

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

ROSANA MARTINELI

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO TECNOLOGIA LEVE-DURA

Itajaí (SC)

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROSANA MARTINELI

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO TECNOLOGIA LEVE-DURA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Área de Concentração em Saúde da Família, da Universidade do Vale do Itajaí.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Rosita Saupe.

Itajaí (SC)

2008

ROSANA MARTINELI

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO TECNOLOGIA LEVE-DURA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre – Área de Concentração em Saúde da Família.

Itajaí (SC), 30 de junho de 2008.

Prof^a. Dr^a. Rosita Saupe
UNIVALI – Presidente/Orientadora

Prof^a. Dr^a. Juliana Vieira de Araújo Sandri
Membro da Banca - UNIVALI

Prof^a. Dr^a. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Membro da Banca - UFSC

Dedico, com carinho, este estudo:

Aos meus pais, Jurema Schneider Martinelli e Caribio Eusébio Martinelli (in memoriam), pela vida, pelos cuidados, ensinamentos e sabedoria de vida.

“... Tudo morre grande ou pequeno, fraco ou forte, tudo morre. Primeiro cumprimos a nossa missão. Experimentamos o sol e a lua, o vento e a chuva. Aprendemos a dançar e a rir... A primavera se transforma em verão. E também o verão se transforma em outono. É o momento em que as folhas mudam de casa. Algumas pessoas chamam isso de morrer. São mudanças naturais, como a estação da morte. É o grande mistério... Pelo sol e pela lua, pelos tempos felizes que passamos juntos, pelas cores no outono, pelas estações... Há uma coisa que é mais forte do que a morte é a vida. Dura eternamente e somos todos uma parte da vida...”

A história de uma folha- uma fábula para todas as idades- Leo Buscaglia

AGRADECIMENTOS

A *Deus* pela minha existência e por poder estar concluindo mais uma etapa da minha vida. Que me deu força e equilíbrio para não desistir e continuar fazendo, o que me cabia fazer.

A *minha orientadora professora Doutora Rosita Saupe* pelo extremo carinho, atenção, dedicação. Obrigada pela confiança, pelo estímulo e criatividade, pela paciência e sabedoria com que me conduziu na orientação desta pesquisa.

Ao *meu filho, Lunardo Rafael Martineli*, obrigado pela compreensão incondicional na minha ausência, no meu stress, e com a minha impaciência, e mesmo assim sempre presente.

As minhas *irmãs, Roseni, Tânia, Lúcia, Leonice*, pelo incentivo e motivação, como combustível para me impulsionar, desde o momento da inscrição para a seleção do mestrado até o momento final.

Aos meus amigos, aqueles que compartilharam deste percurso, *Jerry, Wanda, Rodrigo, Daniela e Sabino*, desde o a inscrição até a defesa. Minhas desculpas e o muito obrigado, pelo companheirismo e amizade.

Em especial meu obrigado ao amigo *Jarbas*, pela sua presença, paciência e cooperação sempre que solicitado.

Aos *pacientes e familiares* desta pesquisa, meu especial agradecimento, pela disponibilidade com que possibilitaram a construção dessa pesquisa ao permitirem a minha entrada em seus espaços e compartilharem comigo seus brilhos.

Ao *Hospital Santa Isabel* pela receptividade e acolhimento para que fosse possível o desenvolvimento desta pesquisa.

A disponibilidade da *banca* para apreciação e avaliação desta pesquisa, com contribuições preciosas.

As ciências e as técnicas vieram dominar a medicina até o ponto de excluir a mais importante ciência de todas – a ciência do homem - e a mais importante técnica de todas - a técnica da compreensão. Ciência sem humanismo pode funcionar com átomos, mas não vai funcionar com homens.

Ayres, 2002

MARTINELI, Rosana. **Comunicação não-verbal como tecnologia leve-dura**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí (SC), 2008.¹

ORIENTADORA: Dr^a Rosita Saupe

RESUMO

A comunicação não-verbal é baseada na comunicação cotidiana, através da qual exercitamos a capacidade de atribuir significados às coisas que não são ditas explicitamente, enriquecendo a compreensão dos fatos, experiências e necessidades da vida. Essa forma é muito utilizada no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) entre os pacientes e a equipe que os assiste. A proposta deste estudo teve sua origem em uma experiência desenvolvida no trabalho enquanto enfermeira de uma UTI. São inquietações que, em diversos momentos, foram se configurando na interrogação acerca da experiência em comunicação com pacientes em uso de ventilação mecânica até a extubação. Esses pacientes estão incapacitados de utilizar a comunicação verbal oral, como nos casos de intubação orotraqueal, traqueotomia, seqüelas e outras patologias que comprometem a verbalização, mas preservam o nível de lucidez. O estudo teve como objetivo geral implementar um instrumento para comunicação entre família, equipe e paciente em uso do tubo orotraqueal (TOT) na permanência do mesmo no pós-operatório de cirurgia cardíaca. A fundamentação teórica está ancorada nos conceitos de enfermagem e enfermagem em UTI; humanização; cuidado; família; comunicação; integralidade e tecnologias (dura, leve-dura e leve). No percurso metodológico foram utilizados diferentes técnicas e instrumentos. A coleta de dados se deu através de observação da equipe no processo de comunicação em uma UTI com pacientes intubados, orientações no pré-operatório, implementação de uma tecnologia visual para comunicação e através de entrevistas semi-estruturadas com o paciente e familiar no pós-operatório, no quarto, após a alta da unidade coronariana. Os dados foram analisados em seu conteúdo, através do discurso dos sujeitos e compreensão das imagens. Após análise dos dados, foram classificadas as necessidades apontadas e que não constavam da tecnologia visual, sendo as mais referidas: **tosse, boca seca, tempo, campainha, água, família, hora, escrever, erguer cabeceira da cama, tubo, vômito, náuseas, molhar a boca**. Foi, então, realizada uma busca por figuras que simbolizassem as necessidades encontradas na pesquisa, todas elas de domínio público. Cada figura foi impressa em folha de tamanho A4, com papel para fotografia e plastificada. O conjunto foi encadernado em espiral, resultando num Portfólio que se caracteriza como uma tecnologia leve-dura, para facilitar a comunicação com pacientes em uso de TOT ou outra situação que caracterize a impossibilidade de comunicação oral.

PALAVRAS CHAVE²: Tecnologia; Integralidade; Enfermagem; Comunicação; Comunicação não-verbal.

¹ Esta dissertação está Vinculada ao Grupo de Pesquisa em Educação na Saúde e Gestão do Trabalho. Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde – UNIVALI.

² Descritores Bireme

MARTINELLI, Rosana. **Non-verbal communication as a light-hard form of communication** (Dissertation) – Master's Degree in Health and Management of Work - University of Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2008.

SUPERVISOR: Dr. Rosita Saupe

ABSTRACT

Non-verbal communication is based on day-to-day communication, through which we exercise our capacity to attribute meaning to things which are not explicitly said, enriching our understanding of the facts, experience and needs of life. This form of communication is heavily used in the area of the Intensive Care Unit (ICU) between patients and the healthcare team. The proposal of this study originated in an experiment carried out while working as a nurse in an ICU. Certain concerns arose at various times, becoming unsolved questions of how communication is experienced with patients using mechanical ventilation or intubation. These patients are unable to use verbal communication, as in cases of orotracheal intubation, tracheotomy, side effects and other pathologies, which cause the patient to be unable to verbalize, but where the patient's level of lucidity remains intact. The general objective of this study was to introduce a tool for communication between family members, the healthcare team, and the patient using orotracheal intubation (OTI), interned in a post-operative cardiac surgery unit. The theoretical basis is rooted in the concepts of nursing and ICU nursing; humanization; care; family; communication; integrality and technologies (hard, light-hard and light). Different techniques and instruments were used in the methodology. The data were collected through observation of the team during the process of communicating with intubated patients in an ICU; guidelines for the pre-operative unit; the implementation of a visual technology for communication; and semi-structured interviews with the patients and family members in the post-operative ward, after discharge from the coronary unit. The data were analyzed in terms of content, through the discourse of the subjects and their understanding of the images. After analyzing the data, the needs indicated - and for which there was no visual technology - were classified. The needs most commonly referred to were: **cough, dry mouth, the interval, bell, water, family, the time, write, lift up head of the bed, tube, vomit, nausea, moisten the mouth.** A search was then carried out for publicly available images that would symbolize the needs found in the research. Each image was printed on A4 photographic paper, and laminated with plastic. The set of images was bound into a spiral book, resulting in a portfolio which was characterized as a light-hard technology, to facilitate communication with patients using OTI or in other situations where oral communication is not possible.

KEY WORDS: Technology; Integrality; Nursing; Communication; Non-Verbal communication.

MARTINELLI, Rosana. **La comunicación no verbal y adoptar la tecnología más difícil.** Disertación (Profesionalizante Maestría en Salud y Trabajo de Gestión) - Universidad de Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí (SC), 2008.

ORIENTADORA: Dr Rosita Saupe

RESUMEN

La comunicación no verbal se basa en la comunicación diaria, a través del cual perforar la capacidad de asignar significados a cosas que no se dice explícitamente, enriqueciendo la comprensión de los hechos, experiencias y necesidades de la vida. Este formulario se utiliza ampliamente en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) entre los pacientes y el equipo que asiste. El objetivo de este estudio que tuvo su origen en un experimento desarrollado en el trabajo como una enfermera de UCI. Estas son preocupaciones que en varios puntos se instalaron en el interrogatorio se refiere a la experiencia en la comunicación con los pacientes en el uso de ventilación mecánica hasta la extubación. Estos pacientes son incapaces de utilizar la comunicación verbal por vía oral, como en los casos de orotraqueal intubación, traqueotomía, secuelas y otras enfermedades que comprometen la verbalización, pero preservar el nivel de habilidad. El estudio tuvo como objetivo general "la aplicación de un instrumento de comunicación con el paciente / familia / equipo para utilizar el tubo OroTraqueal (TOT) en la misma residencia, en el postoperatorio de cirugía cardíaca." El fundamento teórico se basa en los conceptos de enfermería y enfermeros en la UCI; humanización, la atención familiar; comunicación; exhaustividad y tecnologías (duro, tener que dura y luz). En el curso de metodología se utilizó distintas técnicas e instrumentos. La recopilación de datos realizados por la observación del equipo en el proceso de comunicación en una UCI con los pacientes intubados, directrices sobre pre-operatorio y semi-estructurada entrevistas realizadas con el paciente y su familia en post-operatorio en el cuarto después de la aprobación de la gestión de la unidad coronaria. Los datos fueron analizados en su contenido, a través del tema del discurso y la comprensión de imágenes. Después de analizar los datos recogidos, se clasificaron las necesidades identificadas por el tema de la búsqueda y que no estaban en el material existente, los más citados: tos, sequedad de boca, el tiempo, *campanhinh*a, agua, familia, tiempo, escribir, mejorar la cama de cabeza, tubo, vómitos, náuseas, se orinan en la boca, una búsqueda se llevó a cabo por las cifras que simbolizasen las necesidades encontradas en la búsqueda. Las cifras han sido utilizados en el dominio público. Cada imagen fue impresa en la hoja de tamaño A4, con papel y plástico para la fotografía. El conjunto está obligado a espiral, lo que resulta en PORTFOLIO queríamos construir y que se caracteriza por ser un duro leve a la tecnología, para facilitar la comunicación con los pacientes en el uso de TOT u otra situación que presenta la imposibilidad de la comunicación oral.

