que há bem pouco tempo não deixavam ao paciente a menor probabilidade de sobrevivência. Lá, a luta não é pela saúde. O objetivo imediato é manter a vida, a todo custo: é uma luta contra a morte.

Essa batalha é tão árdua e assusta de tal forma que se torna, em certa medida, uma necessidade clínica e psicológica a divisão de responsabilidade. Assim, o que se verifica, na prática, é que o doente não é de nenhum profissional em particular, é da equipe, do serviço, inclusive porque as situações são geralmente tão graves que ninguém seria capaz de enfrentá-las sem ajuda. Ninguém tem condições de cuidar sozinho de um paciente, pois a sobrecarga física e psíquica é muito grande e, pior ainda, constante.

A equipe de UTI conta com a tecnologia que é um dos aspectos da atuação do homem, cuja realidade mais se faz sentir nela, na UTI. Na verdade, a tecnologia é responsável, em muitos casos direta e imediatamente, pela manutenção da própria existência humana, enquanto os processos naturais de preservação do organismo se recuperam, para voltarem a estar em condições de manter o indivíduo vivo.

Toda a aparelhagem pode ser vista, portanto, como uma grande aliada na luta pela vida, não só no acompanhamento das funções vitais do paciente, como chegando mesmo a desempenhar tais funções por ele.

A presença da máquina é, assim, plenamente justificada, indispensável. Não obstante, acarreta desvantagens psicológicas.

Imagine-se um ambiente com temperatura sempre constante, seja verão ou inverno, luz artificial sem distinção de dia ou noite, fazendo com que a noção de tempo perca sentido, as telas dos monitores com suas luzes esverdeadas e linguagem própria, e quase uma vez, nos sons ritmados e contínuos dos respiradores. Essa atmosfera fria, impessoal, não humana, criada pelo aparato técnico, é um fator de distanciamento entre enfermeiro e paciente.

Importante lembrar que todos os instrumentos que permitem penetrar na intimidade dos órgãos, dos tecidos, podem também ser utilizados como um artifício para esquecer-se do doente, como um todo, o que pode chegar a ser altamente negativo.

A íntima relação que se estabelece entre homem-aparelho gera também sentimentos de dependência e submissão diante da máquina, tanto por parte da equipe como dos pacientes.

Nota-se, ainda, que são numerosas as oportunidades em que o paciente se vê literalmente submetido à máquina, à aparelhagem: basta lembrá-lo preso ao leito, entubado, com sondas e toda uma série de elementos ligando-o aos instrumentos. É compreensível, pois, que o paciente, como indivíduo, sinta-se subjugado pela máquina, tendo que submeter-se em dois sentidos, isto é, no de aceitá-lo e adaptar-se.

**II PARTE**

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NAS**

**UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO**

**CAPÍTULO I**

**A CONCEPÇÃO HUMANÍSTICA DO RELACIONAMENTO**

**ENFERMEIRO-PACIENTE**

**1 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

As mudanças sociais, ao longo da história da humanidade, não caminham juntas com o progresso econômico e o avanço tecnológico. Este atraso nas relações sociais de produção e nos padrões de conduta da sociedade têm gerado problemas como revoluções, guerras, controle da população, crises sócio-econômicas, doenças sociais e ambigüidade de valores.

Em nossa contemporaneidade não tem sido diferente. A partir da década de 60, os avanços na medicina tanto criaram soluções como trouxeram problemas. Os próprios conceitos de vida e de morte estão sendo questionados. Novas tecnologias que possibilitam a reprodução de ser biológico a partir do sistema nucleico de células humanas, sistemas de geração de bebês em laboratórios, transplantes de órgãos e implantação do marcapasso, entre outras grandes descobertas, estão modificando a idéia de geração e de prolongamento da vida.

Estes são alguns dos progressos na área médica que estão exigindo mudanças radicais na moral vigente e em nosso modo de pensar a vida e a morte, a saúde e a doença. Todos os campos de conhecimento estão sendo afetados por estas mudanças profundas que ocorrem na sociedade contemporânea. Entretanto, para este trabalho interessam as implicações para a área de saúde, especificamente na educação para a enfermagem.

É indiscutível que se precisa acompanhar o desenvolvimento das ciências humanas, da cultura e da tecnologia, dos tempos atuais e isto implica não só na aquisição de novos conhecimentos, como também na atualização dos mesmos. Entretanto, sejam quais forem os rumos que a tecnologia e a ciência possam conduzir a enfermagem, não se pode perder o sentido de humanismo de que ela deve estar impregnada.

De acordo com JAPIASSU, humanismo é uma *"doutrina que situa o homem no centro de sua reflexão e se propõe por objetivo procurar os meios de sua realização. Em uma palavra, o humanismo é a atitude filosófica que faz do homem o valor supremo e que vê nele a medida de todas as coisas"*. (JAPIASSU, 1979:164)

É este o significado que se está atribuindo, neste trabalho, ao termo humanismo. E, por extensão, entende-se humanização como uma das condições humanas à pessoa hospitalizada. A ênfase recai portanto no pensamento, e na postura do profissional de saúde com relação ao paciente, ao considerá-lo o centro e o valor maior de sua atividade. Significa, ainda na consideração da pessoa como um todo e não apenas em seu aspecto físico-biológico, mas valorizando igualmente o seu aspecto psico-emocional.

Considera-se que o período mais crítico na vida de uma pessoa é o tempo que permanece no hospital. Como diz ACHCAR: “[...] *o ser humano ao transpor os umbrais do hospital, perde a própria cidadania, face às apreensões, e ao sofrimento. O receio da morte, o vazio que cerca a dúvida sobre o seu amanhã, fá-lo aguçar seus próprios sentidos, já desligados, em busca de um alento, de um gesto ou de um semblante favorável que irradie a necessária dose de solidariedade que o faça sentir que não está só em seu empenho de cura e sobrevivência*”. (ACHCAR, 1979:16)

É no hospital que a pessoa mais necessita de calor humano, e o atendimento mais humanizado pode influenciar positivamente nos resultados buscados em sua intervenção.

No início da história do hospital, ele era mais humano em suas finalidades, embora não dispusesse de bons recursos materiais. Com o decorrer dos tempos, foi melhorando em tecnologia e no aspecto físico, mas foi se tornando menos humanitário, menos familiarmente acolhedor e mais frio e árido.

O sentido de humanização do hospital, diz ACHCAR, “*não traduz que o doente, face aos naturais problemas de saúde, deixe de continuar tendo suas*

*fraquezas*” mas que o doente encontre na humanização das atitudes dos profissionais da saúde, *“a poderosa terapêutica de seu otimismo”*. (ACHCAR, 1979:16)

## 1.1 TEORIZANDO SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL

FOLTA analisa os dualismos filosóficos que afetam não apenas a assistência à saúde, mas que transcendem a vida da pessoa contemporânea. O primeiro refere-se ao dualismo mente-corpo que se fundamenta na dicotomia postulada por Descartes. Mas, *“ainda hoje esta premissa está esquecida e a mente e o corpo permanecem como entidades separadas, e esta separação ainda dá legitimidade a autonomia do médico orientado para o físico”*. (FOLTA, 1973:141)

Assim, embora a mente e o corpo não sejam entidades separadas na assistência de enfermagem e na medicina, continua-se a se *“desenvolver especialidades que reforçam o dualismo, como por exemplo: enfermagem médico-cirúrgica versus enfermagem psiquiátrica. Se a mente e o corpo são uma única coisa, não deveria a especialidade ser uma única entidade?”*. (FOLTA, 1973:142)

Outro dualismo analisado refere-se como duas culturas: as humanidades e as ciências naturais. Emergem daí duas visões da pessoa humana, diametralmente opostas: os teólogos, filósofos e artistas de um lado, e os médicos, químicos e tecnólogos de outro. De acordo com Luke SMITH, citado por FOLTA: *“Para o humanista, o homem é uma entidade única no Universo, que toma decisões e é moralmente responsável. Para o cientista natural, ele é inteiramente capaz de ser reduzido a um conjunto de leis, estranhos a ele e que tornam ambos, homem e sociedade, não distintos do Universo natural”*. (FOLTA, 1973:142)

Transferindo estes dualismos para a enfermagem, FOLTA considera que, como profissão, ela *“se situa no ponto intermediário no dualismo oscilante ora para o extremo do humanismo ora para o extremo da ciência. A própria noção da enfermagem como uma arte e uma ciência nos mantém na tensão entre a ética tecnológica e a ética humanista”*. (FOLTA, 1973:143)

A tensão aumenta, com a idéia de que a enfermeira cuida de doença, mas trata o indivíduo em sua forma global. Esta confusão perpetua-se com as especialidades, fragmentando o todo mente-corpo, em enfermagem orientada para os aspectos físicos e enfermagem voltada para os aspectos emocionais e na divisão do ensino em *“enfermagem técnica”* versus *“profissional”*. (FOLTA, 1973:143)

FOLTA aponta a criação do humanismo dentro da tecnologia para resolver estas tensões. E considera a enfermagem como *“a única profissão, no campo da saúde, que por sua posição ambivalente pode mover-se até a síntese de mente e corpo, comunidade e sociedade, tecnologia e humanismo”*. Isto porque considera a medicina dirigida à tecnologia, os serviços social ao meio do social do homem e a psicologia, à mente humana. (FOLTA, 1973:144)

Em síntese, FOLTA pensa que a assistência à saúde deve ser para as pessoas e não para os pacientes. Conforme afirma: *“[...] devemos primeiro renunciar à noção de cuidado do paciente e falar sobre os objetivos e planos, não para o cuidado de enfermagem ao paciente mas para a enfermagem às pessoas ou ao homem, pois a condição de paciente é transitória na vida de um ser humano”*. (FOLTA, 1973:145)

LERCH considera cinco princípios básicos de humanização no hospital:

1. não pode ser confundido com a simples adoção de uma série de medidas para solucionar problemas específicos de administração hospitalar;
2. deve estar integrada no quadro geral e mais amplo da melhoria das relações entre administradores e administrados;
3. é a tarefa comum, primordial e indeclinável de quantos, em todos os níveis se dizem responsáveis pela sua administração;
4. é a característica fundamental de uma administração eficaz;
5. é a própria razão de ser e o objetivo primordial dos serviços que se oferece como empresa prestadora de serviços. (LERCH, 1983:8)

À pergunta sobre a insistência e valorização de humanização no hospital,

LERCH observa que:

[...] vivemos num contexto social em que os verdadeiros valores da vida foram negados em favor do **ter** e em prejuízo do **ser**, gerando cada vez mais uma sensação de inquietação e insatisfação e em última instância de infelicidade, porque o ter não realiza ninguém nem deixa ninguém feliz. Importante se faz que descubramos os verdadeiros valores da vida. E aqui se encontra justificada a tendência para acelerar o processo de humanização. (LERCH, 1983:8)

A filosofia da humanização é, antes de tudo uma proposta de bem-estar físico, psíquico, social e moral do doente. É ele o sentido do trabalho do hospital, finalidade primeira da ação humanizadora.

Cabe considerar que a pessoa só pode dar aquilo que tem. Disto resulta a necessidade do preparo do tipo humano de funcionários que trabalham no hospital, com oferta de uma assistência mais humana, uma reciclagem nas técnicas de aperfeiçoamento profissional. Daí a necessidade das relações interpessoais na empresa hospitalar. Como nos contatos diretos, seja na expressão de um gesto aparentemente insignificante, mas carregado de manifestação de humanização, seja



ao alcançar um copo d'água, na administração de medicamentos, na expressão oral e na aparência de todo o ser no atendimento ao doente.

## **2 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

A ênfase da humanização no conceito de assistência de enfermagem confere, naturalmente, grande importância ao processo de comunicação e à necessidade da aquisição ou aprofundamento pelo profissional de enfermagem sobre o relacionamento entre enfermeiro-paciente.

A comunicação é um instrumento básico da enfermagem, e deve ser entendida como competência interpessoal (STEFANELLI, 1993:15). Competência esta que o enfermeiro deve adquirir para atender de forma adequada as necessidades básicas do paciente visto sob uma ótica global.

O processo da comunicação em seus diferentes tipos, é o que promove um relacionamento amistoso entre enfermeiro-paciente com valor terapêutico e educativo. Por esse meio a pessoa é respeitada em seus valores, suas crenças, sua etnia, enfim é vista como um ser humano.

Neste trabalho, é dada importância à comunicação na conscientização dos profissionais da enfermagem quanto a uma visão holística do indivíduo e à contribuição do processo pedagógico para a consecução de uma comunicação efetiva, como meio de humanização na assistência ao paciente.