PALABRAS CLAVE: Tecnología; La integridad; Enfermería; Comunicación; Comunicación no verbal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	18
2.1 Integralidade	18
2.2 Humanização e cuidado.....	22
2.3 Tecnologias.....	26
2.4 Comunicação	28
2.5 Comunicação não-verbal	31
2.6 Enfermagem em terapia intensiva	34
2.7 Família.....	36
2.8 Funções de família.....	38
3 PERCURSO METODOLOGICO	40
3.1 Local do estudo.....	40
3.1.1 Cenário da pesquisa	40
3.1.2 Unidade coronariana (UCO).....	43
3.1.3 Recursos humanos da UCO	44
3.2 Etapas da coleta de dados	45
3.3 Etapas da análise dos dados.....	47
3.4 Dimensão ética do estudo	48
4 RESULTADOS	49
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	49
4.2 Breve história de cada sujeito	50
4.3 Observação da equipe da UCO.....	56
4.4 Orientações prestadas aos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca.....	58
4.5 Categorias	61
4.5.1 Processo de Orientação.....	61
4.5.1.1 Percepções dos familiares.....	61
4.5.1.2 Percepção dos pacientes	64
4.5.2 Percurso na Unidade Coronariana	65
4.5.2.1 Percepções dos familiares.....	66
4.5.2.2 Percepções dos pacientes.....	68
4.5.3 Avaliação do manual	72

4.5.3.1 Avaliação pelos familiares	72
4.5.3.2 Avaliação pelos pacientes.....	73
4.5.4 Construção do portfólio	75
4.5.4.1 Sugestões para o portfólio	75
4.5.4.2 Confirmação do conteúdo do manual.....	76
4.6 Construção do portfólio	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXO	87
APÊNDICES	89

1 INTRODUÇÃO

Refletindo sobre o conceito de Mehry (2002), quanto à classificação das tecnologias e ao conceito de integralidade como eixo norteador das ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, reporto-me a minha vida profissional enquanto enfermeira intensivista. Pelo fato das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) serem movidas com tecnologias duras, os profissionais aprendem a lidar e hipervalorizá-las, uma vez que os pacientes pouco interagem com a equipe, por estarem em coma induzido ou não e em uso de tubo oro traqueal (TOT) para a efetivação da ventilação mecânica e, quando acordados lúcidos, estes os impedem de comunicar-se oralmente.

A família com horários restritos para visitas no ambiente de UTI, o fato destes pacientes internarem de forma inesperada e com risco de vida, gera angústia, insegurança e aumenta o isolamento deste com seu familiar. Associado a estes fatores temos a impossibilidade da comunicação oral entre os mesmos, considerando que são estes os momentos que a equipe utiliza para o café, acaba interagindo pouco com a mesma, e conseqüentemente não prestando o cuidado necessário para estas famílias, predominando desta forma o trabalho morto descrito por Mehry³. Esta realidade está arraigada nos profissionais que ali trabalham sendo um trabalho voltado para a ação tecnicista, pouco utilizadas as outras formas de tecnologias, leves e leve-duras no que tange aos usuários e suas famílias na assistência do cuidado.

Importante lembrar que o termo “cuidado” abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham como produto final o cuidado, está implícito que nos serviços estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolutividade, o compromisso, o atendimento a questões sociais, econômicos, e as políticas, enfim, a integralidade (MERHY, 2002).

Percebe-se que os profissionais de saúde precisam ser instrumentalizados para promover a reabilitação e recuperação do usuário quando este retorna à comunidade e ao convívio da família, após alta da UTI. Para isso é importante usar meios e ações de continuidade da assistência deste paciente e apoio à família através da promoção em saúde. Essa continuidade necessita da participação ativa do familiar para auxiliar e dar continuidade

³ Trabalho morto é o produto de um trabalho humano anterior, que apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização”, e distinta do próprio trabalho vivo em si (MEHRY, 2002).

do cuidado do paciente para a sua reabilitação. Pra alcançar este objetivo os profissionais de saúde precisam ser qualificados e sensibilizados, pois nesta população estudada se faz necessário a participação de todos, cada qual com suas contribuições, para que se alcance a meta desejada, neste caso a recuperação do usuário.

A proposta deste estudo tem sua origem em uma experiência desenvolvida no trabalho enquanto enfermeira de uma UTI. Em diversos momentos foram se configurando interrogações acerca da experiência em comunicação com pacientes intubados em uso de ventilação mecânica até a extubação. Essas inquietações iniciaram já na graduação e foram se delineando em minha vida profissional, especialmente após iniciar atividade em uma UTI. Fiquei fascinada e interrogando: como a equipe tinha habilidades em manipular os diversos equipamentos que compõem este cenário e, ainda, prestar assistência ao paciente que ali permanecia internado? Minha sensação era de que o profissional que ali atuava era mais importante, eu via a UTI como “status” e, ao mesmo tempo, como um desafio.

Em meados de 1992 concluí a graduação e, no final do mesmo ano, iniciei como enfermeira intensivista assistencial. A unidade de terapia intensiva possuía 10 (dez) leitos, sendo que seu perfil epidemiológico incluía traumas, na maioria, desencadeados por acidentes automobilísticos. Estes pacientes fazem uso de tubo orotraqueal (TOT) para manutenção de sua respiração e efetivação das trocas gasosas. Iniciou-se para mim um grande desafio: enfermeira recém formada, sem prática de terapia intensiva, ser aceita pela equipe de enfermagem que era composta por atendentes e auxiliares de enfermagem, que trabalhavam há anos nesse setor. Ainda, era necessário aprender a manipular e dominar os equipamentos, liderar um grupo de pessoas e ao mesmo tempo assistir ao paciente.

Sem dúvida aprendi muito com esses funcionários, principalmente no que se referem aos procedimentos técnicos. Para ser aceita e vista como uma “boa enfermeira” era fundamental não ter dificuldades com a manipulação, instalação e compreensão dos equipamentos. As necessidades do paciente eram, na maioria, restritas à prescrição médica ou ao que o médico solicitasse. A visita da família aos pacientes acontecia uma vez ao dia, por trinta minutos. Quando esta questionava sobre o seu familiar, junto à enfermagem, obtinha a resposta: “no final do horário de visitas o médico dará informações, aguarde”. Sentia-me incomodada quando os familiares entravam para visita e faziam questionamentos sobre os parentes internados. Eu costumava dizer que eles faziam a visita para os equipamentos e não para o paciente, pois a percepção que eu tinha era de que eles se preocupavam mais com os aparelhos ligados ao paciente do que com o próprio paciente; e a equipe concordava comigo

vendo os familiares como um estorvo. Não tínhamos a sensibilidade de perceber qual a razão para tal atitude.

Desta forma fui treinada para atuar e assim trabalhei por alguns anos, me sentindo importante, mais “inteligente” e portadora de maior conhecimento por trabalhar na UTI. Com o passar do tempo, a equipe foi sendo modificada, ocorrendo substituição de alguns funcionários, adequando à equipe as necessidades da unidade de terapia intensiva, e de acordo com as metas da instituição, algumas ações começaram a ser implantadas para melhorar a humanização daquele ambiente.

Foi na vigência desta situação que comecei a me inquietar, devido à dificuldade para comunicar-me com os pacientes ali internados. Pois, a maioria deles não interage verbalmente com a equipe, estando muitas vezes em coma induzido ou coma devido à patologia. Quando acordados, em desmame do ventilador, estão em uso de TOT, não tendo, portanto, a comunicação verbal oral presente. A angústia aumentava a cada paciente como um fator complicador nesta relação.

Na UTI frequentemente, o paciente é mantido com intubação orotraqueal (TOT) sob ventilação mecânica. Estes pacientes geralmente são internados através da emergência, logo, esta internação não é programada, e permanecem por tempo prolongado sedados, em suporte de ventilação mecânica.

Para que haja a extubação e o paciente possa sair do aparelho e respirar espontaneamente, é necessário que esteja sem sedação e acordado. Nesse processo se faz necessário o uso de contenção mecânica em braços e mãos, como segurança para que ele não retire indevidamente sondas e outros equipamentos necessários à sua recuperação.

A ausência do som da voz como meio comunicador fazia com que eu, ao conversar com o paciente, aumentasse o tom da fala, como que se ele tivesse deficiência auditiva. Comunicava-me com recursos apresentados na seqüência, sendo o mais comum a adivinhação.

A adivinhação vinha acompanhada por perguntas - o que o senhor quer? É isso? É aquilo? Este recurso gerava estresse e frustração para ambos quando não havia o entendimento pretendido. São necessários tempo e paciência para efetivar esta comunicação. Na maioria das vezes, o tempo era curto, poucos profissionais da enfermagem e muitas atribuições, o desgaste era crescente, levando-me algumas vezes a ignorar o paciente ao passar pelo seu leito, pois sabia que seria solicitada e não o compreenderia. Então, evitava olhar para o paciente quando este era muito solicitante e só me aproximava para as atividades rotineiras.

A leitura labial era outra forma de tentativa de comunicação, mas que ficava comprometida pelo uso do TOT.

Tentava também usar a linguagem escrita, oferecendo ao paciente prancheta, papel e pincel atômico, sem nem ao menos conferir se o paciente sabia escrever. Importante lembrar que, freqüentemente, os membros superiores estavam contidos e pelo longo tempo de internação apresentavam edemas, impossibilitando o uso desse recurso.

Esses meios me ajudavam, mas não eram suficientes, ficando o paciente e os profissionais estressados e irritados. O paciente desiste de se fazer entender, o profissional passa para outro profissional a tentativa de tentar compreendê-lo. Percebia a necessidade de um complemento, algo mais que, associado a esses métodos descritos, reforçasse e possibilitasse a comunicação.

A comunicação não-verbal é baseada na comunicação cotidiana, através da qual exercitamos a capacidade de atribuir significados às coisas que não são ditas explicitamente, enriquecendo a compreensão da comunicação (SILVA, 2005). Essa forma é muito utilizada no ambiente de UTI entre os pacientes intubados, lúcidos e a equipe que os assiste.