Esse encontro enfermeiro/paciente ocorre num período particular na vida do paciente, quando a doença é inevitável no processo vital. Para a medicina chinesa, o importante é o indivíduo ativo, bem adaptado ao meio como um todo e ainda ser responsável pela sua saúde (CAPRA, 1982:309). Portanto, enfermeiro e paciente devem assumir juntos o compromisso da recuperação. A forma como essa comunicação ocorre nesse convívio, é espontânea e não se estabelece somente pela linguagem, mas por atitudes afetivas. Ocorre então uma aproximação emocional, permitindo a aceitação do outro, estabelecendo-se o diálogo. É através desse diálogo que vai haver uma comunhão (comum-união) que pode dar origem a um sentimento de amizade. (BORDENAVE, 1991:18)

É neste clima de comunhão que enfermeiro e paciente deveriam fazer uso da comunicação, onde se perceberiam, partilhariam o significado de idéias, pensamentos e propósitos, modificando-os neste processo de interação e facilitando o alcance dos objetivos da assistência de enfermagem. Seria portanto, por meio da comunicação vivenciada pelo enfermeiro e paciente que o profissional poderia definir metas, objetivos a serem atingidos pelo paciente, por ele próprio ou em conjunto com o paciente, para ajudá-lo a sentir-se como ser humano digno.

Em sua definição mais sintética, comunicação é função humana que possibilita o relacionamento de uma pessoa com outra. Seu significado é abrangente, inclui todos os procedimentos por meio dos quais um ser humano pode afetar outro, entendendo-se tanto a comunicação verbal como a não-verbal. Seus elementos essenciais compreendem a existência de duas ou mais pessoas em interação e um intercâmbio de mensagens, em determinado contexto.

Conforme CARVALHO:

Os processos de comunicação podem ser simbólicos e não simbólicos. A palavra escrita e falada, as linguagens por meio de gestos ou símbolos convencionais são processos simbólicos. O olhar, o sorriso, a expressão fisionômica, certos gestos simples que são compreendidos por todos constituem a comunicação não simbólica.

Nem sempre a comunicação se processa livremente. Às vezes levantam-se barreiras entre as pessoas, provenientes de aspectos **físicos** (distância, falta de iluminação, excesso de ruído, etc) **biológicos** (surdez, cegueira, afasia, etc) ou **sociais** (incompreensão, agressividade, distância social entre superiores e inferiores, tradições, tabus, etc).

[...]

Entende-se por **miopia social** a incapacidade de perceber as expressões fisionômicas e os gestos de nosso interlocutor [...] que há sensibilidade para captar a mensagem transmitida pelo olhar, pelo sorriso, pelas contrações dos músculos da face, pelos movimentos das mãos, dos pés ou da cabeça de quem está diante de nós. Igualmente **surdez social** expressa a falta de intuição psicológica [...] para perceber as nuances do tom de voz, e o que elas podem nos comunicar das intenções e dos estados de ânimo do indivíduo com o qual falamos. (CARVALHO, 1969:122-123)

RUESCH ressalta a necessidade de que o receptor compreenda a mensagem e dê uma resposta para se efetivar a comunicação. Neste sentido, a percepção da mensagem exerce profunda influência na pessoa e pode provocar mudança da conduta humana. Uma comunicação que não se efetiva pode gerar frustração que, se prolongada e intensa, resulta em pensamentos, sentimentos e reações progressivamente inapropriados e desorganizados, conseqüentemente, reduzindo a capacidade do indivíduo para o relacionamento interpessoal. (RUESCH, 1964:21-35)

A comunicação é entendida como um processo que se realiza em dois sentidos, de modo recíproco, para a transmissão de mensagens entre as pessoas. É esta reciprocidade que provoca, a curto ou longo prazo, mudança no modo de sentir, pensar e atuar de um indivíduo.

STEFANELLI chama atenção sobre a maneira como as pessoas reagem à comunicação que *“pode gerar satisfação ou insatisfação, ou seja, determinar o sucesso de suas tentativas de ajustamento ao meio em que vive”*. Podendo-se, então, considerar *“que a essência do bem-estar do ser humano e da sua saúde*

*mental está diretamente relacionada ou mesmo dependente dos seus padrões de comunicação e de como os outros reagem a eles". (STEFANELLI, 1986:161)*

Este impacto ou influência da comunicação entre as pessoas explica o interesse do estudo e compreensão deste processo nas diferentes áreas do conhecimento que tratam das relações entre pessoas. Para a enfermagem, evidentemente, é essencial. STEFANELLI (1981) observa a importância da comunicação enfermeiro-paciente, em qualquer área de atuação, dando ênfase à comunicação terapêutica.

Não é recente a valorização da comunicação em enfermagem, em 1859, Florence Nightingale já se mostrava preocupada com a comunicação entre a enfermeira e o paciente. Neste século, especialmente, após a segunda metade, a importância da comunicação foi ressaltada por muitos profissionais. STEFANELLI elaborou uma revisão da literatura apresentando uma longa nominata de autores que fizeram interessantes afirmações sobre a comunicação na enfermagem, concluindo que: *"os autores são enfáticos ao destacarem a necessidade da enfermeira aproveitar todos seus momentos de comunicação com o paciente para torná-los terapêuticos. É imperioso, portanto, que ela adquira habilidade do uso da comunicação efetiva no relacionamento com o paciente, que faça pesquisa sobre o assunto e que divulgue seus resultados". (STEFANELLI, 1986:177)*

SINNO observa que na prática da vida social criam-se ou solidificam-se obstáculos reais à comunicação efetiva. De uma forma geral, o ouvinte percebe superficialmente a mensagem do outro, sem atentar para a intenção do emissor e não valorizando a comunicação não-verbal, emitida continuamente que facilita o entendimento ou aceitação do que é verbalizado. SINNO ressalta que se estas

dificuldades ocasionarem entraves na relação social, *“essa problemática agrava-se na relação entre o profissional de saúde e o cliente, uma vez que ocorrem, neste contato, as mesmas limitações acima referidas”*. (SINNO, 1987:123)

Atualmente, a relação profissional-cliente é proposta como um encontro real de duas pessoas para vivenciarem e estabelecerem comunicação em uma situação significativa para elas. Trata-se da possibilidade de *“uma prática na qual a relação sujeito-sujeito ocorra como forma de garantir a totalidade e unidade do homem, evitando-se a visão fragmentada do seu ser”*. (SINNO, 1987:125)

Por vezes, o cliente sente inibição para expressar-se verbalmente utilizando expressões não-verbais. Cabe ao enfermeiro ter sensibilidade para percebê-las, mas também pode ajudar o cliente a verbalizar seus sentimentos. Conforme LINS: *“o enfermeiro(a) pode utilizar como mecanismos de estímulos o início do diálogo, ajudando-o a expressar o seu problema, auxiliando-o na exploração do significado do mesmo”*. (LINS, 1981:20)

Os seres humanos se comunicam de forma verbal ou digital e não-verbal ou analógica. A forma verbal possui uma sintaxe adequada e necessita de uma estrutura semântica de acordo com o campo do relacionamento humano. São comunicações em que a mensagem é constituída pela palavra. Podem ser: comunicação oral, que são debates, bate-papos, comunicações telefônicas e outras, e a comunicação escrita, que são cartas, jornais, livros e outros.

A forma não-verbal não possui uma sintaxe adequada, embora seja muito rica semanticamente, porque comunicamos com o corpo inteiro, ou seja, com a expressão facial, o contato dos olhos, os gestos e a postura, etc. Portanto, é a forma de comunicação sem o uso da palavra.

Sobre o assunto, assim se manifesta WEIL: *“É comum pensarmos que só nos comunicamos com a palavra; na realidade, estamos além das mensagens verbais e, na maioria das vezes, ao mesmo tempo, emitindo mensagens não-verbais”*. (WEIL, 1982:24)

Este autor divide a comunicação não-verbal em categorias, que são:

- as comunicações por mímicas, que são os gestos do corpo inteiro;
- as comunicações pelo olhar;
- as comunicações posturais, na qual se observa a mão colocada em cima do órgão doído;
- as comunicações conscientes e inconscientes, em que os gestos contradizem o que está sendo falado.

Sabe-se que a fala e a escrita não são os únicos sistemas de comunicação. A interação pessoa-pessoa é fortemente reforçada pelos gestos, pelo olhar, pela postura, pela expressão facial, pelo riso, pelo toque, pela distância, pelo silêncio e até mesmo pelas interferências da paralinguagem.

Em face do objetivo deste trabalho, é de todo pertinente uma reflexão com mais profundidade, na comunicação não-verbal.

É pela comunicação não-verbal que o indivíduo se comunica, não só com o som emitido pelo seu aparelho fonador, mas com o corpo todo, isto é, com elementos não verbais.

Para o enfermeiro, onde o relacionamento com o paciente é face-a-face, não é somente o aspecto verbal importante, deve-se levar em conta todos os outros elementos para que a transmissão e decodificação da mensagem realmente ocorra.

Os elementos não verbais da comunicação são: paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica e o silêncio.

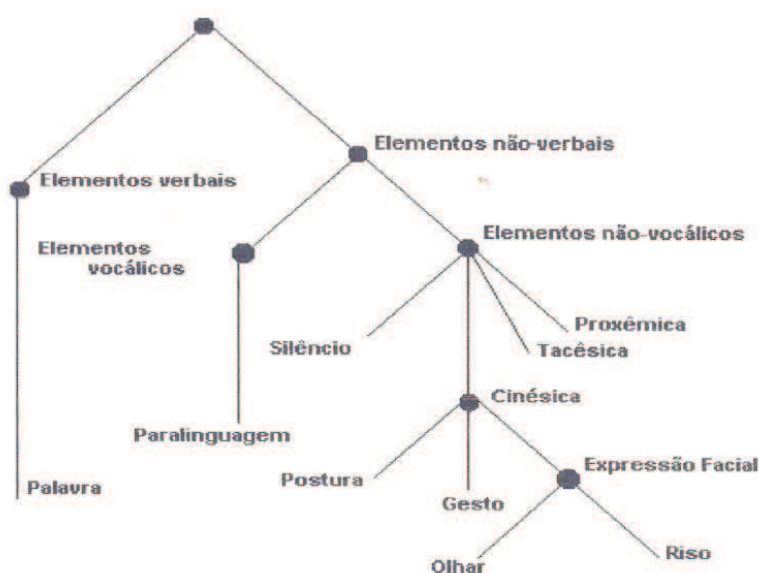
STEINBERG diz ser a paralinguagem: *“qualquer som emitido pelo aparelho fonador, mas que não fazem parte do sistema nervoso do idioma”*. A mesma autora esclarece que o termo paralinguagem é recente, data de 1958, e não tem ainda uma definição muito satisfatória. Para ela, a paralinguagem e a cinésica caminham juntas, formando o ato comportamental que está presente em todo processo de comunicação. (STEINBERG, 1988:3)

Assim sendo, a paralinguagem não dá para ser entendida somente como um som tipo “hum”, “ié” ou um bocejo, um pigarro, um choro ou ainda, uma pausa e uma mudança de intensidade. Ela é mais que isso, é a paralinguagem que nos dá o sabor do diálogo, sem elas, este seria totalmente insosso.

Quando um paciente com dificuldade de comunicação verbal aos poucos tenta falar algo, e nessa fala ele dá a intensidade diferente à determinadas palavras, faz um intervalo entre um assunto e outro, altera o tempo de velocidade em determinadas sílabas, e as vezes, sorri entre toda essa dificuldade, cabe ao enfermeiro, compreender a dificuldade oriunda da patologia do paciente, mas entender que todas essas pausas, intencionalmente, são também elementos não verbais da comunicação, ele está usando da paralinguagem. Na verdade, a palavra apenas dá a informação que o paciente quer passar ao enfermeiro, mas todo o seu sentimento ele comunica ao enfermeiro pela paralinguagem.

O esquema a seguir mostra, numa interação face a face, quais são os elementos que podem ser usados.

**FIGURA 3- INTERAÇÃO FACE A FACE**



FONTE: STEINBERG, Martha. *Os elementos não-verbais da conversação*. Atual Editora, 1988. p.26. (Adaptado pela pesquisadora).

A **cinésica** estuda os movimentos corporais, destacando os gestos manuais. O termo cinésica se origina do grego, *Kines*, e significa movimento. Portanto, na cinésica estamos diante do gesto, da postura, da expressão facial, do olhar e do riso. Num processo de comunicação, o ato verbal vem sempre acompanhado de ato cinésico.