Com o passar do tempo, a prática enquanto enfermeira intensivista me fez refletir sobre as deficiências de comunicação com esta clientela. Tive a percepção de que algumas solicitações eram comuns à maioria dos pacientes, solicitações estas relacionadas a alguns desconfortos descritos a baixo com seus significados:

- **Frio:** por ser um ambiente fechado, sem ventilação externa, faz-se necessário o uso de ar condicionado continuamente para que a equipe tenha conforto e condições para trabalhar. Por vezes o paciente que está deitado, com pouca movimentação e pouco agasalhado sente frio.
- **Calor:** pelo mesmo motivo, com a diferença que o paciente está com excesso de cobertas, ou com defeito no ar condicionado.
- **Fome:** quando estão alguns dias com o tubo orotraqueal, os pacientes são alimentados por sonda, desta forma não sentem o paladar da comida e, ocasionalmente, sentem fome.
- **Sede:** devido à anestesia e medicações utilizadas para alívio da dor e pelo uso do tubo orotraqueal, a boca fica semi-aberta, ocorre ressecamento da mucosa oral e o paciente sente muita sede.
- **Falta de ar:** causada durante o desmame do ventilador, também pelo fato de às vezes o paciente morder o tubo, bloqueando a passagem de ar e, até mesmo, por ter um objeto estranho na boca e garganta (TOT).
- **Sensação de necessidade de urinar:** pelo uso de sonda vesical. Para que a sonda permaneça na bexiga, a extremidade que fica dentro dela possui um balão, o qual é insuflado

com 10 a 15 ml de água destilada. Este balão, por sua vez, ocupa um espaço e provoca a sensação de bexiga cheia e vontade de urinar.

- **Dor:** por procedimentos cirúrgicos, uso de sondas e drenos.
- **Febre:** este é um sintoma que pessoas leigas na área da saúde têm como parâmetro para mensurar o estado clínico da pessoa.
- **Família:** pela restrição de visitas e de acompanhante dentro da UTI.

Em 1997 foi inaugurado um novo setor destinado ao atendimento de pacientes cardíacos, a Unidade Coronariana (UCO). Como este serviço seria um referencial para a instituição, pois foi onde se deu o início aos transplantes cardíacos no Estado de Santa Catarina, a equipe de funcionários da enfermagem foi selecionada com muita cautela, seleção esta feita internamente e incluindo “os melhores funcionários”. Composta a equipe, inicia-se o treinamento para todos os componentes, bem como definição da metodologia de trabalho para a assistência a esta clientela. Havia preocupação especial com a qualidade e satisfação do paciente e familiar. Com o intuito de oferecer um ambiente agradável, a planta física foi bem planejada: iluminação auxiliar com regulagem na cabeceira do leito, pintura das paredes em salmão, mobílias da mesma cor, televisão e som ambiente também com regulagem na cabeceira.

Sendo eu supervisora deste novo serviço, tracei então rotinas de acordo com o que se discutia e se esperava da equipe, sendo a clientela composta, em sua maioria, por pacientes lúcidos, com um nível de estresse elevado, o que caracterizava como um fator de risco. O desafio era proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, diminuindo a ansiedade dos pacientes e dos familiares.

Implantamos, como rotina, a orientação do enfermeiro ao paciente pré-cirurgia cardíaca, orientações estas dadas a um familiar e ao paciente dentro da UCO. Apresentávamos a eles os equipamentos, explicando todo o procedimento pós-cirurgia no período de estadia na unidade, inclusive a utilização do TOT e a ausência da fala para a comunicação. Constatamos que estes pacientes, ao despertarem da anestesia, mantinham-se calmos e cooperativos, mas ainda utilizávamos a adivinhação como complemento para a comunicação. Devido a esta dificuldade na minha vivência, questionava-me sobre o que fazer para melhorar este problema.

Outro ponto fundamental, que identifiquei no decorrer da vivência nessa unidade de internação, foi a importância da família no processo de internação e recuperação do paciente, o qual acontece de forma inesperada e por vezes trágica, sendo que a vulnerabilidade da

família diante dessa situação é muito grande. Ela adoece psicologicamente com a situação, é quando se faz necessária a assistência da enfermagem à família no enfrentamento do problema.

A família, por vezes, é vista como um estorvo, algo que atrapalha, questiona demais. Utilizamos linguagem técnica e elaborada para manter distância, informando que “o paciente está hemodinamicamente estável”.

Por outro lado, as informações fornecidas pelos familiares podem nos ajudar a entender o paciente, seus gestos, manias, expressões, principalmente nos que estão com restrições de comunicação verbal. Para isso, precisamos nos aproximar, aliviar suas angústias e ensiná-la, para o enfrentamento da realidade vivenciada, como, também, potencializá-la para o cuidado. Pois, durante a transferência do paciente para o quarto, faz-se necessária a participação dos familiares, tanto na assistência quanto na recuperação do mesmo.

Todavia, a família frequentemente não está preparada para tal, pois, durante a permanência do paciente na UTI, ela não é parte integrante dos cuidados. Em geral, é mantida alheia e com informações técnicas acerca da patologia e evolução clínica do seu familiar, com horários curtos e restritos para a visitação. Sendo que muitas vezes, por parte da equipe de enfermagem, o envolvimento e ensinamento não são proporcionados, o que seria um meio de facilitar a participação da família nesse processo e em posterior cuidado.

Assim, esta foi a forma que por alguns anos trabalhei, percebendo, mais tarde, que o ambiente da UTI, seu espaço físico, seus equipamentos e materiais, bem como seus profissionais altamente qualificados tecnicamente, não são suficientes para proporcionar um cuidado integral. Assim como não são suficientes para tratar o paciente como um ser único e singular na tentativa de restabelecer a saúde, o mais rápido possível, para reintegrá-lo à sociedade em que vive.

Frente às dificuldades vivenciadas na comunicação entre enfermagem e pacientes intubados e lúcidos, busquei desenvolver um meio facilitador para a comunicação, que tinha como objetivo diminuir a angústia do cuidador e o estresse gerado na dificuldade de comunicação com os pacientes. Esse meio facilitador foi denominado de “manual para comunicação com pacientes em uso de TOT”, conforme ilustrado no apêndice A. Com este estudo, busquei complementar o instrumento desenvolvido na vida profissional, pois o que consta neste manual representa somente as minhas percepções como enfermeira intensivista, sem a participação efetiva dos pacientes e seus familiares.

A oportunidade de cursar um mestrado voltado para o cuidado da família e orientado para a produção de conhecimento necessário à melhoria dos serviços de saúde, renovou meu

interesse pelo tema e suas possibilidades de sistematização como uma tecnologia de humanização da assistência e do cuidado. Pretendi, através deste, atender as necessidades de comunicação do paciente internado em UTI, em usando TOT. Para isso parti de um instrumento construído em experiência profissional anterior e contei com a participação efetiva dos pacientes e seus familiares para a atualização do mesmo. Para saber qual a importância deste instrumento e sua relevância, ampliei as necessidades preliminares com as contribuições dos sujeitos pesquisados, concretizando um portfólio, que classifiquei como tecnologia leve-dura.

Assim, a questão proposta deste estudo foi: como melhorar a comunicação não-verbal com pacientes lúcidos em uso do TOT, no pós-operatório de cirurgia cardíaca?

Assim, foi estabelecido como objetivo geral, partindo do material construído na experiência profissional para comunicação não-verbal com pacientes em uso do tubo oro traqueal (TOT), no pós-operatório de cirurgia cardíaca: desenvolver estratégia de comunicação não verbal a pacientes lúcidos em uso do TOT em pós operatório de cirurgia cardíaca. Para que fosse possível alcançar este objetivo, foi necessário seguir, de forma sistematizada uma metodologia que respondesse aos seguintes objetivos específicos:

- avaliar o instrumento já construído;
- atualizar o instrumento (construído na vivência profissional);
- Implementar o instrumento no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Assim, tendo como base a justificativa apresentada e na busca de resposta para a questão de pesquisa, através dos objetivos delimitados, os capítulos desta dissertação foram organizados, seguindo a seguinte orientação: no capítulo 1 está apresentada com a introdução e a experiência profissional que deu origem a este estudo; no capítulo 2 encontramos a fundamentação teórica que deu suporte às várias etapas do estudo; no capítulo 3 a metodologia está detalhada; no capítulo 4 são apresentados os dados obtidos; o capítulo 5 conclui, com as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

A fundamentação teórica deste estudo está ancorada em um conjunto de conceitos que se relacionam entre si. São eles: integralidade; humanização e cuidado; tecnologias; comunicação e comunicação não-verbal; enfermagem em UTI e família.

2.1 Integralidade

Em 1985, com a superação do regime militar e o surgimento da nova República, o movimento social se intensificou e foi possível uma discussão sobre os rumos do sistema de saúde (SILVA, 2002).

Esse movimento organizado, envolvendo técnicos da saúde, administradores e população, concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando a discussão e materialização, na 8ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS), do conceito de saúde, seus determinantes, sua incorporação ao direito de cidadania, o conseqüente dever do Estado e a criação do Sistema de Saúde (SANCHES, 2001). Neste evento, durante três dias, foram discutidos por 135 grupos de trabalho, sendo 38 de delegados e 97 de outros participantes, temas como (SILVA, 2002): saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988, concebida nos moldes do bem-estar social e na contramão do ideário neoliberal, introduziu o conceito de cidadão; redefiniu o conceito de saúde; estabeleceu, pela primeira vez, o direito universal à assistência médica pública; descentralizou a gestão; co-responsabilizou as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) e estabeleceu a participação social (BRASIL, 1988).

Desta forma, concretizou princípios para as ações de saúde, que se dividiram em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos (BRASIL, 1988).

Os princípios éticos/doutrinários estabelecidos foram:

- Universalidade dos serviços - acesso à saúde como direito público subjetivo, integrante dos direitos de cidadania;

- Equidade na prestação dos serviços - a política pública de saúde deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve-se dar tratamento desigual para situações desiguais, conforme necessidade de cada um;
- Integralidade da assistência - direito de as pessoas serem atendidas na íntegra, em suas necessidades. Entende-se como integralidade um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei N° 8.080, 1990 BRASIL, 1990).

Destes três princípios, a integralidade serve como eixo norteador para ações de promoção, proteção e recuperação (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Pinheiro e Mattos (2004) abordam o tema da integralidade como um valor a ser compreendido, assim demonstram em primeiro lugar, como um diferenciador claro de propostas. Deste modo é fundamental buscar compreender o conjunto de ações que compõem este princípio, [...] para tal se faz necessário ter uma visão abrangente e a percepção das necessidades, seja do indivíduo ou da coletividade.

Com base no princípio da integralidade e no agir em saúde, os serviços devem ofertar ações que promovam a saúde, como prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. O princípio da integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas assistenciais, fomentadas através de distinções cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais (CAMPOS, 2003). Corroborando o autor, enquanto não houver esta comunicação para a continuidade do cuidado, entre os diversos setores de saúde, continuará existindo uma lacuna que precisa ser otimizada, para obtermos o objetivo da prática da integralidade.

Concordando com Pinheiro e Luz (2003) que mencionam existir algumas imperfeições, que o modelo vigente tem raízes centradas na racionalidade científica moderna, caracterizada pela fragmentação da natureza (objeto) e do próprio sujeito de conhecimento: o homem. Sendo que ele é dividido em partes que, progressivamente, são vistas pela ciência como peças infinitamente fragmentáveis, permitindo que a razão seja hierarquicamente superior e separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos. Presta-se somente assistência à queixa física do sujeito, a leitura de resultados dos exames clínicos, exercendo um cuidado puramente técnico científico.