O paciente ao abaixar a cabeça está dizendo: sim, entendi ou sim, aceito. E neste caso um ato cinésico substituiu um ato verbal com perfeita compreensão.

Cada vez mais, percebe-se a importância da comunicação não verbal na área hospitalar, pois o paciente fala ao enfermeiro por todos os poros do corpo. E



importante é o enfermeiro perceber toda essa comunicação e mais importante ainda é aprender a olhar o outro.

Os **gestos** são movimentos que podem ser executados pelas várias partes do corpo humano, caracterizando-se como comunicáveis. Os gestos são feitos com as mãos, cabeça, face, olhar, pernas e pés. Eles podem vir acompanhados da palavra ou não. Logicamente que palavras e gestos formam em sistema total de comunicação, mas há de considerar o papel também da distância e do tempo. Os gestos estão também ligados à postura.

STEINBERG relata que estudiosos do assunto classificam os gestos em dois tipos: os codificados e os não-codificados. Sendo o primeiro usado sem a fala como a usado pelos surdos e o segundo, ao contrário, é o que acompanha a fala, usado para substituir ou reforçar palavras. Os gestos variam de situação para situação e do estado da pessoa e mais especificamente do paciente. (STEINBERG, 1988:12)

Existem muitas classificações dos gestos, pois há vários estudos no assunto. Para a enfermagem existem gestos contraditórios que desaprovam o comportamento do paciente. Importante é saber que na enfermagem faz-se uso de gestos "**combinatórios**" (grifo da autora) quando combina-se com o paciente impossibilitado da fala de responder. Por exemplo, em situações em que a resposta é sim, ele fecha os olhos ou aperta a mão do enfermeiro ou ainda levanta a perna. Daí a importância cada vez maior do enfermeiro entender que o corpo todo fala.

Assim, a **postura** está ligada à outros elementos não verbais como a distância interpessoal, o toque, o contato visual e outros. Ela está relacionada à

proxêmica, quando o enfermeiro faz menção de que está na hora de encerrar, ao tomar uma certa postura e ir se distanciando. Na enfermagem, na interação face a face com o paciente, ambos procuram se posicionar de maneira a estarem vis-à-vis. O paciente percebe a pressa ou a disposição do enfermeiro pela postura que este assume, transmitindo relaxamento ou tensão.

A face, por ser um conjunto de músculos, pode contrair-se e movimentar esses músculos, demonstrando uma variedade de emoções ou atitudes.

A **expressão facial** mostra dor, ansiedade, vergonha, medo, etc, sentimentos esses que devem ser bem avaliados pelo enfermeiro, porque, às vezes, essa expressão facial vem acompanhada pelo silêncio, correndo o risco desse paciente passar despercebido porque não reclama.

O **olhar**, embora pertença à cinésica, também faz parte da expressão facial. "*Os olhos são o espelho da alma*" é um adágio popular bastante antigo e que expressa uma verdade.

Os olhos, ao movimentar-se, dizem muito. As vezes, dependendo da distância em que o enfermeiro se encontra, e aqui temos a proxêmica, o paciente desvia o olhar, não permitindo que sua privacidade seja invadida.

ARGYLE estabelece seis funções diferentes para o olhar, em interação social e que se pode muito bem se ajustar para um olhar entre enfermeiro e paciente. A primeira delas é a busca de informações onde eles se olham na tentativa de conseguir uma informação a mais. A segunda é o indício, quando o olhar juntamente com expressões faciais dá indícios de simpatia ou antipatia. A seguir vem o controle de sincronização de fala que através do olhar o interlocutor

sabe quando fazer uso da fala. Ligada à proxêmica tem os olhares mútuos que determinam a duração do olhar que é tanto mais curta quanto menor for a distância. E em último lugar ARGYLE estabelece o desvio do olhar que funciona no sentido de evitar intimidade. (ARGYLE, 1988:21)

Com relação ao olhar, o enfermeiro, além de observar o paciente, estabelece com ele uma atitude de respeito.

O **riso** é um movimento que não se limita à boca. Ele faz parte de todo um conjunto de movimentos corporais. Ele não é um gesto em si, mas parte de um conjunto gestual.

O riso, às vezes, significa tristeza e passividade. Mas a maioria das vezes ele traduz satisfação. Portanto, quando o paciente sorri ao enfermeiro, deve-se perceber que esse riso nos fala sobre tristeza, abandono, aceitação ou uma real satisfação.

Importante lembrar que a postura, os gestos, a expressão facial são observados dentro de um tempo e uma distância, ou seja, da cronêmica e da proxêmica.

Na **cronêmica** tem-se a idéia de tempo. Assim como a criança pergunta à mãe quando ela pode ir brincar, e a mãe lhe responde daqui a pouco e ela volta e pergunta se já passou o daqui a pouco, percebe-se que a noção de tempo é vaga. Com o paciente acontece a mesma coisa. Ele pede água e tem como resposta: você não pode tomar água, está em jejum, daqui a pouco te dou. Essa expressão pode ser daqui a 6 horas ou 16 minutos, ou ainda, quando ele pergunta quando vou tirar o soro, ou o tubo da boca, a que horas é a visita, e tem como resposta, à tarde.

Portanto, percebe-se que a cronêmica na área hospitalar é principalmente para uma pessoa com seu físico agredido, e que deveria ser melhor estudado e avaliado o seu significado.

A **proxêmica** é o sentido da distância entre indivíduos.

RECTOR & TRINTA nos afirmam: *“A proxêmica estuda, pois, o significado social do espaço. A distância em que nos colocamos com relação ao nosso interlocutor e o tempo que demoramos em receber a mensagem e em respondê-la, constituem signos”*. (RECTOR & TRINTA, 1985:28)

A distância mantida entre o enfermeiro e paciente acamado deve ser pequena, pois, é importante o enfermeiro falar bem perto do ouvido do paciente, até mesmo para observar se o paciente comatoso atende a esse tipo de estímulo auditivo. E quanto mais próximo o enfermeiro ficar do paciente, há chance de observar pelo odor de determinadas secreções, como da traqueostomia por exemplo, se há contaminação ou não.

HALL afirma que o termo proxêmica é para: *“designar a representação da postura, o ângulo formado pelos ombros de dois interagentes, a distância entre os interagentes, o tipo de toque, a direção do contato visual, o calor humano detectado pelos interagentes, assim como os odores e a altura da voz”*. (HALL, 1985:60)

HALL esclarece, ainda, que a distância pode ser dividida em quatro tipos:

1. Distância íntima - É aquela que varia de 0 a 50 cm, onde percebe-se o odor, o calor do outro corpo, a visão se distorce por ser tão próxima e a voz é ouvida num simples sussurro. Aqui há envolvimento físico.

2. Distância pessoal - É de 50 cm a 1,20 m, e aqui há um encontro pessoal, mas não íntimo, embora a distância seja pequena já não se consegue mais tocar com as mãos, os odores e o calor já não são mais sentidos, vê-se e ouve-se claramente.
3. Distância social - Varia entre 1,20 a 3,60 m, não havendo mais contato físico, aqui existe contato visual individual, o tom da voz deve ser alto para ser ouvido. Essa distância é para conferências.
4. Distância pública - Varia entre 3,60 e 30,00 m, onde a essa distância não existe contato visual individual, o tom da voz deve ser alto para ser ouvido. Essa distância é para conferências. (HALL, 1985:61-62)

Em serviços de saúde, essas distâncias são percebidas com bastante rigor. Em centros de saúde, existem grupos de mães, gestantes, hipertensos e alcoólicos que se reúnem em palestras para esclarecimentos e troca de experiências e se fosse colocada essa distância nos padrões preconizados por HALL, teríamos nesse caso, distância social e pública.

Em consultórios, clínicas e hospitais, e, mais particularmente em UTI, que é o interesse maior deste trabalho, poder-se-ia dizer que a distância usada pelo profissional de enfermagem e paciente ficaria entre íntima e pessoal, sem haver contudo, um limite nítido. Para a distância íntima, o autor refere-se como sendo a distância para fazer amor ou praticar luta corporal. Na enfermagem, essa distância é a usada para prestar vários procedimentos como punção venosa, cateterismo vesical e até a higiene corporal. Neste caso, não é só a proxêmica que atua, mas também a tacêsica.

**Tacêsica** é o estudo do toque e STEINBERG propõe: *“A proxêmica está ligada ao movimento. Quando desejamos dialogar com alguém, o primeiro passo é nos aproximarmos até a distância correta. [...] A proxêmica está intimamente ligada à tacêsica, que é o estudo do toque. Para que este ocorra, é preciso nos aproximarmos do objeto de nosso toque”*. (STEINBERG, 1988:31)

O toque, como um aperto de mão, um bater no ombro, pode dizer mais do que qualquer palavra. Mas o toque pode vir acompanhado da palavra também, como no caso do cumprimento. Na enfermagem, a tacêsina é muito usada, pois todos os procedimentos envolvem aproximações e toques.

É de muita valia observarmos como os elementos não verbais estão unidos e aparecem simultaneamente. Por exemplo, o enfermeiro ao aproximar-se do paciente fará uso da proxêmica, tacêsica, gesto, postura, expressão facial, olhar, riso e até o silêncio. E se o paciente for consciente e tiver condições de verbalização, esse relacionamento ou nessa interação face a face, haverá também elementos verbais da comunicação.

O **silêncio** é conhecido por todos como a ausência de som, e comum em determinadas situações ou locais, como por exemplo durante uma cerimônia religiosa, numa biblioteca, etc.

Na enfermagem, o silêncio fala muito alto. Os pacientes diferem muito entre si, há os que falam bastante, mas há os que se calam, chegando às vezes a não responder o que o enfermeiro pergunta. É um silêncio pedindo *“ajuda”*, pedindo que *“me deixem morrer”*, dizendo que *“tenho medo”*.

O silêncio de um paciente dói no enfermeiro no mais íntimo de seu ser. Por isso, a importância da observação na enfermagem e do conhecimento dos mais diferentes tipos da comunicação.

O profissional de enfermagem, por estar a maior parte do tempo com o paciente hospitalizado, deve ter conhecimentos não só das alterações do estado de saúde em que o paciente se encontra pela patologia, como também ao paciente como um todo. Vale lembrar que o paciente fala com o corpo, as vezes em silêncio, mesmo sem palavras, pode-se perceber sua postura encolhida na cama, seu olhar para o infinito, seus suspiros de ansiedade de quando em quando, pois o essencial na comunicação não é a palavra, tornando-se importante o saber identificar, ter a capacidade de compreender o paciente em todo o seu ser.

O silêncio é um elemento paralingüístico e na cinésica temos a **quietude** que é a posição de neutralidade do corpo.

Em suma, ao juntar todos os elementos da comunicação, percebe-se que, embora cada um transmita sozinho a sua mensagem, eles atuam muito bem em conjunto. Portanto, não se pode deixar de fazer a relação entre eles, como por exemplo, levar o dedo indicador aos lábios e fazer psiiii, onde observa-se a paralinguagem atuando junto com o tacêsica. Um olhar triste, silêncio e uma postura encolhida ao leito, sabe-se que o paciente está tentando dizer: me deixem sozinho.

É oportuno salientar, que o toque, a distância e o olhar, são elementos de extrema importância para o processo da comunicação. Mas o que não se pode deixar de lado é o respeito à privacidade do outro.

Quando o enfermeiro souber ler e analisar o paciente num todo, sem fragmentá-lo e tratá-lo com respeito, ele será um doente menos infeliz.

Apesar da comunicação ser um processo completo, bonito e envolvente, existem barreiras que levam a impedir o entendimento.

Entre enfermeiro e paciente, medeia uma distância que precisa ser vencida ou encurtada e isso acontecerá no momento em que certas barreiras forem desfeitas.

WEIL mostra que as **barreiras na comunicação** não são somente ruídos que impedem a mensagem de chegar ao receptor, e sim obstáculos sutis e escondidos que só são revelados após análises aprofundadas. E cita algumas como exemplos:

- opiniões do receptor com que ele só perceba o que ele quer;
- egocentrismo do receptor da mesma maneira faz com que ele nem perceba o que o emissor tenta transmitir, o receptor não a ouve e quando ouve, retruca;
- preconceitos do receptor com relação a cor, raça, situações sócio-econômicas etc. que já predispõe a ouvir com atenção ou não;
- competição entre as pessoas onde elas falam e não prestam atenção umas às outras;
- a frustração do receptor impede-o de perceber o que estão tentando lhe transmitir;
- a transferência inconsciente de sentimentos do receptor com relação ao emissor atual e pessoa já conhecida, podendo influir de forma positiva ou não;



- inibição do receptor em relação ao emissor. (WEIL, 1982:98-102)

Essas barreiras, citadas por WEIL, estão presentes no dia-a-dia da enfermagem, onde a enfermeira, às vezes, induz o paciente a uma resposta que ela quer ouvir, mesmo porque ela já se aproximou do paciente para colher uma certa resposta. Então sua atenção é voltada para aquela resposta e não para as queixas que, aproveitando o momento e a proximidade do enfermeiro, o paciente relata.

Preconceitos sempre existiram e ainda existem, por exemplo: ao entrar na UTI, um motoqueiro que sofreu um acidente e estava sem capacete, mesmo que não seja verdade nessa situação, já se imagina um quadro grave.

Existem situações onde o enfermeiro está mais preocupado em passar as informações e orientações do que em ouvir. O paciente, por sua vez, também não percebe a mensagem porque não é esta mensagem que ele quer ouvir.

Os termos técnicos também criam uma barreira entre enfermeiro e paciente, pois o paciente, não entendendo muitas vezes esses termos, sente medo e aumenta sua ansiedade em relação ao quadro. E mais grave ainda é quando existe uma terceira pessoa, ou melhor, o paciente presencia dois profissionais conversando na cabeceira de seu leito e não entende nada.

Essas barreiras são as vezes dolorosas e apesar de todas as conquistas da ciência e da técnica percebe-se que se continua a viver num mundo de incompreensão, suspeitas e desinteresse pelo outro.

Num processo de comunicação pedagógica o enfermeiro deveria criar uma situação de interação procurando entender seu comportamento.

Uma simples palavra dita com afetividade pode atenuar um sofrimento físico; um gesto de atenção leva um doente a se sentir gente. A esse respeito, relato o ocorrido num Hospital onde supervisiono estágio. Um doente aproximou-se do grupo de estagiários; percebi que ele desejava se comunicar com alguém, assim me aproximei e perguntei qual era o seu problema, qual não foi a minha surpresa, quando ele, usando linguagem labial, contou que não comia há dois dias porque sua sonda estava “entupida”. Imediatamente providenciei atendimento necessário, além de instruí-lo sobre a maneira de como ele poderia, em casa, manter a sonda desobstruída.

Muito embora os dois tipos de comunicação sejam bastante freqüentes, no contexto hospitalar, nem sempre se está atento se ocorrem e como ocorrem. É por meio dela que se identifica muitas vezes se a pessoa está com medo, dor ou ansiosa.

Nessas manifestações, destacam-se a expressão facial e a corporal. Quando por exemplo, concentra-se a atenção no paciente sob ventilação mecânica, no que se refere à expressão do seu olhar, em seus lábios tentando acomodar melhor a cânula oro-traqueal, no movimento muitas vezes agitado do seu corpo, ou até mesmo, no mais profundo silêncio corporal, pode-se inferir que tudo isto significa um constante pedido de ajuda.

Deve-se, portanto, encarar a parte visível da mensagem, no mínimo tão importante quanto a saudável, contudo, sem esquecer que o significado da mensagem está sempre inserido num contexto e jamais em algum movimento isolado do corpo. É nesse momento que o paciente espera do profissional um esclarecimento com relação a seu estado, seu tratamento, orientação quanto à sua

melhor participação no processo de tratamento e com relação a sua adaptação às novas limitações.

O toque, outro aspecto da comunicação não verbal é, talvez uma das mais importantes facetas da comunicação não verbal, pois, através deste pode-se, por exemplo, indicar para a pessoa que fique onde está, que se aproxime, que *“estamos com ela”* em uma dada situação. É um dos meios mais concretos de se transmitir sentimentos de empatia e confiança. (STEFANELLI, 1993:38)

O enfermeiro tem, que estar atento para detectar a paralinguagem, ou seja, os indícios que o informam sobre como compreender a mensagem.

Para MORAN (1993) a educação é um processo de desenvolvimento global da consciência e da comunicação, integrando, numa visão de totalidade, e em seus vários níveis de conhecimento e de expressão: o sensorial, o intuitivo, o afetivo, o racional e o transcendental.

### **3 REFLEXÕES SOBRE O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENFERMEIRO-PACIENTE**

Na prática da enfermagem, toda a assistência ao doente se processa a nível das relações interpessoais. Entretanto, nas últimas décadas, este tema é tratado com uma nova abordagem, *“sendo usado como um instrumento de trabalho e, em decorrência disso, o incentivo ao profissional de enfermagem no sentido de tomar conhecimento e de incluir sua própria personalidade no desempenho de suas atividades junto ao paciente”*. (GATTÁS, 1984:59)

Na literatura pertinente ao tema do relacionamento interpessoal, enfermeiro(a)-paciente, encontram-se princípios humanísticos, com uma constante preocupação pela integridade do ser humano em todas as suas dimensões. Teoricamente, as construções são relativamente fáceis. Entretanto, na realidade depara-se com a complexidade dos fatores que envolvem uma relação de pessoa a pessoa. Tratam-se de duas personalidades distintas em interação, embora possam ter o mesmo objetivo a alcançar. A diferença pode ocorrer na maneira de ver ou de lidar com um determinado problema pelas vivências e conhecimentos que cada um dos elementos envolvidos carrega consigo. Há um tempo e um caminho para que ocorra um relacionamento significativo, em que o paciente perceba a realidade da enfermeira e, esta reconheça o valor de sua ajuda.

Como explica GATTAS: “[...] sobressai a importância de ambos se conhecerem como pessoas distintas, com suas próprias singularidades, assim como de desenvolverem um certo grau de confiança mútua, para que possam se sentir ‘à vontade’ na interação. E essas circunstâncias podem exigir um certo tempo para que ocorram”. (GATTAS, 1984:59)

De acordo com TRAVELBEE (1972), reveste-se de singularidade a interação enfermeira-paciente. Sua ocorrência não pode ser repetida ou imitada, dá-se em um período particular na vida de ambos. “Uma característica dessa interação é que cada encontro é único e original, mas também, representa o começo ou ponto de partida das interações subseqüentes”. (TRAVELBEE apud GATTÁS, 1984:60)

Alguns fatores implicam no desempenho de cada um ao longo do processo de interação tais como: os conhecimentos da enfermeira e sua capacidade para usá-los, a disponibilidade do paciente e sua capacidade para responder ao

empenho da enfermeira, o sexo, a idade, a religião e o tipo de problema que o paciente apresenta. E, inerentes à enfermeira, o sexo, a idade, a linguagem empregada, preconceitos e estereótipos em relação à doença do paciente, ao tipo de pessoa do paciente, seu auto-conhecimento, entre outros. (GATTÁS, 1984:60)

GATTÁS ressalta o processo de relação pessoa a pessoa como *“um meio eficaz, do qual o profissional de enfermagem pode dispor para melhor conhecer o paciente como pessoa, para identificar suas necessidades e ajudá-lo em suas dificuldades do momento, como também de o profissional realizar seu papel de ajuda”*. (GATTÁS, 1984:61)

Esta necessidade de um relacionamento mais direto entre enfermeiro(a)-paciente resulta em que o profissional de saúde não pode planejar assistência de enfermagem para uma doença, enquanto não conhecer a pessoa a quem ele vai assistir.

Atualmente, o conceito de enfermagem assinala a importância de se considerar o paciente como pessoa sob o tríplice aspecto social, cultural e psicológico.

DU GAS evidencia a importância, para a saúde de um indivíduo, tanto de seu bem-estar emocional quanto de seu bem-estar físico e social. A realidade da UTI requer da Enfermagem uma conduta que atenda as necessidades do paciente. Significa que o atendimento não se esgota no aspecto somático, mas que há necessidade também da assistência psicológica. (DU GAS, 1978:166-195)

Esta é uma abordagem de assistência humanizada. Conforme GALIZA:

A hospitalização de doentes graves nas UTI implica a responsabilidade do(a) enfermeiro(a) conhecer as necessidades básicas, bem como as alterações de comportamento dos mesmos. Diante dessa problemática é que devem ser planejadas

ações sistematizadas aliadas a um relacionamento adequado entre a enfermeira e o paciente para que seja efetivada uma assistência humanizada e integral aos pacientes. (GALIZA, 1985:32)

De acordo com ZEN e BRUTSCHER:

Cada pessoa apresenta uma reação diferente diante de situações idênticas, o que exige da enfermagem algum preparo para o bom inter-relacionamento com o paciente, proporcionando atitudes eficientes e capacidade de sentir as necessidades humanas, como elas se apresentam, descobrindo seus mecanismos de defesa para satisfazê-las dentro do máximo respeito e dignidade. (ZEN e BRUTSCHER, 1986:5)

## **CAPÍTULO II**

### **CARACTERIZAÇÃO DAS**

### **UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO**

Neste capítulo apresentam-se a análise e a interpretação dos dados obtidos por meio de três instrumentos: um questionário aplicado aos enfermeiros dos hospitais, universo desta pesquisa. (Fazendo-se ressalva que os formulários preenchidos pelos profissionais do Hospital de Clínicas não retornaram). Um questionário respondido pelos pacientes que estavam na UTI, no momento da coleta de dados, e que estivesse consciente. E uma ficha de observação do contato do enfermeiro com o paciente na unidade de terapia intensiva, sem a participação de nenhum dos dois observados.

Esta análise e interpretação divide-se em três partes, correspondendo aos dados coletados nos três tipos de instrumento. No primeiro item procurou-se configurar o perfil do enfermeiro da UTI em relação a dados sócio-econômicos, à sua formação e sua atuação profissional, bem como sua avaliação sobre a Clínica em que está trabalhando. O segundo item refere-se à avaliação do paciente sobre o serviço de atendimento na UTI. O terceiro item diz respeito especificamente à

comunicação que se estabelece entre os enfermeiros e os pacientes nas UTIs observadas.

## 1 CONFIGURANDO O PERFIL DO(A) ENFERMEIRO(A) DA UTI

Serviram de base para a presente análise os dados sócio-econômicos, de formação escolar e de atuação profissional dos 79 enfermeiros respondentes sendo:

	Quant.	%
• Cajuru.....	41	52%
• Evangélico.....	23	29%
• Santa Casa .....	15	19%
• Total .....	79	100%

Pelos dados da Tabela 1, verifica-se que 46% dos enfermeiros respondentes recebem de 4 a 6 salários mínimos, 23%, até 3 salários mínimos. 18% de 10 e mais salários mínimos e 13% de 7 a 9 salários mínimos.

Quando se consideram os hospitais, notam-se diferenças, tendo o Hospital Cajuru o percentual mais alto na faixa de renda de 4 a 6 salários mínimos (64%), enquanto o Evangélico e a Santa Casa, têm na faixa de até 3 salários mínimos, 45% e 37% respectivamente.

Em relação à faixa de renda de 10 e mais salários mínimos, o percentual mais alto é apresentado pela Santa Casa (25%), enquanto o Cajurú é de 18% e o Evangélico, 11%.

Percebe-se que os salários mais baixos correspondem ao Hospital Evangélico.



**TABELA 1- RENDA PESSOAL EM SALÁRIOS MÍNIMOS DOS FUNCIONÁRIOS DE ENFERMAGEM**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Renda de até 3 SM	2	9	4	45	3	37	9	23
Renda de 4 a 6 SM	14	64	3	33	1	13	18	46
Renda de 7 a 9 SM	2	9	1	11	2	25	5	13
Renda de 10 e mais SM	4	18	1	11	2	25	7	18
TOTAL	22	100	9	100	8	100	39	100
	56%		23%		21%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 2 mostra que há predominância de enfermeiros com a renda familiar de 4 a 6 salários mínimos, com 46%, seguindo-se uma faixa de renda de 10 e mais salários em 28%. Sendo o mais baixo percentual para a faixa de renda até 3 salários mínimos.

**TABELA 2- RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS DOS FUNCIONÁRIOS DA ÁREA DE ENFERMAGEM**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Renda de até 3 SM	1	5	0	0	2	25	3	9
Renda de 4 a 6 SM	11	55	2	50	1	13	14	44
Renda de 7 a 9 SM	2	10	2	50	2	25	6	19
Renda de 10 e mais SM	6	30	0	0	3	37	9	28
TOTAL	20	100	4	100	8	100	32	100
	63%		13%		25%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Em referência à formação dos enfermeiros do universo desta pesquisa, há uma expressiva predominância de enfermeiros com o curso de Auxiliar Regular, com 74% sobre o total, seguindo-se, com grande distância, o de atendente, com

13%. Enquanto os cursos de Auxiliar com Suplência, Técnico e Superior mostraram-se inexpressivos, com 4%, 4% e 5%, respectivamente.