Para melhorar esta realidade, existe a necessidade de mudanças nos serviços de saúde, envolvendo os três segmentos: primário, secundário e terciário. Estes devem estar inseridos no processo para construir essas mudanças na transformação dos usuários e profissionais da

saúde. Pode-se eleger essa transformação como um dos instrumentos, no sentido de estimular o exercício da cidadania, possibilitando ao cidadão o conhecimento dos seus direitos e deveres. Como, também, incentivar a participação na formulação de políticas locais, reconhecimento de seus benefícios e nos demais níveis de atuação, de estimular a capacidade dos mesmos de manejar as condições de acesso e de conquista, tudo isto através da prestação de informações.

Machado et al. (2006) colaboram citando que, para a superação da forma que comumente vem sendo praticado o cuidado, centrado em produção de atos e técnicas, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários, impõe-se um novo referencial. Este, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde.

Faz-se necessário abordar a assistência de forma integrada, fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Ainda para Machado et al. (2006), é preciso repensar novas formas de assistência na integralidade do cuidado à saúde, debater novos fundamentos teóricos sobre a natureza do processo de trabalho. A partir disso, é possibilitada a construção de ações diferenciadas na produção da saúde, que operam com tecnologias voltadas para a produção do cuidado e estabelecimento de novas relações entre trabalhadores e usuários, centradas em suas necessidades. Buscando a integralidade da assistência pelo acompanhamento do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação (MACHADO et al., 2006).

Machado et al. (2006) descreve que, desta forma, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses. Assim, as instituições de saúde representam um lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade (MACHADO et al., 2006).

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades e de atitudes transformadoras e produtoras de mudanças a partir de cada profissional, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al., 2006).

Segundo Machado et al. (2006) complementando a citação anterior, temos que o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, sendo este

abrangente através da participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não somente diante do risco de adoecer.

Nesta abordagem, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Machado et al. (2006) diz que, neste sentido, incorporam na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo. Assim, embora a saúde seja um direito garantido em constituição, a práxis desvela uma enorme contradição entre essas conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (MACHADO et al., 2006).

Educação em saúde é fator fundamental para se obter mudanças, transformando olhares e formas de pensar, criando uma nova visão das práticas de saúde. Estas voltadas para formação centrada na atenção à saúde, já vem ganhando destaque para concretização da integralidade no cuidado. A idéia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes co-responsáveis pela produção da saúde. Assim, partilhamos de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado (MACHADO et al., 2006).

Assim para Machado et al. (2006), a noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde. Ainda, a partir do princípio de integralidade, Machado et al. (2006) concebe que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem buscar aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão.

Pinheiro e Mattos (2004) citam que é importante que o elemento “integralidade” esteja inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade para que, partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas.

Cecílio e Merhy (2003) abordam que a atenção integral se constitui em uma abordagem completa, holística e integral de cada pessoa portadora de necessidades de saúde

que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados. Nessa direção a integralidade implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para o usuário. Nesse contexto destacamos que a integralidade deve ocorrer a partir de articulação das tecnologias leve, leve-dura e dura (MERHY, 2002). Precisamos estar atentos para as práticas executadas por profissionais da área da saúde, para que nos relacionemos com sujeitos e não com objetos.

2.2 Humanização e cuidado

Diante da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento prestado nos hospitais públicos, o Ministério da Saúde criou, em junho de 2001, o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH). Seu objetivo mais amplo é a promoção de cultura de atendimento humanizado na área de saúde (BRASIL, 2001).

Freqüentemente os pacientes internados na UTI apresentam pior condição clínica, maior gravidade da doença, agitação psicomotora, fragilidade e vulnerabilidade dos familiares. Florence Nightingale, ao cuidar dos feridos da guerra da Criméia e classificar os mesmos por gravidade, já prestava um cuidado humanizado através do toque (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005). O trabalho na UTI é muito intenso, com múltiplas interações entre pacientes e cuidadores. O paciente na UTI tem maiores barreiras de comunicação, o que aumenta o risco de eventos adversos e reduz a possibilidade do paciente se defender (KNOBEL, 2006). Sendo assim a equipe de profissionais deve estar atenta para buscar, nas entre linhas, quais são as necessidades desta clientela, através da interpretação dos sinais apresentados.

Para Knobel (2006), humanizar é cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações de cada um. Humanizar é também garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe. Significa ter uma escuta ativa para com o outro, compreende-lo na sua singularidade e nas suas necessidades, para que ele se sinta reconhecido e considerado.

Segundo Magalhães et al. (2004), o conceito de humanização pode ser traduzido como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe.

Algumas particularidades do ambiente físico de uma UTI, como a ausência de acesso à luz do dia, o alto índice de ruídos, o grande número de equipamentos, precisam ser revistas e carecem de cuidados, pois vão de encontro à qualidade. Portanto, humanização não são apenas mudanças no espaço físico, mobílias, mas, sobretudo, representa uma transformação de comportamentos e atitudes frente ao paciente, familiares e entre os componentes da própria equipe de trabalho.

Horta (1979) define que o ser paciente/cliente pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade; em última análise são seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase do seu ciclo vital e do ciclo saúde/doença. É necessário não ver e avaliar o paciente somente por sua patologia, tratá-lo como um número ou um diagnóstico, mas também estar atento às suas necessidades psicológicas, além das físicas. Para isso, buscar sempre prestar a assistência de Enfermagem a partir do levantamento das necessidades humanas básicas afetadas, suprimindo desta forma o que está deficiente, proporcionando ao paciente um melhor bem-estar - assim podemos afirmar que cuidado e humanização caminham juntos.

Boff (1999) refere que mitos antigos e pensadores contemporâneos nos ensinam que a essência não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, liberdade e inteligência, constituindo na existência humana uma energia que jorra ininterruptamente em cada momento e circunstância. O cuidado é uma força original que, continuamente, faz surgir o ser humano.

Ao entender que o cuidado é inerente à vida, buscamos compreender as reações humanas, que surgem diante da fragilidade da pessoa ao internar em uma UTI. Perante tais reações, o cuidado é fundamental para assegurar aos indivíduos envolvidos nesta realidade a qualidade na assistência de enfermagem. Boff (1999) ressalta que o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação das reações do ser humano. Se não nos basearmos no cuidado, não lograremos compreender estas reações.

O cuidado é uma atitude presente no humano, qualidade única deste ser. É uma atividade diária, desenvolvida, por vezes, de forma inconsciente. Desenvolvemos o autocuidado, o cuidado com as outras pessoas e com o espaço onde habitamos. Neste sentido não se trata de pensar e falar sobre o cuidado como objeto independente de nós, mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não temos o cuidado, somos o cuidado. Sem o cuidado deixamos de ser humanos (BOFF, 1999).

Para Silva (2005), o cuidar é relacionar-se com o outro. Este ato se dá através da comunicação do corpo que comunica sentimentos, através do olhar, da postura e da expressão facial; acalmando, aliviando, confortando e cuidando.

Segundo Boff (1999), o cuidado faz parte da natureza humana. O “modo-de-ser” cuidado revela, de maneira palpável, como é o ser humano. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber o cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, perde o sentido e morre. Por isto o cuidado deve ser entendido na profundidade humana. Portanto, o cuidado se torna imprescindível para proteger a vida em sua fragilidade. Este mesmo autor afirma que o cuidado, em sua própria índole, inclui, pois, duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira é a atitude de solicitude e de atenção para com o outro. E a segunda, de preocupação e de aflição, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Conforme Boff (1999), o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar do seu destino, de sua procura, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida.

Santos (2002 apud CAVENACCI, 1998) em um estudo sobre as representações do cuidado, demonstra que o cuidado de enfermagem apresenta dois sentidos culturais: o sincrético e o dialógico. Sincrético, pois sua expressão se dá no conjunto de um sistema de adaptações na coincidência do seu mundo e a incidência sobre ele. É um sistema associativo fundamentado no coexistir, no conviver e no viver com, em que um sistema ideológico vincula a ciência, a arte e o ideal, mantendo, contudo, as características singulares do indivíduo. O dialógico se reproduziria não somente no contexto desses elementos, mais ainda na diversidade das situações e nos conflitos da prática diária.

Os profissionais de saúde vêm despertando crescentemente seus interesses pelo aumento do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, para além do estado físico, escolhendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados particulares de satisfação das pessoas em seu cotidiano. Esta atitude alia-se ao princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar (MAGALHÃES et al., 2004).

Destaco, dentro da humanização, a importância da prática do acolhimento como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional-usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de sociedade, sabendo reconhecer o usuário como sujeito participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de agir metodologicamente no trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma

atitude capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004).

Silva e Mascarenhas (2004, p.243) trazem definições de alguns autores sobre o que seria acolher: para Malta et al. (1998), “é uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe”; para Mehry e Onocko (1997), é uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, tem de estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.

Cabe aqui lembrar que, na ação de cuidar, também existe a ação de curar, porque o biológico não deixou e não deixa de existir, mas na realidade, como afirma Silva Júnior, Mehry e Carvalho (2003) há uma deficiência dos profissionais de saúde em conviver e trabalhar com sofrimentos e dor. Há uma preferência por trabalhar com doença, a qual a racionalidade da biomedicina faz menção e são pontuais na intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas.

Neste aspecto iremos perceber que, para lidar com o biológico, as “tecnologias leve-duras” (o saber técnico de cada profissional de saúde) e as “tecnologias duras” (equipamentos) deverão estar presentes para a produção de saúde. Mas também não podemos esquecer que os nossos usuários buscam nos serviços de saúde a cura para todos os seus males, porém se expressam através de sintomas e sinais. Segundo Luz (2004), é uma demanda por símbolos, por um caráter simbólico, e, se quisermos cuidá-los, sem dúvida teremos que saber captar, escutar, acolher e decodificar esta demanda para avançarmos na saúde. Se não captarmos estes símbolos (necessidades), não satisfaremos os nossos usuários.

Assim mesmo, num ambiente de UTI, onde o que prevalece são as tecnologias duras, não conseguiremos acolher os usuários e seus familiares se não oferecermos o equilíbrio entre as tecnologias.

Franco e Magalhães Júnior (2003) explicam isso quando alegam que a integralidade começa por uma organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que as “tecnologias leves” aconteçam com uma maior amplitude nas práticas dos serviços, do que as “tecnologias leve-dura e dura”; e a adaptação das três gera qualidade.

2.3 Tecnologias

Na atualidade vê-se um panorama das UTIs que nos conduz para a urgência da preocupação com o resgate da humanização. Não existe uma sistematização e preocupação com o modo de ser cuidado do paciente, mais sim, com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando o modo de ser do trabalho.

O termo tecnologia carrega um significado muito comum associado a equipamentos e máquinas, no entanto, autores como Mendes-Gonçalves (1994) e Mehry (2002) expandem a concepção deste termo na área da saúde, e nesta averiguação a fundamentação utilizada terá como referência estes estudiosos no assunto.

Mendes-Gonçalves (1994) não restringe o significado de tecnologia ao conjugado de instrumentos materiais do trabalho, mas o amplia a saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde, afirmando que as tecnologias transportam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham.

Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo também os saberes utilizados na produção dos produtos individuais nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as atuações humanas e inter-humanas nos processos produtivos.