Constata-se, que a maior concentração dos recursos humanos de enfermagem recai na categoria do auxiliar.

Quando se comparam os hospitais percebe-se que o maior percentual de enfermeiros com o curso de Auxiliar Regular recai no Cajuru com 91%, seguindo-se a Santa Casa, com 60%. Enquanto no Evangélico está o maior percentual de atendentes (35%) e nenhum com os cursos técnico e superior. A Santa Casa possui o maior percentual de enfermeiros com os cursos técnicos e superior.

É importante lembrar que a Lei 7.498/1986 dispendo sobre o exercício de enfermagem, atribui privativamente ao enfermeiro, a prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, com risco de vida. Sendo assim, os pacientes das UTIs devem ser atendidos pelo enfermeiro.

**TABELA 3- TIPO DE CURSO DE ENFERMAGEM**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Atendente	2	5	8	35	0	0	10	13
Auxiliar c/ sup.	0	0	2	9	1	7	3	4
Auxiliar Reg.	37	91	13	56	9	60	59	74
Técnico	1	2	0	0	3	20	4	5
Superior	1	2	0	0	2	13	3	4
TOTAL	41	100	23	100	15	100	79	100
	52%		29%		19%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 4 mostra que, no total do universo da pesquisa, a predominância do estágio foi em UTI Geral (29%), seguindo-se Geral/Cardíaca (20%).

Tomando-se os dados dos três hospitais, comparativamente, percebe-se que o maior percentual com estágio em UTI Geral está no Evangélico, 36%. Embora, um percentual sem muita expressividade para o estágio em UTI, é ainda em UTI Geral que recai o maior número de enfermeiros com estágio neste setor.

Estes são dados que reforçam a necessidade de uma educação permanente do enfermeiro(a) para o cuidado intensivo, especialmente ao profissional que está no início de sua carreira.

**TABELA 4- ESTÁGIO EM UTI DURANTE O CURSO DE ENFERMAGEM**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
UTI geral	7	26	4	36	3	27	14	29
UTI cardíaca	2	7	2	18	0	0	4	8
UTI pediátrica	4	15	1	9	2	18	7	15
Outras	1	4	1	9	3	27	5	10
Geral/Pediátrica	4	15	0	0	0	0	4	8
Geral/Cardíaca	6	22	2	18	2	18	10	20
Geral/Cardíaca/Pediát.	3	11	1	10	1	10	5	10
TOTAL	27	100	11	100	11	100	49	100
	55%		22%		22%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Em relação ao tempo de atuação, a Tabela 5 mostra que há uma predominância de enfermeiros com 7 ou mais anos de profissão (54%) e apenas 11% com menos de 1 ano e até 3 anos. O que demonstra a viabilidade de se pensar que estes hospitais contam com um quadro de enfermeiros com experiência profissional. Mesmo tomando-se em separado, verifica-se que os três têm um nível elevado de funcionários com 7 ou mais anos de atuação. Assim, o Cajuru, com 51%, o Evangélico, 61% e a Santa Casa, 37%, com o índice mais baixo.

De outro lado, pode-se deduzir que não há significativas mudanças de pessoal, o que para os serviços de um hospital é uma característica positiva.

**TABELA 5- TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Menos de 1 ano	5	12	2	9	2	13	9	11
De 1 a 3 anos	1	2	4	17	4	27	9	11
De 4 a 6 anos	14	34	3	13	2	13	19	24
De 7 a mais anos	21	51	14	61	7	37	42	54
TOTAL	41	100	23	100	15	100	79	100
	52%		29%		19%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 6 mostra que o maior percentual de tempo de atuação em UTI recai na faixa de 4 a 6 anos (35%) e o menor (17%) para menos de 1 ano. Ao se tomar comparativamente o quadro dos três hospitais verifica-se que em todos há a predominância desta faixa de tempo. Em relação à faixa de 7 e mais anos, a Santa Casa e o Cajuru apresentam maior percentual, 23% e 22%, respectivamente, ficando o Evangélico com 14%.

**TABELA 6- TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Menos de 1 ano	1	17	4	19	2	15	13	17
De 1 a 3 anos	12	29	6	29	3	23	21	28
De 4 a 6 anos	13	32	8	38	5	39	26	35
De 7 a mais anos	9	22	3	14	3	23	15	20
TOTAL	41	100	21	100	13	100	75	100
	55%		28%		17%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

À pergunta: "você escolheu trabalhar nesta clínica?" verifica-se que predominou a opção, com 70%, e apenas 30% que não a escolheram. Ao se comparar os três hospitais, verifica-se que a Santa Casa tem o maior percentual de

enfermeiros que não escolheram trabalhar na clínica em que atuam (43%) enquanto o Cajuru tem 28% e o Evangélico 26% nesta condição. (Ver Tabela 7).

**TABELA 7- VOCÊ ESCOLHEU TRABALHAR NESTA CLÍNICA?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	28	72	17	74	8	57	53	70
Não	11	28	6	26	6	43	23	30
TOTAL	39	100	23	100	14	100	76	100
	51%		30%		18%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

À questão: "o que melhoraria o seu trabalho" foi possível observar-se que o "salário mais alto" foi o item mais questionado pelo total de respondentes, manifestando-se nos três hospitais com 50,63% conforme mostra a Tabela 8.

A seguir, o reconhecimento da necessidade de treinamento 34,18%, de melhores condições de trabalho (26,58%), de valorização profissional (25,32%), e mais funcionários (27,78%), foram os itens que obtiveram maior avaliação.

Os itens com menor frequência de respostas referem-se ao relacionamento entre os enfermeiros (3,8%), a pressão da chefia (5,0%), e ao material. Entretanto, os respondentes dos Hospitais Cajuru e Evangélico apresentam-se descontentes com o relacionamento da equipe com um percentual de 21,95% e 17,39%, respectivamente.

**TABELA 8- O QUE MELHORARIA SEU TRABALHO**

	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%

a) Salário mais alto	21	51,22	11	47,83	8	53,33	40	50,63
b) Mais folgas	5	12,20	1	4,35	0	0,00	6	7,59
c) Valorização Profis.	11	26,83	3	13,04	6	40,00	20	25,32
d) Menos pressão chefia	4	9,76	0	0,00	0	0,00	4	5,06
e) Melhor cond. trabalho	11	26,83	6	26,09	4	26,67	21	26,58
f) Mais respeito	7	17,07	0	0,00	4	26,67	11	13,92
g) Plano de saúde	4	9,76	0	0,00	1	6,67	5	6,33
h) Amizade c/colegas	2	4,88	0	0,00	1	6,67	3	3,80
i) Melhor relac. equipe	9	21,95	4	17,39	0	0,00	13	16,46
j) Mais funcionários	3	7,32	10	43,48	5	33,33	18	27,78
l) Treinamento	10	24,39	9	39,13	8	53,33	27	34,18
m) Material	1	2,44	5	21,74	1	6,67	7	8,86

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 9 mostra os pontos positivos e os negativos apontados pelos enfermeiros em relação ao seu trabalho. Pode-se verificar que entre os positivos mais pontuados foram entrosamento entre a equipe, 38%, aprendizagem, 36,71% e recuperação do paciente, 24,05%. Tomando-se os percentuais por hospitais, comparativamente, verifica-se que o maior percentual para entrosamento ocorre na Santa Casa (53,33%), para aprendizagem no Cajuru (48,78%) e para recuperação do paciente não há diferença significativa entre os três.

Em relação aos pontos negativos tem-se o percentual mais alto em salário baixo (44,30%), seguindo-se “baixo número de funcionários” (22,78%) e com igual pontuação para “cobrança da chefia e falta de material”, 13,92%.

**TABELA 9- PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS APONTADOS PELOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO**

PONTOS POSITIVOS	CAJURU		EVANGÉLICO		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
a) Entrosamento equipe	14	34,15	8	34,78	8	53,33	30	37,97
b) Aprendizagem	20	48,78	3	13,04	6	40,00	29	36,71
c) Recuperação paciente	10	24,39	5	21,74	4	26,67	19	24,05
d) Boa chefia	4	9,76	3	13,04	1	6,67	8	10,13
e) Material	4	9,76	1	4,35	2	13,33	7	8,86
f) Pagamento em dia	2	4,88	0	0,00	0	0,00	2	2,53
g) Localização hospital	1	2,44	0	0,00	0	0,00	1	1,27
<b>PONTOS NEGATIVOS</b>								
a) Salário baixo	14	34,15	8	34,78	13	86,67	35	44,30
b) Baixo número funcion.	8	19,51	6	26,09	4	26,67	18	22,78
c) Falta de material	0	0,00	10	43,48	1	6,67	11	13,92
d) Cobrança chefia/mater.	8	19,51	1	4,35	2	13,33	11	13,92
e) Difícil relacion. equipe	9	21,95	1	4,35	0	0,00	10	12,66
f) Habilitação funcional	7	17,07	0	0,00	1	6,67	8	10,13
g) Falta plano de saúde	2	4,88	1	4,35	4	26,67	7	8,86
h) Desrespeito	5	12,20	0	0,00	1	6,67	6	7,59
i) Chefia autoritária	1	2,44	0	0,00	2	13,33	3	3,80
j) Excesso de descontos	3	7,32	0	0,00	0	0,00	3	3,80
k) Descado c/ paciente	1	2,44	1	4,35	0	0,00	2	2,53

FONTE: Pesquisa de campo.

## 2 AVALIAÇÃO DO PACIENTE DA UTI SOBRE O ATENDIMENTO RECEBIDO

Serviram de base para a presente análise, os dados dos 75 pacientes respondentes, sendo:

	Quant.	%
• Cajuru.....	27	36%
• Clínicas .....	20	27%
• Evangélico.....	10	13%
• Santa Casa .....	18	24%
• Total .....	75	100%

Em relação ao atendimento nas Unidades de Tratamento Intensivo, aproximadamente 100% do universo desta pesquisa afirmou ser bem atendido, o percentual mais baixo recai no Hospital Cajuru (85%), conforme demonstra a Tabela 10.

**TABELA 10-VOCÊ ACHA QUE ESTÁ SENDO BEM ATENDIDO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	23	85	10	100	20	100	18	100	71	95
Não	4	15	0	0	0	0	0	0	4	5
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.



O mesmo acontecendo com o recebimento de respeito e carinho, com exceção do Cajuru, 96%, todos os outros atingiram 100%, conforme se expõe na Tabela 11.

**TABELA 11-CONSIDERA QUE RECEBE RESPEITO E CARINHO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	26	96	10	100	20	100	18	100	74	99
Não	1	4	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Já em referência ao pronto atendimento, nota-se que apenas 65% o consideram positivamente. Comparando-se os três hospitais constata-se que o Evangélico apresenta o percentual mais alto (90%), enquanto o Cajuru, o mais baixo, 56%, ficando o Hospital de Clínicas com 70% e a Santa Casa com 61%. (Ver Tabela 12)

**TABELA 12-CONSIDERA QUE HÁ PRONTO ATENDIMENTO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	15	56	9	90	14	70	11	61	49	65
Não	12	44	1	10	6	30	7	39	26	35
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Comparando-se as tabelas 10, 11 e 12 verifica-se que o Hospital Cajuru oferece um padrão mais baixo de atendimento, quando comparado aos demais hospitais aqui analisados, de acordo com a avaliação dos pacientes.

Os dados das tabelas 13, 14, 15 e 16 referem-se à comunicação entre paciente-enfermeiro. Considerando-se o período mais crítico quando o paciente fica sem poder falar, percebe-se que 31% dos respondentes sofreram essa privação, com maior percentual no Hospital de Clínicas, 45% e nulo para o Evangélico (0%). (Ver Tabela13)

**TABELA 13-FICOU ALGUM PERÍODO SEM PODER FALAR?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	10	37	0	0	9	45	4	22	23	31
Não	17	63	10	100	11	55	14	78	52	69
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Constata-se que 83% usou outro tipo de comunicação, destes, 100% no Hospital de Clínicas, enquanto no Cajuru e na Santa Casa, 70% e 75% respectivamente.

**TABELA 14-USOU OUTRO TIPO DE COMUNICAÇÃO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	7	70	0	0	9	100	3	75	19	83
Não	3	30	0	0	0	0	1	25	4	17
TOTAL	10	100	0	0	9	100	4	100	23	
	43%		0%		39%		17%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

**TABELA 15-HOUVE ENTENDIMENTO PELO ENFERMEIRO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	4	57	0	0	9	100	1	33	14	74
Não	3	43	0	0	0	0	2	67	5	26
TOTAL	7	100	0	0	9	100	3	100	19	
	37%		0%		47%		16%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Este "outro tipo de comunicação" foi 100% entendido pelo enfermeiro do Hospital de Clínicas, enquanto apenas 33% da Santa Casa e a metade do Cajuru (57%), conforme Tabela 15. Em referência à ajuda do enfermeiro para que o paciente demonstrasse seu desejo de se comunicar percebe-se que, no geral, apenas 68% responderam afirmativamente. Sendo que destes 100% foi representado pelo Hospital de Clínicas, recaindo 33% para a Santa Casa e 43% para o Cajuru como é demonstrado na Tabela 16.

**TABELA 16-HOUVE AJUDA DO ENFERMEIRO PARA QUE O PACIENTE DEMONSTRASSE SEU INTERESSE?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	3	43	0	0	8	100	1	33	13	68
Não	4	57	0	0	0	0	2	67	6	32
TOTAL	7	100	0	0	9	100	3	100	19	
	37%		0%		47%		16%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

O conjunto dos dados das tabelas 13, 14, 15 e 16 permite deduzir que o processo de comunicação enfermeiro-paciente, no Hospital de Clínicas atende às necessidades e interesses de seus clientes, enquanto nos demais é insuficiente.

Para efeitos deste trabalho, é fundamental constatar-se essa defasagem, para reforçar a importância de se investir numa filosofia de humanização nas UTIs e do empenho para uma padronização de procedimentos e de sugestões para a melhoria do relacionamento enfermeiro-paciente.

### 3 A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE NA UTI

A Tabela 17 mostra que 71% dos pacientes observados manifestaram interesse em se comunicar com o enfermeiro. Comparando-se os quatro hospitais onde se realizaram as observações constata-se que no Evangélico atingiu 100%, enquanto no Hospital de Clínicas, no Cajuru e na Santa Casa este percentual foi de 65%, 70% e 61% respectivamente.

**TABELA 17-INTERESSE EM SE COMUNICAR?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	19	70	10	100	13	65	11	61	53	71
Não	8	30	0	0	7	35	7	39	22	29
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Tabela 18 mostra que 67% dos pacientes observados utilizou uma forma de comunicação verbal, sendo 100% no Evangélico e nos demais, assim distribuídos: Clínicas 75%, Cajuru 52% e Santa Casa 61%. A forma não-verbal foi utilizada por 33%, com maior incidência para o Cajuru, 48%, seguindo-se a Santa

Casa com 39%, Hospital das Clínicas 25% e não se registrando nenhum caso para o Hospital Evangélico.

**TABELA 18-FORMAS DE COMUNICAÇÃO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim (verbal)	14	52	10	100	15	75	11	61	50	67
Não (não-verbal)	13	48	0	0	5	25	7	39	25	33
TOTAL	27 36%	100	10 13%	100	20 27%	100	18 24%	100	75 100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 19 demonstra que em 60% dos casos houve reação do enfermeiro. Comparando-se as instituições, percebe-se que os enfermeiros do Evangélico acolheram em 100% a mensagem, enquanto no Hospital de Clínicas apenas 45% reagiu, com uma rejeição superior (55%). No Cajuru 56% acolheram e na Santa Casa 61%.

**TABELA 19-REAÇÃO DO ENFERMEIRO**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	15	56	10	100	9	45	11	61	45	60
Não	12	44	0	0	11	55	7	39	30	40
TOTAL	27 36%	100	10 13%	100	20 27%	100	18 24%	100	75 100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

Analisando-se em conjunto as tabelas 17, 18 e 19 pode-se deduzir que há uma freqüência elevada de interesse dos pacientes da UTI se comunicarem com o enfermeiro. É possível, ainda, verificar-se que no Hospital Evangélico há um alto nível de comunicação, enquanto nos demais hospitais manifesta-se uma defasagem no processo de comunicação, com destaque para o Hospital de Clínicas com 55% de rejeição.

A Tabela 20 indica que 93% dos enfermeiros chamaram o paciente pelo nome, em que 100% ocorreu tanto no Evangélico, como na Santa Casa, enquanto no Hospital de Clínicas e no Cajuru esta ocorrência foi de 95% e 85% respectivamente.

**TABELA 20-CHAMOU O PACIENTE PELO NOME?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	23	85	10	100	19	95	18	100	70	93
Não	4	15	0	0	1	5	0	0	5	7
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 21 revela que 48% dos enfermeiros tocaram em alguma parte do corpo do paciente, sendo que o percentual mais alto foi no Hospital de Clínicas 65%, seguindo-se o Cajuru com 56%, e os percentuais mais baixos registraram-se na Santa Casa 33% e no Evangélico, 20%.

**TABELA 21-TOCOU EM ALGUMA PARTE DO CORPO?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	15	56	2	20	13	65	6	33	36	48
Não	12	44	8	80	7	35	12	67	39	52
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 22 demonstra que 41% dos enfermeiros posicionaram-se face a face com o paciente, sendo que 75% no Hospital de Clínicas, seguindo-se o Evangélico com 60%, enquanto o Cajuru e a Santa Casa ficaram com 30% e 11% respectivamente.

**TABELA 22-POSICIONOU-SE FACE A FACE?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	8	30	6	60	15	75	2	11	31	41
Não	19	70	4	40	5	25	16	89	44	59
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

As Tabelas 20, 21 e 22, em seu conjunto, permitem inferir que há um relacionamento pouco relevante entre os enfermeiros e pacientes. Entretanto, pode-se verificar que em relação ao contato mais simples, chamar pelo nome do paciente, praticamente todos o fazem. Um relacionamento mais direto, como um gesto, um olhar, evidenciou-se em nível mais baixo, com exceção para o Hospital de Clínicas.

A Tabela 23 revela que apenas 24% dos enfermeiros ficaram atentos à comunicação não-verbal, em que 50% na Santa Casa manifestaram essa atitude, enquanto no Hospital de Clínicas apenas 25% e no Cajuru, tão somente, 11%, e no Evangélico, 10%.

**TABELA 23-FICOU ATENTO À COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	3	11	1	10	5	25	9	50	18	24
Não	24	89	9	90	15	75	9	50	57	76
TOTAL	27 36%	100	10 13%	100	20 27%	100	18 24%	100	75 100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

A Tabela 24 demonstra que 93% dos enfermeiros fizeram perguntas de rotinas profissionais em que o percentual mais baixo foi de 85% no Hospital de Clínicas.

**TABELA 24-FEZ PERGUNTAS DE ROTINAS PROFISSIONAIS?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	26	96	10	100	17	85	17	94	70	93
Não	1	4	0	0	3	15	1	6	5	7
TOTAL	27 36%	100	10 13%	100	20 27%	100	18 24%	100	75 100%	

FONTE: Pesquisa de campo.



A Tabela 25 mostra que, tão somente, 7% dos enfermeiros fizeram perguntas para melhorar a compreensão do paciente, sendo que o Hospital de Clínicas, que teve o percentual mais alto, foi de apenas 15% e o mais baixo correspondeu ao Evangélico, com 0%.

**TABELA 25-FEZ PERGUNTAS PARA MELHORAR A COMPREENSÃO DO PACIENTE?**

	CAJURU		EVANGÉLICO		HOSPITAL DE CLÍNICAS		SANTA CASA		TOTAL	
	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%	RESP.	%
Sim	1	4	0	0	3	15	1	6	5	7
Não	26	96	10	100	17	85	17	94	70	93
TOTAL	27	100	10	100	20	100	18	100	75	
	36%		13%		27%		24%		100%	

FONTE: Pesquisa de campo.

As Tabelas 23, 24 e 25, em seu conjunto, permitem deduzir que há um despreparo da maioria dos enfermeiros com a comunicação não-verbal, e em demonstrar um interesse mais humano pelo paciente. E que, entretanto, os contatos rotineiros são efetivados por meio de perguntas quase mecânicas.

A discussão e a análise dos resultados desta pesquisa permitiram deduzir que:

- A maior proporção do pessoal de enfermagem, que trabalha nas unidades de tratamento intensivo, é representado por atendentes e auxiliares de enfermagem;
- Há consciência por parte dos profissionais desta defasagem e houve manifestação do desejo de mais treinamento e melhor qualificação para o serviço;

- Há necessidade de uma padronização de tarefas e de normas no atendimento ao paciente da UTI com base na concepção de humanização do atendimento nos hospitais.

No capítulo seguinte serão apresentadas diretrizes para a confecção de Manual para o Atendimento ao paciente de UTI.

## CAPÍTULO III

### ESQUEMA PARA UM MANUAL DE NORMAS DE ROTINAS DE ENFERMAGEM EM U.T.I. (UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO)

#### 1 HUMANIZAÇÃO DAS UTIs

Até a década de 50, os doentes graves permaneciam em quartos comuns, geralmente localizados próximos aos postos de enfermagem, e eram tratados à beira do leito. Da necessidade de se criar um local onde estes pacientes, de um mesmo hospital, pudessem receber assistência, foram criadas as UTIs nos Estados Unidos.

Elas surgiram na Guerra da Coréia e se aperfeiçoaram no Vietnã, quando *“os americanos inventaram o ‘intracath’, cateter, que em trinta segundos administra soros, sangue ou plasma. O aparelho está em hospitais do mundo todo.”* (VEJA, 10.5.1995)

Com o avanço tecnológico, as UTIs espalharam-se por muitos países. Entretanto, isto nunca foi fator para diminuir o medo e a tensão. Permanece, ainda hoje, a crença de que ir para a UTI é estar próximo da morte. Há alguns anos os médicos perceberam que precisariam mudar esta situação. Desde então, tentam reverter esta idéia para outra, a de que a UTI é sinônimo de esperança.

Não é o lugar para se morrer, mas é o local onde se encontram reunidos todos os recursos necessários para fazer o paciente sobreviver. Atualmente, a idéia de modificar o ambiente da UTI está amadurecendo e se espalhando pelos centros mais adiantados.

Em todo o mundo, há uma preocupação por parte dos especialistas em minorar o sofrimento do paciente de terapia intensiva. Um dos esforços tem sido em fazer da UTI um local menos impessoal e mais humano. São pequenos detalhes que podem ajudar o paciente a passar seus dias na UTI como num lugar de vida menos amedrontador.

Alguns hospitais no Brasil estão adotando essa nova filosofia. Uma reportagem da "Isto É" registra as inovações que estão sendo implantadas nas Unidades de Terapia Intensiva em hospitais de São Paulo, Salvador, Rio. É relevante, para este estudo, citar as referências de alguns profissionais da saúde destes centros. Sobre o Hospital Albert Einstein, de São Paulo, conforme depoimento do médico Elias KNOBEL:

Os aparelhos não serão muito diferentes dos atuais. A principal mudança será nas instalações. Haverá um local para visitas. O paciente ficará mais confortável, entre paredes que evitam o barulho, a exposição aos raios X e asseguram privacidade. Janelas e aparelhos de tevê e som vão tornar o ambiente mais agradável. Será enfim o protótipo da UTI do futuro. O objetivo é torná-la totalmente humanizada. Desde a sala de espera até o leito. (KNOBEL. In: *Isto É*, 3.5.95, p.75)

O Sírio Libanês, também de São Paulo, conforme depoimento da enfermeira Ana Maria TRANQUITELLI: “[...] inaugura uma UTI supermoderna, com 12 leitos distribuídos em boxes que mais parecerão quartos. Eles serão fechados e terão, entre outras novidades, calendário e relógio. Além disso, todos eles contarão com uma pequena janela através da qual familiares e amigos poderão observar o paciente do lado de fora. Dentro das instalações, haverá ainda um banheiro com duchas.” (TRANQUITELLI. In: *Isto É*, 3.5.95, p.75)

De acordo com o relato de Izio KOWES:

Na UTI do Hospital Aliança em Salvador há uma preocupação acentuada com o equilíbrio emocional do paciente e dos familiares, que dispõem do apoio de assistentes sociais e de psicólogos. Isso perante uma maior humanização. Equipamentos em ordem e assistência psicológica certamente garantem um pouco mais de conforto aos doentes. Mas os médicos sabem que nada disso será suficiente para tornar a vida melhor na UTI se a equipe não for treinada e bem ajeitada. (KOWES. In: *Isto É*, 3.5.95, p.76)

São razões humanas que movem o desejo de melhorar as UTIs. Há uma consciência de que é desumano controlar um paciente mantendo-o sedado a maior parte do tempo. Do mesmo modo, obrigá-lo a conviver, quando consciente, com vizinhos de leito com a morte à espreita. É, também, questionado o que resta de humanidade para um paciente transformado num despossuído completo, sem controle sobre si mesmo, quem sabe em seus últimos meses, dias ou horas de vida. E, talvez, o maior ato desumano com estes clientes, deixá-los longe de sua família, das pessoas queridas, de seus amigos.