Cita Merhy (2002) que um desenho tecno-assistencial diz respeito à maneira como as ações são organizadas e combinadas, isto é, as diversas ações de intervenção no processo-saúde-doença-rede de atenção. Esse desenho comporta aspectos tecnológicos e aspectos assistenciais. Os aspectos tecnológicos envolvem não só recursos materiais, científicos e instrumentais ou operacionais, mas também as escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, as estratégias de interpretação, de implementação de planejamento e de avaliação e, ainda, o investimento em negociação, pactuação e inovação.

Merhy (2002) afirma que a escolha do desenho tecno-assistencial que melhor responde às necessidades de saúde deve atender aos princípios do SUS: assegurar universalidade de acesso; integralidade da atenção; descentralização da gestão; regionalização da atenção; alta resolubilidade em cada serviço ou em sua articulação em rede intercomplementar. Complementa que quando falamos de um desenho tecno-assistencial, devemos também preservar e desenvolver a autonomia das pessoas de enfrentarem os preconceitos ou privilégios, garantindo a igualdade na assistência.

Os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e, ainda, atendem às situações

com maior risco de vida. Nesse contexto, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, principalmente ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, trabalhando assim com a objetividade.

Nos serviços básicos em geral, não há riscos de vida e são poucos os equipamentos utilizados, sendo entendidos como simplificados. No entanto enfrentam desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida, atuando na subjetividade. Esta complexidade só pode ser enfrentada com articulações dos conhecimentos biológicos e com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros (MERHY, 2002).

Em contrapartida, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde fragmentada, atuando na objetividade, desconhecendo a subjetividade, o contexto e a história de vida dos usuários. Além disso, a atenção por especialidades leva a fragmentação do cuidado e a despolarização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo (MERHY, 2002).

A assistência prestada aos pacientes pode ser classificada em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. A primeira inclui todos os instrumentais, equipamentos, exames laboratoriais, utilizados no tratamento dos pacientes; no caso de UTI, é a tecnologia que predomina. A segunda se refere ao conhecimento, como a clínica e a epidemiologia. E a terceira, está presente no espaço relacional trabalhador-usuário que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade no ato condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (MERHY, 2002).

A partir da classificação proposta por Merhy (2002), adaptamos seu conceito de tecnologia leve-dura, neste estudo entendida como a aplicação de conhecimentos que se materializam em instrumentos de trabalho, que não são máquinas e nem equipamentos, mas que se concretizam em formas mais leves, como questionários, formulários, roteiros, protocolos e no caso deste estudo, em um portfólio.

Desta forma humanização é um processo que envolve toda a equipe. A responsabilidade desta se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente.

2.4 Comunicação

Com a globalização, houve o desenvolvimento de novas tecnologias, entre elas, cito a informatização. A partir de então, a relação e a comunicação entre as pessoas passou a acontecer, em grande parte, de forma virtual.

Penso que isso tem afastado as pessoas. A comunicação acontece por um processo de “tecnologia dura”, e como consequência, as pessoas passam a ter maior dificuldade de relacionar-se e de exercitar a comunicação oral e de perceberem sinais não-verbais – nos casos em que não vêm com quem se comunicam. As pessoas apropriam-se menos das “tecnologias leves e leve-duras” no processo de interação.

Magalhães (2004) cita que a comunicação deve ser encarada muito mais como um projeto e não como um simples dado no processo de atendimento humanizado. Uma comunicação verdadeira é o projeto que permite um verdadeiro cuidar do paciente e não um simples tratar. Comunicar com emoção transforma o ato de tratar no verdadeiro cuidar. Quando falamos em comunicação no processo de humanização, estamos nos referindo a uma situação de profunda relação entre dois ou mais agentes que estejam dialogando: estamos nos referindo muito mais ao aspecto hermenêutico (existencial) da comunicação e muito menos ao seu conteúdo instrumental ou semiótico.

Sabemos que a comunicação destaca-se como o principal instrumento para que a interação e a troca aconteçam e, conseqüentemente, o processo de cuidar, no seu sentido mais amplo, tem espaço para acontecer. Afinal, os componentes da comunicação formam o clima e a nutrição para a compreensão e a execução do cuidado e da assistência adequada (SILVA, 2005).

Ao pensarmos em um momento de nossas vidas, dificilmente lembraremos de algo que não esteja relacionado a uma outra pessoa e a um ato de trocas, que começa a partir de idéias, de pensamentos, de sentimentos, de estímulos que desencadeiam o processo de comunicação.

Segundo Stefanelli (2005), para que tal processo ocorra, há sempre alguém (emissor) com uma curiosidade, necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (mensagem) que precisa ser esclarecido, dito para outra pessoa. O emissor é estimulado a iniciar um contato interpessoal e pensa em como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal) a fim de tornar comum o conteúdo de sua informação ou idéia para outra pessoa (receptor). Este, por sua vez, reagirá à mensagem recebida apresentando sua reação (resposta). Estes são os

elementos básicos para que ocorra o processo de interação. Cabe ainda lembrar que os papéis do emissor e do receptor alteram-se de modo contínuo e circular, o que torna dinâmico o processo de comunicação.

Portanto comunicação é um processo de compartilhar mensagens e interpretá-las, de enviá-las e de recebê-las. E o modo como se dá o seu intercâmbio exerce influência no comportamento dos indivíduos envolvidos em curto, médio ou longo prazo. Essa influência pode ser percebida mesmo quando a pessoa encontra-se em isolamento total, distante das outras ou do ambiente no qual o processo ocorreu. Isto permite afirmar que as pessoas encontram-se constantemente envolvidas por um campo interacional (STEFANELLI, 2005).

Para Pinho (2006), entre os elementos do processo de comunicação, o canal é o meio pelo qual uma mensagem é transportada de uma pessoa para outra. De acordo com a natureza do ato comunicativo, os canais pode ser a visão, a audição, o paladar e mesmo o toque. Escolhemos o meio pelo qual vamos nos comunicar conforme a situação em que nos deparamos.

Para que a comunicação aconteça é necessário conhecer os elementos que compõe o processo de comunicação. Stefanelli (2005) cita os seguintes elementos que compõem tal processo, são eles: emissor, mensagem, comunicação não-verbal, comunicação verbal, canais, receptor, percepção, resposta, ambiente.

Esquema do processo de comunicação

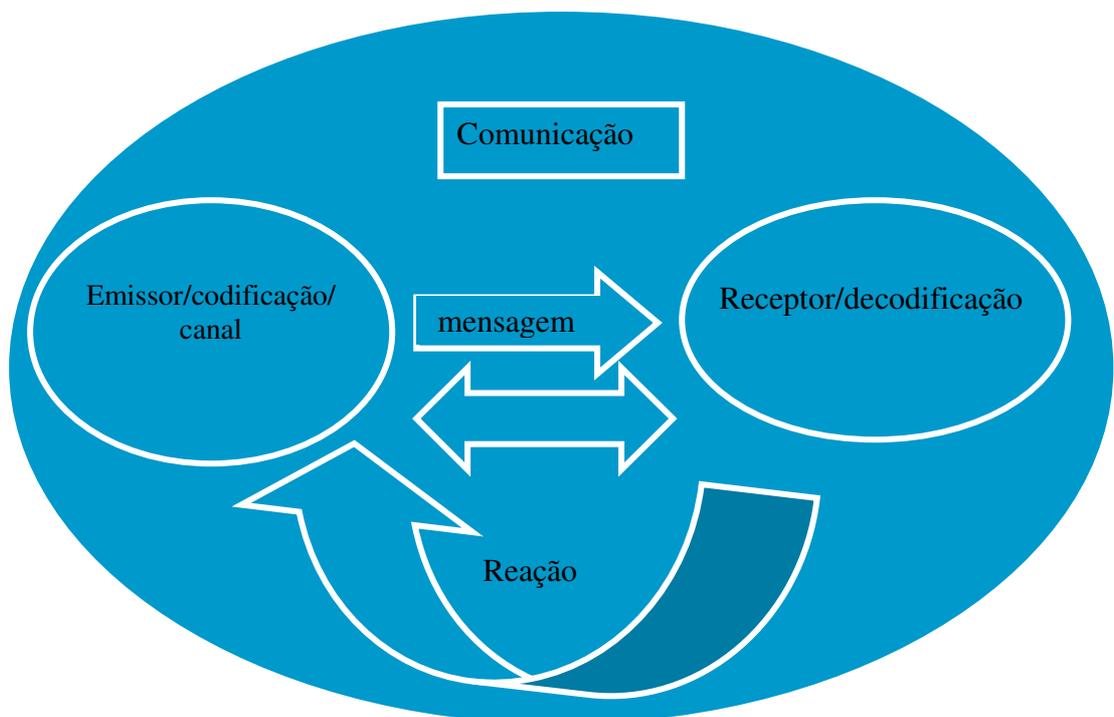


Figura 1 esquema do processo de comunicação: elaborado por Estefanelli / adaptado por Martineli

Emissor é a fonte da emissão da mensagem, é quem a codifica, produz e emite para o outro. Não abrange somente as palavras verbalizadas, mas também a linguagem corporal e toda a estrutura anatômica envolvida na emissão das palavras, ou o aparelho fonador. As crenças e valores têm influência decisiva nesses passos, da codificação à interpretação da mensagem pelo receptor (STEFANELLI, 2005).

Mensagem é o que é transmitido por meio da linguagem verbal, falada ou escrita, e a não-verbal. Permeando essas formas, há uma terceira, chamada paraverbal ou paralinguística, que é expressa pelo tom da voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, choro, pausa, entre outros. Alguns autores classificam a linguagem não-verbal nesta terceira forma (STEFANELLI, 2005).

Comunicação não-verbal, para Stefanelli (2005), refere-se às mensagens emitidas pela linguagem corporal, expressões faciais, postura corporal, gestos, presença de rubor, sudorese, tremores, lacrimejamento, palidez. São sinais para os quais devemos ter atenção especial.

A comunicação verbal é representada pelas mensagens escritas e faladas, que se dá por meio de palavras (STEFANELLI, 2005).

Portanto as mensagens são enviadas por meio de **canais**. Em geral, na comunicação interpessoal, os canais referem-se aos órgãos dos sentidos, principalmente a visão, a audição e o tato, embora o olfato e o paladar tenham de ser considerados, pois em um ato comunicativo, usamos um ou mais canais associados (STEFANELLI, 2005).

Receptor é quem recebe a mensagem e que emitirá a resposta, somente depois desta resposta considera-se que o processo de comunicação realmente ocorreu, ela envolve a decodificação da mensagem recebida e sua interpretação (STEFANELLI, 2005).

Percepção abrange processos mentais, por meio dos quais dados emocionais, intelectuais e sensoriais são constituídos logicamente ou segundo seu significado. Portanto, o intercâmbio de mensagens só tem início quando as ações de outro indivíduo são percebidas como respostas à mensagem enviada pelo emissor. Desta forma a percepção refere-se ao processo de como uma pessoa desenvolve seu conhecimento e pensamento a respeito de outra (STEFANELLI, 2005).

Stefanelli (2005) afirma que, ao comunicar-se com uma ou mais pessoas, o ser humano recebe mensagens como reação à que enviou, ou seja, a **resposta** que indicará se o significado da mensagem foi interpretado da maneira correta, tornou-se comum ou foi entendido.

Neste processo de comunicação enfermeiro e paciente, é responsabilidade do primeiro a observação e percepção acurada da resposta. O ato de se comunicar requer do profissional da saúde conhecimento acerca do assunto, para que tal processo ocorra de forma eficiente (STEFANELLI, 2005).

O **ambiente** em que as pessoas interagem tem influência decisiva na qualidade da comunicação entre elas e em seu resultado. O ambiente pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos, interferindo na expressão e percepção das idéias. O ambiente em que nos comunicamos com o paciente deve ser o que propicia as melhores condições possíveis dentro de cada realidade vivida (STEFANELLI, 2005).

2.5 Comunicação não-verbal

Um olhar rápido ou mais demorado, um sorriso amigável ou uma expressão de reprovação, um franzir de sobrancelhas ou um toque suave no ombro são comportamentos com elevado potencial para enviar mensagens, produzir impressões ou influenciar outras pessoas.

Albert Mehrabian (2004 apud Magalhães, 2004) em suas pesquisas, conclui que o conteúdo percebido pela mensagem falada é da ordem de somente 7%; a maneira pela qual a mensagem é transmitida representa 38% da percepção e finalmente a linguagem corporal é responsável por 55% da percepção dos receptores.

Segundo Pinho (2006), enquanto na comunicação verbal são utilizadas palavras, na não-verbal as mensagens são enviadas através dos movimentos do corpo, das entonações ou ênfases que colocamos nas palavras, das expressões faciais, da distância física entre o emissor e o receptor e da aparência pessoal.

Para ilustrar a importância da comunicação, cito Mezzoto (2003). Ele descreve que, após a confusão ocorrida na torre de Babel, conforme a passagem bíblica (Gen. 11:4-9), inúmeras línguas apareceram e, se não fosse a comunicação não-verbal, a mais bela de todas as artes, estaríamos convivendo com uma enorme dificuldade entre os povos. No caso de pacientes internados em UTI, em uso de ventilação mecânica, mesmo estando lúcidos e acordados, não dispõem da comunicação verbal oral, devido o uso do TOT, situação em que ele ouve, sem a possibilidade de expressar-se verbalmente. Entre os ruídos existentes nesta

unidade estão: conversas entre os profissionais, sons dos equipamentos, alarmes, nenhum som familiar. Para o paciente, imagino como se estivesse na confusão da torre de Babel.

Isto posto, temos que a comunicação é o instrumento básico da assistência de Enfermagem e que torna possível o relacionamento enfermeiro-paciente-família, tendo como objetivo prevenir o isolamento e angústias desses sujeitos, promovendo a socialização e a interação entre eles. Uma vez que, para o enfermeiro, o paciente e família tornam-se uma fonte de stress, a falta de comunicação com eles gera ansiedade e frustração por não terem esta necessidade suprida. Por meio da comunicação existente entre enfermeiro-paciente-família, esse profissional pode definir metas e objetivos para auxiliar na promoção e recuperação da saúde física e mental, tanto para o paciente quanto para a família. Partindo deste pressuposto, deve-se ter em mente que a comunicação nada mais é do que uma forma de ação recíproca através da qual ocorrem trocas e, conseqüentemente, o deslocamento de energia. Pois a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada (SILVA, 2005).

Portanto, é de grande importância que a equipe interdisciplinar se comunique com os pacientes para a prestação dos cuidados diários. Temos de aprender a ser artistas, no sentido de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente. É o tesouro da linguagem não-verbal que precisa ser descoberto e lapidado (SILVA, 2005).

Segundo Silva (2005), a atenção à comunicação não-verbal é essencial ao cuidado humano, por resgatar a capacidade do profissional da saúde de perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação.

Para Stefanelli (1993), é também por meio da comunicação que o ser humano pode satisfazer suas necessidades de inclusão, controle e afeição, sendo que a inclusão refere-se à aceitação pelo outro. O controle ocorre quando se experimenta a sensação de ser responsável e capaz de se adaptar ao meio. E a afeição diz respeito à necessidade de expressar e receber amor.

A comunicação não-verbal possui códigos, que se originam de três fontes. A primeira compreende os programas neurológicos herdados, que fazem parte do desenvolvimento neurológico, como a expressão das emoções por intermédio do corpo. Esta afirmação está fundamentada em estudo realizado na década de 1970, quando foi desenvolvida uma pesquisa com crianças cegas e constatou-se que, embora nunca tivessem observado as expressões do rosto de um ser humano, expressavam as emoções básicas da mesma maneira. Quando felizes sorriam e os olhos brilhavam; em situações de surpresa, as crianças abriam mais os olhos,

arregalavam as sobrancelhas; e quando tristes choravam; quando envergonhadas, desviavam o olhar e, embora não enxergassem, abaixavam a cabeça e ruborizavam (STEFANELLI, 2005).

A segunda fonte são as experiências comuns aos seres humanos, como as relacionadas à satisfação de suas necessidades básicas: o bocejar, o ruído que o estômago emite quando estamos com fome, o aumento da frequência com que molhamos os lábios quando estamos com sede.

Como terceira fonte, temos a cultura, a classe social e as experiências familiares, o que pode ser ilustrado pelo povo italiano que, durante a comunicação, realiza gestos amplos e emite um tom de voz mais alto. Incluem-se nesta os artefatos que as pessoas utilizam ou colocam no ambiente. Os códigos desenvolvidos pelas famílias permitem a comunicação por meio de gestos. Um olhar pode estar dizendo; cale-se, fique quieto, mude de assunto (STEFANELLI, 2005).

Para complementar os códigos, o profissional de saúde, ao atender um paciente precisa estar atento aos diferentes tipos de comunicação não-verbal que, segundo Stefanelli (2005), seguem a seguinte classificação:

- **Cinésica:** também conhecida como a linguagem do corpo. Nesta identificamos os sinais de empatia, o paciente geralmente olha para o rosto do profissional que irá tocá-lo. Inconscientemente, ele reconhece que é no rosto que a maioria das pessoas expressa a maior parte de suas emoções. Por desconhecer a linguagem técnica e por não saber se o instrumento que está em suas mãos é o mais adequado, ele volta sua atenção ao rosto do profissional, na expectativa de apreender o que este está sentindo ao cuidar dele.

- **Proxêmica:** esta compreende o estudo do espaço interpessoal e das distâncias que mantemos entre as pessoas. Sobre este tipo de comunicação não-verbal a autora apresenta dois conceitos muito importantes para a assistência do paciente, no processo de cuidar. O primeiro é o espaço pessoal, uma espécie de campo energético que a pessoa tem em torno de seu corpo. Quando uma pessoa não se sente segura em relação ou não se sente bem com o outro, apresenta um comportamento de defesa de seu espaço pessoal. E o segundo é a territorialidade (STEFANELLI, 2005): há uma espécie de área física que demarcamos como nossa, onde quer que estejamos.

- **Tacésica:** o instrumento utilizado nesta linguagem é o toque. Dependendo de como nos aproximamos para tocar, a pressão exercida no toque, o tempo de contato e a parte do corpo tocada, percebemos a intenção da pessoa. A ação de tocar o paciente não é apenas instrumental, necessário para a execução de uma técnica, de uma tarefa específica, mas todo o toque é também afetivo.

- **Paraverbal ou paralinguagem:** esta linguagem ocorre quando se emite qualquer som produzido pelo aparelho fonador. Estes sons demonstram sentimentos, características de personalidade, atitudes, tipo de relacionamento interpessoal e autoconceito.

Para que a linguagem não-verbal seja aplicada na assistência do paciente é necessário que o profissional obtenha conhecimento e percepção, para que possa caminhar para o desvelamento do conhecimento mais amplo sobre comunicação. Para isso, Stefanelli (2005) complementa com outras dimensões da linguagem não-verbal, voluntário/involuntário, consciente/inconsciente. Conscientes e voluntários: ao cumprimentar uma pessoa olhando-a nos olhos, com a comissura da boca voltada para cima, ela retribuirá o olhar e tenderá a retribuir. Conscientes e involuntários: a pessoa que fica ruborizada tem consciência do rubor em virtude do calor que sente no rosto, mas não tem controle voluntário sobre ele. Inconscientes e involuntários: quando uma pessoa está aberta para o que ouve, seu campo de visão aumenta inconscientemente por meio da dilatação da pupila; no entanto, em situações de defesa, a pessoa restringe seu campo de visão, contraindo involuntariamente as pupilas.

2.6 Enfermagem em terapia intensiva

A enfermagem, enquanto profissão teve início na Inglaterra, no século XIX, com o trabalho de Florence Nightingale, recrutando e treinando um grupo de mulheres para colaborarem nos cuidados e na higiene dos soldados feridos durante a Guerra da Criméia (1854-1856). Nessa época, também com Florence Nightingale, surgiu a idéia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, dispondo-os nas enfermarias de tal maneira que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho da enfermeira, para maior vigilância e melhor atendimento (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005). Desta forma já se iniciava uma assistência diferenciada para os pacientes mais graves, com esta classificação, podemos afirmar o início do cuidado em terapia intensiva.

Segundo Cintra, Nishide e Nunes (2005) as unidades de terapia intensiva evoluíram com a criação das salas de recuperação, na década de 1920, para assistência aos pacientes de neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins; na década de 1930, em Tübingen, na Alemanha, com a assistência intensiva pós-operatória, iniciando assim uma melhor classificação dos pacientes, resultando em uma assistência com mais qualidade e mais especializada. Além da classificação da dependência e gravidade do paciente, em 1962, estabeleceu-se em Kansas

City, Estados Unidos, a primeira unidade de vigilância a pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio, percussora das atuais Unidades Coronarianas (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

Segundo Cintra, Nishide e Nunes (2005), os enfermeiros enfrentavam muitos desafios durante os anos de criação das unidades intensivas e coronarianas. Os intervalos entre as pesquisas e as aplicações clínicas eram tão próximos que não havia tempo para o desenvolvimento de novas equipes de enfermagem. Além do contínuo aumento do número de pacientes, os equipamentos também exigiam boa parte da atenção do enfermeiro. Esta descrição ainda é percebida na atualidade, sendo que, em UTI, trabalha-se com “tecnologias duras” e se utiliza grande parte do tempo para entender e se especializar no manuseio dessas tecnologias, e pouco são exploradas as tecnologias mais leves.

Apesar da transformação e do rápido desenvolvimento destas unidades, do alto risco dos pacientes internados, os enfermeiros praticavam a humanização no ambiente de terapia intensiva. O objetivo era o melhor atendimento ao doente, bem como aos seus familiares e, ainda, a redução do estresse vivenciado pelo profissional, que desenvolvia este cuidado integral (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

No Brasil, a implantação das UTIs teve início na década de 1970. Atualmente, é uma unidade presente no nosso contexto hospitalar e cada vez mais sofisticada em tecnologias (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

Unidade de terapia intensiva é aquela que se destina a receber pacientes em estado grave, com possibilidades de recuperação, exigindo permanentemente assistência médica e de enfermagem, além da utilização de equipamentos especializados. São áreas restritas à circulação de estranhos, onde os familiares têm pouco acesso. O trabalho da equipe é diuturno, precisa ser rápido e preciso, exigindo o máximo de eficiência dos trabalhadores.