A literatura médica descreve uma síndrome que costuma aparecer em doentes que permanecem muito tempo na UTI. Quando ela ocorre, os pacientes têm alucinação e a sensação de prisioneiros, sentem-se impotentes, presos a uma cama, sem saberem se é dia ou noite, qual é a hora ou a data. Ficam desorientados no tempo e no espaço.

São vários os fatores que provocam esta síndrome, como as luzes que ficam acesas o tempo todo, o silêncio, quebrado apenas por sinais intermitentes e monótonos dos aparelhos.

De uma reportagem da revista *Veja*, destaca-se o trecho a seguir sobre o ambiente e o momento de uma pessoa na UTI: “[...] não é apenas um dos grandes pontos da medicina mundial. Também é aquele ambiente em que uma pessoa encara a morte, mesmo que, depois, tenha a felicidade de retornar são e salvo. É um momento pessoal, íntimo e único. E não há nada tão impessoal, tão social como uma UTI. Não há, por razões médicas, um único motivo para condenar uma UTI.” (VEJA, 10.5.95:79)

Viver na UTI significa para o paciente, dias cercado por fios e tubos. Pelo menos nos primeiros dias, alimenta-se por sondas e sem poder falar. Significa viver com:

1. *“tubo orotraqueal e ventilação mecânica: introduzido pela boca até a traquéia, ajuda a respiração de forma total ou parcial;*
2. *cateter de pressão arterial: tubo colocado em uma artéria do punho ou da virilha para medição contínua da pressão arterial;*
3. *sonda vesical de demora: tubo introduzido pela uretra até a bexiga para permitir a saída contínua da urina;*
4. *bomba de infusão: eletrônico, o aparelho controla a quantidade de remédio que o paciente recebe;*
5. *sonda gástrica ou enteral: colocada pelo nariz, vai até o estômago ou intestino para levar medicamentos e alimentos;*

6. *monitor cardíaco: por meio de eletrodos colocados no tórax, o aparelho acompanha continuamente o ritmo cardíaco*". (INCOR. In: *Veja*, n.1.335, 2.5.95, p.77)

Há, nos grandes centros brasileiros, planejamentos para UTIs com mais confortos, tais como televisores, luz natural e visitas mais demoradas. Neste trabalho, o aspecto que se enfatiza é o lado humano das relações dos enfermeiros(as) com os pacientes. Alguns já descobriram que se aproximar do cliente é tão ou mais importante do que lidar com os aparelhos ou atender as rotinas diárias.

O preciso papel das Unidades de Cuidado Intensivo ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI), diz GOMES, "*está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atenção médica, no atendimento dispensado ao paciente crítico*." (GOMES, 1988:2)

Esta afirmação acentua a importante tarefa do(a) enfermeiro(a) para o cuidado intensivo. Em relação à enfermagem, consideram-se dois quesitos essenciais para o sucesso no atendimento ao paciente crítico: O primeiro é um permanente treinamento específico completo com desenvolvimento de um serviço contínuo. O outro, refere-se a uma padronização técnica para o cuidado intensivo. O princípio de que "*uma atuação sistematizada é sempre mais eficiente e reduz ao mínimo as frustrações experimentadas nas ações improvisadas*." (GOMES, 1988:4) é aqui da maior validade.

Neste sentido, a proposta deste trabalho é apresentar um esquema para um Manual pedagógico de procedimentos, ou seja uma coletânea de normas, técnicas, padrões de assistência para às diversas patologias atendidas na UTI,

abrangendo o desempenho da equipe multiprofissional mas para uso específico dos enfermeiros da UTI. Neste capítulo, levando-se em consideração os dados levantados na pesquisa de campo e a preocupação de humanizar a relação enfermeiro-paciente nas Unidades de Tratamento Intensivo, apresenta-se um esboço para um Manual pedagógico de procedimentos, a ser elaborado com o objetivo de contribuir para um melhor atendimento ao paciente crítico com base numa filosofia humanística de enfermagem.

## **2 ESQUEMA PARA UM MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM EM U.T.I. (UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO): PROPOSTA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA**

A Unidade de Terapia Intensiva destina-se ao atendimento de pacientes, clientes de alto risco, o que exige uma assistência de enfermagem altamente preparado em termos técnico-científicos.

O processo de enfermagem favorece uma assistência qualificada na medida em que sistematiza os cuidados, criando uma comunicação objetiva entre os membros da equipe de enfermagem que executam os planos de cuidado.

A complexidade dos cuidados de enfermagem na UTI exige uma pedagogia apropriada à sua realidade e uma metodologia de assistência padronizada, com o objetivo maior de construir um padrão de qualidade no cuidado do paciente e de criar um clima mais humano nas unidades de tratamento intensivo, prioritariamente, no relacionamento entre enfermeiro e paciente.



**MANUAL DE NORMAS DE ROTINAS DE ENFERMAGEM EM U.T.I.  
(UNIDADE TRATAMENTO INTENSIVO)**

**1 ROTINAS BUROCRÁTICAS**

**1.1 INTERNAÇÃO DE PACIENTES**

**1.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**1.3 NORMAS DE BUROCRACIA EM ÓBITO**

**1.4 NORMAS BUROCRÁTICAS NA ALTA DE UM PACIENTE DA U.T.I.**

**2 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

**2.1 ROTINA DE HIGIENE DO PACIENTE**

**2.2 ROTINA DE MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS**

**2.3 ROTINA DE CONTROLE HÍDRICO**

**3 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

**3.1 PROCEDIMENTO NA INTERNAÇÃO DE PACIENTE**

**3.2 PROCEDIMENTO DE ROTINA NA ALTA DE UM PACIENTE**

**3.3 PROCEDIMENTO DE ROTINA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA  
AVANÇADA**

**3.4 PROCEDIMENTO DE ROTINA NO ATENDIMENTO A POLITRAUMATIZADOS**

#### 4 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DA U.T.I.

No momento da internação, devido ao paciente se encontrar em estado físico debilitado, emocionalmente abalado, e à estrutura de uma Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.) extremamente estressante (ruídos de equipamentos, gemidos, conversa da equipe de atendimento, luz intensa), deve-se ter a máxima cautela para trabalhar com pacientes na U.T.I. respeitando-lhe a personalidade, sua individualidade, e promovendo uma interação do paciente junto ao tratamento aplicado.

| sempre que possível o profissional de enfermagem se apresentar ao paciente pelo nome e função desempenhada, assim como explicar-lhe as normas de rotina da unidade, fazendo o máximo para tornar a internação do paciente o menos estressante possível.

| o mesmo cuidado deve-se ter em relação à família do paciente, deve ser informada de sua evolução, de uma maneira tranqüila e segura.

| durante a assistência ao paciente deve-se procurar orientá-lo sobre qual procedimento será realizado com ele e quem irá executá-lo, lembrando-se de referir-se ao mesmo pelo nome.

O profissional de enfermagem deverá ser muito hábil para estimular o ânimo e a vontade de recuperação do paciente, sempre utilizando em seu vocabulário palavras positivas e de estímulo.

Tecer comentários que situem o paciente, como “bom dia. Hoje está fazendo um dia bem ensolarado”; comunicando-lhe: “agora são tantas horas, está na hora do almoço...”.

| comentar fatos quanto a rotina dia-a-dia tais como: “o time que vai jogar...”

| deve-se cuidar com erros comuns de comunicação, como o uso exagerado do diminutivo “comidinha, sorinho, injeçãozinha” que subestime o grau de inteligência e compreensão do paciente.

| sempre tecer comentários positivos a respeito de seu estado de saúde.

| lembrar-se de que a evolução do paciente não depende só de cuidados e vigilância com os aparelhos que o monitorizam mas principalmente, da atenção dispensada a ele.

Deve-se prestar atenção no que ele fala, inteirar-se de seu gosto, respeitar sua individualidade e falar-lhe, fitando-o com calma e serenidade.

| evitar ao máximo comentários sobre o estado de saúde de outros pacientes.

| o paciente deve sentir-se seguro e tranqüilo, para que isto ocorra, deve-se observar se o paciente está instalado com conforto, se as cobertas utilizadas estão em acordo com a temperatura ambiente e corpórea do paciente.

| devem ser evitadas conversas entre o pessoal de enfermagem, só realizadas quando necessário e se utilizando um tom baixo de voz.

| quando perceber que o paciente carece de um gesto de carinho, demonstrá-lo com um aperto de mão, um sorriso, um afago.

| tratar os familiares e amigos do paciente com cortesia e segurança.

As visitas devem ser estabelecidas de acordo com as condições de cada um. Não se deve impedir visitantes, mas estabelecer critérios para que não haja interferência no tratamento do paciente.

Na maioria dos casos, as visitas podem ser limitadas a um período de cinco minutos a cada duas horas.

O critério de visitas pode ser modificado em unidades que tenham visores individuais, podendo estabelecer-se um período maior de permanência do visitante junto ao paciente.

Entregar aos familiares e amigos, um impresso de orientação, quando da internação do paciente na U.T.I.

**Observação:** Cabe referir que para a elaboração deste esboço para o manual foram consultados os seguintes textos: MENA BARRETO, Sérgio. *Rotinas em terapia intensiva*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993; GOMES, Alice Martins. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. São Paulo : E.P.U., 1988 e do impresso para o "programa alternativo de treinamento para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem do Hospital Cajuru" e desenvolvido na PUC, elaborado por ARALDI, Maria Aparecida Raposo *et al.*, Curitiba : PUC, 1993.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se elaborar uma síntese das análises procedidas, pode-se dizer que, de modo geral, as unidades de tratamento intensivo dos quatro hospitais de Curitiba, selecionados para este estudo, apresentam um padrão deficitário em relação à qualificação profissional. Entretanto, verificou-se que existe uma consciência desta defasagem por parte destes profissionais que desejam cursos e treinamentos, bem como melhoria de condições de trabalho.

Esta constatação conduz à idéia de que há carência de uma educação continuada e permanente do enfermeiro para o cuidado intensivo. Resulta, também, na necessidade de uma melhoria salarial e da valorização profissional.

Sob a perspectiva do paciente constatou-se um alto grau de satisfação no atendimento nas unidades intensivas de tratamento. Entretanto, quando se referem à comunicação entre paciente-enfermeiro verificou-se uma significativa insatisfação.

Estes fatos como já se afirmou anteriormente nesta dissertação, reforçam a importância de se investir numa filosofia de humanização nas UTIs, por meio de uma educação permanente. Reforçam também a validade de um manual com

padrões de procedimentos e de sugestões para humanizar o relacionamento enfermeiro-paciente.

Os resultados encontrados, comparados aos dados da literatura, permitem inferir que a implantação de um atendimento mais humano seria suficiente para provocar um clima de maior segurança para o paciente da UTI. A confiança do paciente no enfermeiro é condição básica para a aceitação do tratamento. O apoio oferecido ao paciente é fundamental, e é considerado como o foco da assistência de enfermagem para que ele tenha assegurado a satisfação de suas necessidades básicas de segurança e confiança.

Com base nestas conclusões sugere-se que:

1. o esquema do manual de rotinas de enfermagem em UTI seja elaborado e ampliado de maneira a transformar-se num instrumento pedagógico útil para o atendimento nas UTIs dos hospitais de Curitiba;
2. a utilização do manual de procedimentos, em sua forma final deve ser pré-condicionada a treinamento psico-pedagógico;
3. os hospitais replanejem suas unidades de tratamento intensivo com base numa filosofia de humanização;
4. os hospitais reforcem, junto aos seus enfermeiros, a orientação teórico-prática sobre um atendimento mais humanizado, enfatizando-se o uso da comunicação não-verbal. O ideal seria incluir em sua programação de melhoria profissional, cursos ou seminários para atender a esta finalidade.

Entende-se que restaram muitas considerações a serem feitas, pois o tema humanização dos hospitais é ainda recente. Não se pretende ter esgotado o assunto, e sim trazê-lo à discussão, em lugar apropriado, uma banca examinadora, para elaboração de pesquisas mais amplas e para aplicação dos resultados nos hospitais de Curitiba.