Nestas unidades os pacientes ficam expostos a uma série de fatores estressores, entre eles, ao da própria patologia, a privação do sono, ruídos constantes, monotonia sensorial, presença de equipamentos, dor, sucção de secreções, impossibilidade de falar devido ao tubo orotraqueal.

Ratton (1992) registra, com fidedignidade, a situação de uma pessoa dentro da UTI: encontra-se deitada, portando tubos, sondas e aparelhos que produzem sons irritantes e assustadores. Sujeita passivamente à execução de técnicas e procedimentos traumáticos, à ocorrência de cenas dramáticas e ao possível agravamento da doença. Tudo isso pode vir a afetar a estrutura psicológica do paciente. Por este motivo a assistência de enfermagem prestada em UTI diferencia-se das demais unidades de internação, pois a equipe tem a

necessidade de assistir o paciente e os equipamentos, buscando manter uma sincronia entre eles, para o restabelecimento clínico. Pois, equipamentos e usuários nos dão informações acerca da evolução e conduta a ser prestada ou modificada para a recuperação dos pacientes.

O uso de equipamentos sofisticados faz com que o profissional tenha dificuldades de ver o paciente na sua totalidade, valorizando muito a patologia ou os distúrbios fisiológicos que apresenta. Barbosa (1995) diz que é um dos princípios do sistema técnico a fragmentação, tendo como efeito a despersonalização do cuidado de saúde e a criação de estruturas burocráticas. Isto torna difícil a manutenção da identidade individualizada de clientes. Barbosa (1995) acrescenta que, a tecnologia evolui cada vez mais, possibilitando uma melhor assistência e em muito facilitando o próprio senso do cuidado, de observação da enfermagem, propiciando um tempo maior de atuação junto ao ser humano; no entanto, provocou um efeito direto, distanciando os profissionais do relacionamento pessoa-pessoa com o usuário, sendo que muitas vezes o profissional relaciona-se mais com as máquinas do que com outras pessoas que compõem o cenário nas situações de UTI.

Percebo que a visão tecnicista leva à inversão de valores, preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano internado. Sabe-se muito sobre os equipamentos e pouco sobre a pessoa que se está cuidando, trabalhando basicamente com “tecnologias duras”. Além disso, repensei a forma hierárquica pela qual a enfermagem trata os pacientes, dando-lhes quase nenhuma liberdade de escolha ou nenhuma autonomia para que possam, verdadeiramente, decidir o caminho de sua trajetória de vida. Assim precisamos associar as três categorias descritas por Merhy e não trabalhar separadamente. O paciente hoje não é sujeito, mas objeto e “recipiente” de ordens ou de cuidados da enfermagem.

2.7 Família

A participação da família é elemento fundamental na reabilitação e recuperação de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Sendo assim, também merece atenção especial, para que possamos colocar em prática ações da integralidade, e para que ocorra a efetiva participação no processo de internação e alta. Como a proposta deste estudo, que pretendeu incorporar uma “tecnologia leve-dura” na comunicação com pacientes, com ausência da comunicação oral, poderá estender-se além do ambiente hospitalar, torna-se

fundamental o envolvimento da família e, para entendermos melhor esta importância, precisamos conhecer o que é família.

Minuchin (1999) cita que dentro de uma família existe sempre algum grau de parentesco, membros de uma família costumam compartilhar do mesmo sobrenome, herdado dos ascendentes diretos. A família é unida por múltiplos laços capazes de manter os membros moral, material e reciprocamente durante uma vida e durante gerações.

Podemos então, definir família como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros, considerando-a, igualmente, como um sistema que opera através de padrões transacionais. Assim, no interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo esses ser formados pela geração, sexo, interesse e/ou função, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam os outros. A família como unidade social enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo no nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes universais (MINUCHIN, 1999).

Segundo Sacareno (1997), na cultura ocidental, uma família é definida especificamente como um grupo de pessoas do mesmo sangue, ou unidas legalmente (como no matrimônio e na adoção). Muitos etnólogos argumentam que a noção de "sangue" como elemento de unificação familiar deve ser entendida metaforicamente; dizem que em muitas sociedades em culturas não-ocidentais, a família é definida por outros conceitos que não "sangue". A família poderia assim se constituir de uma instituição normalizada por uma série de regulamentos de afiliação e aliança, aceitos pelos membros.

A família vem se transformando através dos tempos, acompanhando as mudanças religiosas, econômicas e, também, sócio-culturais, do contexto em que se encontra inserida. Este é um espaço sócio-cultural que deve ser continuamente renovado e reconstruído (STANHOPE, 1999).

A família assume uma estrutura característica. Por estrutura, entende-se: uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica e recorrente (MINUCHIN, 1990). Deste modo, a estrutura familiar compõe-se de um conjunto de indivíduos com condições e em posições socialmente reconhecidas, e com uma interação regular e recorrente, socialmente aprovada. A família pode, então, assumir uma estrutura nuclear ou conjugal que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adaptados, habitando num ambiente familiar comum. A estrutura nuclear tem uma grande capacidade de adaptação, reformulando a sua constituição, quando necessário (MINUCHIN, 1990).

Segundo Saraceno (1997), a família é um sistema social composto por um grupo de indivíduos, todos com papéis atribuídos e, embora diferenciados, consubstanciam o funcionamento do sistema como um todo. O conceito de família, ao ser abordado, evoca obrigatoriamente os conceitos de papéis e funções.

Em todas as famílias, independentemente da sociedade, cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto como, por exemplo, marido, mulher, filho ou irmão, sendo orientados por papéis. Estes não são mais do que “as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social” (DURVAL; MILLER apud STANHOPE, 1999, p.502).

2.8 Funções de família

As funções estão implícitas nas famílias, como já foi referido. As famílias como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou renunciam a funções de proteção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente. Nesta perspectiva, as funções regem-se por dois objetivos, sendo um de nível interno, como a proteção psicossocial dos membros, e o outro de nível externo, como a acomodação a uma cultura e sua transmissão. A família deve, então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros (MINUCHIN, 1990). Existe, conseqüentemente, uma dupla responsabilidade, isto é, a de dar resposta às necessidades, quer dos seus membros, quer da sociedade (STANHOPE, 1999).

Duvall e Miller apud Stanhope (1999) identifica como funções familiares as seguintes: geradora de afeto entre os membros; proporcionadora de segurança e aceitação pessoal, promovendo um desenvolvimento pessoal natural; proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade, através das atividades que satisfazem os membros. Ainda, asseguradora da continuidade das relações, proporcionando relações duradouras entre os familiares; proporcionadora de estabilidade e socialização, assegurando a continuidade da cultura da sociedade correspondente; impositora da autoridade e do sentimento do que é correto, relacionado com a aprendizagem das regras, normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas.

Para além destas funções, Stanhope (1999) acrescenta ainda uma função relativa à saúde, na medida em que essa protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença, que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros.

Prado (1995) relata que as funções de cada família dependem em grande parte da organização social do país ao qual pertence. A participação familiar nos processos de cuidado de seus integrantes também depende da organização do Estado, o qual pode distribuir e requerer responsabilidades familiares na atenção aos integrantes doentes.

Para Elsen (2002), a família é um sistema de saúde para seus membros, sistema do qual faz parte um modelo explicativo, a saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. Esse sistema inclui, ainda, um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que devem seguir nos casos de queixas e ou sinais de mal-estar. Ainda, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais.

Elsen, Marcon e Silva (2002) redefinem seu discurso relatando que o cuidado aos seus membros é responsabilidade legal, social e cultural da família - cuidado esse que é descrito como familiar. Segundo a mesma autora, o cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e é desenvolvido no seu processo de viver, o que o torna específico. Além disso, dá-se entre gerações: os mais velhos cuidam dos mais novos e, em certos momentos, invertem-se os papéis de cuidadores. Esse processo ocorre ao longo da vida em família, dentro das etapas de vida do ser humano, e é fortalecido pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos; visa o bem-estar dos membros; não se fragmenta; é um processo, construído pela família e modificado segundo vivências e interpretações, gerando, enfim, o cuidado familiar.

Cabe salientar que o conceito de cuidado familiar ainda está em construção, mas Elsen, Marcon, Silva (2002) acreditam que conhecer em profundidade este cuidado será de grande importância para as próprias famílias. Elas terão reconhecidas suas potencialidades, seus recursos, bem como suas fragilidades, o que o possibilitará buscar ajuda junto a sua rede social ou profissional.

3 PERCURSO METODOLOGICO

Esta pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou descobertas a partir de intuições, portanto seu planejamento é muito flexível, para que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato pesquisado. Essas pesquisas envolvem levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2002).

“A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento entre variáveis, [...] há, porém pesquisas que embora definidas como descritivas com bases em seus objetivos, acabam servindo mais para aproximar uma nova visão do problema, o que a aproxima das pesquisas exploratórias” (GIL, 2002, p.42).

A pesquisa qualitativa, conforme Polit, Beck e Hunger (2004), possibilita aos pesquisadores uma abordagem flexível, por meio de narrativa ou relato, a fim de elucidar as situações onde se passam os fatos. Segundo (MINAYO, 1994), a pesquisa qualitativa, diferente da quantitativa, procura conhecer e compreender de forma particular aquilo que se estuda. O foco é específico e centralizado no fenômeno, almejando-se sempre a compreensão das atitudes, motivações, sentimentos e percepção da população estudada.

3.1 Local do estudo

3.1.1 Cenário da pesquisa⁴

O Hospital Santa Isabel começou sua trajetória com a chegada das primeiras irmãs da Divina Providência ao Brasil, em 1895. Durante os primeiros anos, praticaram a enfermagem ambulante em toda a região. Na época, o Dr. Ernst Sappelt, que trabalhava em Blumenau, pediu para as irmãs que cuidassem dos seus pacientes mais graves. Foi então que elas

⁴ Todas as informações sobre o CENÁRIO DA PESQUISA estão disponíveis em www.santaisabel.com.br.

providenciaram um quarto para o tratamento dos doentes, localizado dentro do Colégio Sagrada Família, e que, aos poucos, tornou-se insuficiente devido à chegada de mais doentes. Era chegada a hora de ampliar a estrutura.

As irmãs utilizaram uma casa ao lado do colégio, ilustrado na figura 1. A casa foi reformada e logo foi construída uma sala de cirurgia. Muitas senhoras da sociedade blumenauense arrecadaram fundos para pagar as despesas com a reforma e as construções. Nascia, em 4 de outubro de 1909, o Hospital Santa Isabel.



Figura - 1 primeiro prédio onde foi o instalado o Hospital Santa Isabel

Mais tarde, o Padre Marzellus, superior dos reverendos padres franciscanos do Convento dos Franciscanos de Blumenau, observando a necessidade de ampliação do Hospital Santa Isabel, consultou seu amigo, o engenheiro Bundgens, que apresentou algumas plantas para a construção de um novo hospital.