# ANEXOS

**ANEXO 1**  
**PESQUISA DE CAMPO**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**F1 - Dados de Observação com pacientes de UTI**

Data: \_\_\_\_\_

Hora: início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Enfermeiro chefe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: 1  Fem. 2  Masc.

Data da internação na UTI: \_\_\_\_\_

Causa da internação: \_\_\_\_\_

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

1. Quando o Enfermeiro aproximou-se, o paciente mostrou-se interessado em se comunicar?  
1  Sim 2  Não
2. Esta demonstração foi de forma:  
1  Verbal 2  Não-verbal
3. Esta reação foi de:  
1  Acolhimento 2  Rejeição
4. O Enfermeiro ao iniciar o diálogo com o paciente, chamou-o pelo nome?  
1  Sim 2  Não
5. Durante a comunicação, o paciente:  
1  Pediu ajuda e/ou esclarecimento  
2  Limitou-se a responde as perguntas feitas
6. O enfermeiro ao se aproximar do paciente:
  - a) Tocou-o em alguma parte do corpo? 1  Sim 2  Não
  - b) Posicionou-se face a face? 1  Sim 2  Não
  - c) Ficou atento à comunicação não-verbal? 1  Sim 2  Não
7. As perguntas feitas pelo Enfermeiro fora:
  - a) As de rotina profissional? 1  Sim 2  Não
  - b) Visando uma melhor compreensão da pessoa do paciente? 1  Sim 2  Não

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ANEXO 2

## PESQUISA DE CAMPO

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**F2 - Entrevista com pacientes de UTI**

Data: \_\_\_\_\_

Hora: início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Enfermeiro chefe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: 1<sup>o</sup> Fem. 2<sup>o</sup> Masc.

Data da internação na UTI: \_\_\_\_\_

Causa da internação: \_\_\_\_\_

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

1. Durante o período em que está na UTI, o que te incomoda mais?  
Porque?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Você acha que está sendo bem atendido?

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

3. Você considera que no atendimento que está recebendo na UTI existe respeito e carinho por parte do pessoal de Enfermagem?

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

4. Toda vez que você chama o Enfermeiro, alguém vem logo atendê-lo?

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

5. Você passou algum período sem poder falar?

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

6. Fez ou faz uso de outro tipo de comunicação:

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

7. Caso fez ou esteja fazendo uso de outro tipo de comunicação, há entendimento por parte do Enfermeiro?

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

8. O Enfermeiro procurou fazer com que o Sr. demonstrasse o que estava querendo?

1<sup>o</sup> Sim 2<sup>o</sup> Não

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 3

## PESQUISA DE CAMPO - ENFERMEIROS

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Filhos: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Idade do cônjuge: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Renda pessoal: \_\_\_\_\_ Renda familiar: (em salários mínimos): \_\_\_\_\_  
 Bairro em que reside: \_\_\_\_\_

**Curso de Enfermagem:**

Tipo:  Superior  Técnico  Atendente  
 Auxiliar regular  Auxiliar com suplência

Instituição: \_\_\_\_\_  
 Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**Estágio em "UTI" durante o curso de Enfermagem:**

Em que UTI's estagiou durante o curso?

UTI Geral  Cardíaca  Pediátrica  Outras

Qual(is) foi(ram) a(s) maior(ram) dificuldade(s) na época?

Porque? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Atuação profissional em Enfermagem:**

Há quanto tempo atua profissionalmente? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo atua em UTI? \_\_\_\_\_

UTI's em que já atuou?

cardíaco  geral  pediátrica  outras

Escolheu trabalhar com esta clínica?  Sim  Não

Na época, teria feito opção por outra clínica?

Qual? \_\_\_\_\_ Porque? \_\_\_\_\_

**Enumere pontos positivos e negativos quanto seu trabalho?**

Positivos

Negativos

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**O que melhoraria o seu trabalho?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LIVROS

- 1- ALFARO, Juan. De la cuestión del hombre ala cuestión de Dios. Salamanca : Sigueme, 1980.
- 2- ARAUJO, Helena Nunes de. Paciente que não se comunica verbalmente : dificuldade no relacionamento equipe de enfermagem-paciente. Rio de Janeiro : UFF, 1984. (Dissertação de mestrado, mimeogr.)
- 3- ARGYLE, In: STEINBERG, Martha. Os elementos não verbais da comunicação. Ed. Abril, 1988. p.21.
- 4- BORDENAVE, Juan E. Diaz. Além dos meios e mensagens : introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência. 5.ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1991.
- 5- BUBER, Martin. Eu e tu. São Paulo : Ed. Moraes, 1974.
- 6- CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: ANAIS do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, Florianópolis, 1984b.
- 7- CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação : a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo : Ed. Cultrix, 1982.
- 8- CARNEIRO, A. Comunicação enfermeiro-paciente na unidade de tratamento intensiva : estudo interativo do processo de comunicação. Rio de Janeiro : UFRJ, Escola de Enfermagem Ana Neri, 1982. (Dissertação de mestrado).
- 9- CHIAVENATO, Idalberto. Administração de empresas : uma abordagem contingencial. São Paulo : McGraw-Hill, 1987.

- 10- DORIN, E. *et. al.* Dicionário de psicologia. São Paulo : Melhoramentos, 1978.
- 11- DU GAS, B.W. Enfermagem prática. 3.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1978
- 12- DUSSEL, Enrique. Ética : uma filosofia da religião antifetichista. São Paulo : Loyola, s.d. v.5.
- 13- ESPÍRITO SANTO, Terezinha de Jesus Monteiro. Segurança emocional como necessidade humana básica : atuação do enfermeiro junto ao cliente em Unidade Intensiva. Rio de Janeiro : Esc. Enfermagem da UFRJ, 1984. (Dissertação de mestrado, mimeogr.)
- 14- FROMM, Eric. Análise do homem. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- 15- GEORGE, Júlia B. *et al.* Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- 16- GOMES, Alice Martins. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo : EPU, 1988.
- 17- GULLO, Carla e PEREIRA, Cilene. "Entre o céu e a terra". Rev. Isto É, São Paulo, Ed. Três, n.1335, p.72-81, 3/5/95.
- 18- HOFLING, C.K. *et al.* Comprension de las relaciones entre enfermera y paciente. In: Enfermera psiquiátrica. México : Interamericana, 1970.
- 19- HOFMANN, Alaci Aparecida e MONTEIRO, Alice Estela de Paiva. Situação dos recursos humanos de enfermagem nas unidades de tratamento intensivo de Curitiba. Curitiba, 1990. (Monografia para o curso de Especialização em Enfermagem médico-cirúrgica da UFPR, mimeogr.)
- 20- JAPIASSU, Hilton. Introdução ao pensamento epistemológico. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1979.
- 21- MONDIN, Battista. O homem, quem é ele? : elementos de antropologia filosófica. São Paulo : Ed. Paulinas, 1980.
- 22- MORAES, Irany Novah. Perfil da universidade. São Paulo : Ed. Pioneira, 1986.
- 23- NEVES, Maria Inês e SCHWARTZ, Eda. Indicadores quali-quantitativas da assistência de enfermagem nas UTI's de adulto de Curitiba. Curitiba, 1990. (Monografia para o curso de Especialização em Enfermagem da UFPR, mimeogr.)
- 24- NOGARE, Pedro Dalle. Humanismos e anti-humanismos : introdução à antropologia filosófica. Petrópolis : Vozes, 1990.
- 25- PASTORE, Karina. "Uma jornada no inferno". Rev. Veja, São Paulo, Abril, n.19, ano 28, ed. 1391, p.72-79, 10/5/95.

- 26- PEREIRA, Araci Carmem. *O éthos da enfermagem* : aspectos fenomenológicos para uma fundamentação da deontologia da enfermagem. Rio de Janeiro : UERJ, 1981. (Dissertação de mestrado, mimeog.)
- 27- PERESTRELLO, Danilo. *A medicina da pessoa*. 3.ed. Rio de Janeiro-São Paulo : Livraria Atheneu, 1982.
- 28- RECTOR, Mônica & TRINTA, Aluizio R. *Comunicação não-verbal* : a gestualidade brasileira. Rio de Janeiro : Vozes, 1985.
- 29- RIOS, Terezinha Azerêdo. *Ética e competência* : questões da nossa época. São Paulo : Cortez, 1993.
- 30- RUESCH, J. *Comunicación terapéutica*. Buenos Aires : Paidós, 1964.
- 31- STEFANELLI, Maguida C. *Comunicação com paciente* : teoria e ensino. São Paulo : Robe, 1993.
- 32- STEINBERG, Martha. *Os elementos não-verbais da conversação*. Ed. Atual, 1988.
- 33- TROTTO *et al.* "O ser humano no Centro e Tratamento Intensivo". In: SIMÃO, Antonio Tufik *et al.* São Paulo : Atheneu, 1976.
- 34- WEIL, Pierre. *Relações humanas na família e no trabalho*. 36. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1982.

## REVISTAS

- 1- ACHCAR, Maria Carmelita Henriques. "Humanização do hospital". *Rev. Enf. Atual.*, v.1, n.5, p.16-21, mai./jun., 1979.
- 2- AMADOR, Maria Virtuosa. "Uma filosofia de enfermagem. Será possível?" *Enf. Novas Dimensões*, v1, n.1, p.48-50, 1975.
- 3- ATTA'S, Maria Lúcia Borges. "Relacionamento interpessoal enfermeira-paciente". *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, v.4, n.2, p.59-61, abr/mai/jun., 1984
- 4- FOLTA, Jeannette R. "Humanização dos serviços e o uso da tecnologia na assistência à saúde". *Rev. Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, v.1, n.3, p.141-146.
- 5- GALIZA, Margareth Claudino. "Estudos das necessidades dos pacientes internados em UTI". *Rev. Enfoque*, São Paulo, v.13, n.2, p.29-32, 1982.
- 6- GULLO, Carla e PEREIRA, Cilene. Entre o céu e a terra. *Isto É*, São Paulo, Ed. Três, n.1.335, 3/5/95, p.72-81.

- 7- HORTA, W.A. "Enfermagem : teoria das necessidades humanas básicas". Enf. Novas Dimens., São Paulo, v.5, n.3, p.133-136, 1979.
- 8- \_\_\_\_\_. "Os mitos de enfermagem". Rev. Enf. Novas Dimens., São Paulo, v. 1, n.2, p.60-63, 1975.
- 9- KIMURA, Miako. "Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva : estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros". Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.22, n.2, p.169-179, ago., 1988.
- 10- KOIZUMI, Maria Sume *et. al.* "Análise retrospectiva das pesquisas de enfermagem em terapia intensiva : 1975-1984". Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.20, n.1, p.5-17, dez., 1986.
- 11- LERCH, Irmã Edeltraut. "Humanização no hospital". Rev. Enfoquei, São Paulo, v.11, n.1, p.7-11, mar., 1983
- 12- LINS, Lenes Clécia Saraiva. "A comunicação terapêutica como forma de intervenção". Rev. Enfermagem atual, Rio de Janeiro, a.IV, n.20, p.20-25, dez., 1981.
- 13- MORAN, José Manuel. A escola do amanhã : desafio do presente. Educação, meios de comunicação e conhecimento. In: Tecnologia Educacional, Rio de Janeiro, ABT, v.22, n.113/114, p.28, jul/out., 1993.
- 14- PASTORE, Karina. Uma jornada no inferno. Revista Veja, São Paulo, Ed. Abril, n.19, ano 28, edição 1.391, 10/5/95, p.72-79.
- 15- SANTOS, Sergio Ribeiro dos Santos. "Administração em enfermagem : burocracia ou assistência?". Rev.Hospital Adm. e Saúde, São Paulo, v.16, n.1, p.26-78, jan./fev., 1992.
- 16- SINNO, Maria. "Comunicação enfermeiro-cliente". Rev. Bras. de Enf., Brasília, v.40, n.2/3, p.123-125, abr/mai/jun/jul/ago/set., 1987.
- 17- STEFANELLI, Maguida Costa. "Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem". Rev. Enf. USP, São Paulo, v.15, n.3, p.239-241, dez., 1981.
- 18- \_\_\_\_\_. "Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente". Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.17, n.1, p.39-45, 1983.
- 19- STEFANELLI, Maguida Costa *et al.* "Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeiro-paciente". Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.16, n.3, p.245-253, dez., 1982.
- 20- STEFANELLI, M.C; ARANTES, E.C.; FUKUDA, I.M.K. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.16, n.3, p.245-253, 1982.

- 21- ZEN, Olga Pasducci e BRUTSCHER, Sonia Maria. "Humanização : enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia". *Rev. Enfoque*, São Paulo, v.14, n.1, p.4-6, set., 1986.