Alunos do Colégio Sagrada Família e do Colégio Franciscano ajudaram na arrecadação de fundos para a nova construção. Mesmo durante as obras, o hospital não parou de funcionar, atendendo à população da região.

Em 15 de outubro de 1916, terminava a construção do Hospital Santa Isabel, inaugurado com uma grande festa que envolveu toda a comunidade. A competência dos médicos, irmãs e enfermeiras trouxeram grandes benefícios para toda a população blumenauense.

Inicialmente, o hospital contava com dois salões com 20 leitos cada, mas a partir de 1916, não parou de crescer. Hoje, conta com mais de 20 mil metros quadrados de área construída. Foi pioneiro na implantação de equipamentos e serviços como Raio-X (em 1920), Tomografia Computadorizada (1982), Angiografia Digital (1992) e serviço de Medicina Nuclear (1992).

Em 1973 deu-se início aos trabalhos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em 1976 criou-se a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e começou o funcionamento da sala de Hemodiálise. A história dos transplantes no hospital tem início em 1980, com o primeiro transplante renal. Os primeiros transplantes cardíacos e de fígado do estado seriam realizados em 2000 e em 2002, respectivamente, no próprio Hospital Santa Isabel.

O hospital obteve renome pela região Sul do Brasil, recebendo do Ministério da Saúde o Prêmio de Qualidade Hospitalar (Categoria Estadual), em 2001, conquistando o prêmio Hospital Best (como Melhor Hospital de Santa Catarina), em 2004, e sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde como a melhor Comissão de Transplantes de Órgãos do país, em 2006.

O Hospital Santa Isabel se caracteriza pela liderança nos serviços de alta complexidade em Santa Catarina. Pioneirismo, infra-estrutura, atendimento humanizado e competência da equipe médica são marcas dos serviços.

Com uma média de 14 mil internações por ano e um Serviço de Emergência que atende toda a região do Médio Vale do Itajaí, o Santa Isabel conta com uma equipe de cerca de 700 colaboradores, além dos profissionais de serviços terceirizados, como Laboratório e Diagnóstico por Imagem. O trabalho multidisciplinar das equipes permite uma atenção a todos os aspectos da saúde do paciente, com objetivo de proporcionar uma recuperação rápida e completa. Na figura 3 a entrada atual da instituição.



Figura 3 - Entrada principal do Hospital Santa Isabel na atualidade

Os valores da instituição estão assim definidos:

- **Missão:** oferecer serviços de excelência em saúde, com ética, direcionados à promoção da vida, buscando inovação e aperfeiçoamento humano.
- **Visão:** ser reconhecida como a melhor Instituição prestadora de Serviços de Saúde na região Sul do Brasil, sendo auto-sustentável, proporcionando a satisfação dos clientes e colaboradores.
- **Valores:** humanização e solidariedade; carisma e espiritualidade; competência; comprometimento; inovação; ética.

3.1.2 Unidade coronariana (UCO)

A UCO ou UTI cardíaca, como muitas pessoas a denominam, é composta de oito leitos para atendimento de pacientes coronariopatas, para tratamento clínico ou cirúrgico. Foi inaugurada em 1999, com o serviço de cirurgia cardíaca e, mais tarde, com o transplante

cardíaco. Esta pesquisadora foi a primeira enfermeira do Estado de Santa Catarina a cuidar dos primeiros transplantados cardíacos no estado, e esta instituição, a pioneira no Estado neste procedimento.

A Unidade Coronariana surgiu na década de 1960, com o objetivo inicial de servir como área especializada no atendimento a pacientes portadores de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A criação destas unidades foi um marco no atendimento e tratamento do IAM. Com a evolução tecnológica e novos esquemas terapêuticos, tem-se acentuado cada vez mais a importância destas unidades, com equipes capacitadas trazendo ótimos resultados aos clientes. Devido ao grande sucesso, o conceito de UCO expandiu-se, passando a atender não somente ao IAM, mas todo o indivíduo com distúrbios cardíacos graves, com chances de recuperação (RIGACCI; GALLANI; COLOMBO, 2005).

A necessidade de leitos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está relacionada ao número de leitos gerais do hospital. Conforme um método empírico, frequentemente relatado, dever-se-ia destinar 10% da capacidade de leitos para UTI, o ideal do ponto de vista funcional, é de oito a doze leitos por unidade (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

A instituição onde foi desenvolvida a pesquisa possui 8 leitos na UCO e 8 leitos UTI geral com total de 16 leitos destinados aos pacientes em estado grave, num percentual de 7 % sobre o total de leitos da instituição, portanto, inferior ao que a literatura sugere.

3.1.3 Recursos humanos da UCO

A UCO, local onde ocorreu parte da pesquisa, conta com um quadro de 26 funcionários na área da Enfermagem, sendo 18 técnicos de enfermagem, 6 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeiro supervisor e outro enfermeiro “coringa” (que é chamado conforme necessidade).

Categorias	Manhã 6 horas	Tarde 6 horas	Noite 1 12 horas	Noite 2 12 horas	Total 42hs semanais
Técnicos de enfermagem	5	5	4	4	18
Enfermeiros assistenciais	1	1	1	1	6
Enfermeiro coringa (1)	Conforme necessidade.				
Enfermeiro supervisor (1)	08 horas diárias, cinco dias da semana.				

Quadro 1 - Funcionários da UCO.

De acordo com o quadro 1 totalizam dezoitos técnicos de Enfermagem, destes somente dois não possuem dois empregos, os demais, num total de 16, trabalham em duas instituições totalizando 12 a 18 horas por dia de trabalho, praticamente sem intervalo, nos dias úteis isto de segunda a sexta-feira. No final de semana, como se trabalha em escala de plantão, que corresponde a 12 horas de trabalho, quem trabalha em duas instituições faz de 24 a 36h contínuas.

Dos (as) seis enfermeiros (as), quatro também tem dois vínculos. O intervalo para descanso nos plantões noturno e diurno no final de semana é de uma hora, regido pelas normas trabalhistas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

As UTIs foram criadas para concentrar três componentes: clientes mais graves, equipamentos altamente sofisticados, e pessoal com conhecimentos e experiência, para possibilitar um atendimento com qualidade. O cálculo das horas de enfermagem necessárias à prestação de assistência, varia segundo o autor e o tipo de paciente (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005). Segundo o Conselho Federal de Enfermagem:

[...] o referencial mínimo para o quadro profissional desta área inclui todos os elementos que compõem a equipe, considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção leito/funcionário. Utiliza-se, para efeito de cálculo da assistência intensiva, 15,4h de enfermagem por paciente, nas 24hs, considerando-se a carga horária de 36 horas semanais. O quantitativo de profissionais estabelecido deverá acrescer o Índice de Segurança Técnica (IST), não inferior a 30% do total. A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem intensiva é de 55,6% para enfermeiros e 44,4% para técnicos de enfermagem (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005, p.24).

No contexto atual não é esta a realidade observada. Na instituição pesquisada, a carga horária é de 42 horas semanais e ainda, associada a um segundo vínculo empregatício.

3.2 Etapas da coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados seguindo o critério de internação para realização de cirurgia cardíaca. A pesquisadora entrava em contato via telefone com o secretário do serviço de cirurgia cardíaca, este informava os pacientes que estavam internados, incluindo dados como nome, quarto, leito e a ordem de prioridade para a realização da cirurgia cardíaca. Ao realizar as etapas que se segue sempre se respeitou a presença de um familiar.

Foram utilizadas diferentes técnicas e instrumentos, de modo a sistematizar a coleta de dados e sua análise. Os dados foram coletados até sua saturação, a escolha dos sujeitos foi intencional com pacientes que foram submetidos a cirurgia cardíaca e o estudo foi desenvolvido seguindo as seguintes etapas:

Etapa-1: observação do cotidiano de funcionamento da unidade eleita para o estudo, ou seja a UCO, especialmente no que diz respeito ao processo de comunicação não-verbal entre o paciente, e a equipe. Nesta etapa, o instrumento para registro dos dados foi o Diário de Campo, conforme apêndice B. Com essa observação, pretendia-se verificar quais as formas de comunicação utilizadas pela equipe com os pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca portando TOT. O que se constatou foi que a forma predominante era a adivinhação e em algumas vezes a escrita. Esta observação ocorreu em visitas à UCO, em horários alternados, e ao realizar visitas aos sujeitos no pós-operatório.

Para Minayo (1994), a técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos.

O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vão congregam os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação (MINAYO, 2004). Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.

Etapa 2: orientações ao paciente e familiar no período pré-operatório na enfermaria em relação ao procedimento cirúrgico, em especial ao uso do TOT e tempo de permanência, ressaltando que durante a utilização deste tubo não seria possível a comunicação verbal oral. Nesta oportunidade foi utilizado manual de figuras com as respectivas orientações (apêndice A), reforçando sua importância e como utilizá-lo para comunicação no pós-operatório. Esta etapa incluiu ainda a prestação de todos os esclarecimentos sobre o estudo ao paciente e familiar e a solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C).

Para implementar a metodologia, foi realizada uma experiência piloto. A mesma foi iniciada pela consulta à escala de cirurgias cardíacas, sendo selecionado o primeiro paciente agendado. Ao realizar as orientações foi deixada com a acompanhante, no caso a filha, cópia do manual com as ilustrações para ser utilizado pela mesma, no pré-operatório e nos horários de visita.

O imprevisto foi que a acompanhante levou o instrumento para casa, não disponibilizou para os demais familiares e não visitou o paciente durante a permanência na UCO. Na alta o manual foi deixado no setor de internação da cardiologia, com o seguinte recado: falta **TOSSE**.

A partir desta primeira experiência a forma para disponibilizar o manual foi modificada:

1 - o mesmo foi duplicado, ficando uma cópia na UCO, e a outra com a pesquisadora para apresentar e prestar as orientações referentes à pesquisa e ao uso do manual;

2 - o secretário do serviço de cirurgia cardíaca era contatado, repassava a relação de pacientes internados no hospital, seus nomes, quarto, leito e a prioridade para o procedimento cirúrgico, de acordo com o grau de gravidade dos pacientes. A partir dessas informações a pesquisadora organizava a agenda para realizar as visitas e orientações, sem agendamento prévio.

Etapa 3 – visita de observação, no pós-operatório na unidade coronariana. Nesta etapa, a família foi acompanhada e observada em visita ao paciente na UCO, utilizando o manual, registrando o que foi observado, como foi utilizado, bem como a sua contribuição nessa relação paciente e família. Estes registros foram anotados em Diário de Campo (apêndice B).

Etapa 4 – entrevista semi-estruturada, com o paciente e com participação do familiar que participou das orientações no pré-operatório, que visitou o paciente na UCO e que fez uso do instrumento, na enfermaria, no pós-alta da Unidade Coronariana, conforme roteiro (apêndice D). Esta entrevista foi realizada com o intuito de avaliar o instrumento existente e coletar informações para a implementação do mesmo. Com o consentimento dos pacientes as entrevistas foram gravadas.

Minayo (2004) cita que, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Todos os sujeitos pesquisados passaram por todas as etapas da pesquisa.

3.3 Etapas da análise dos dados

A análise dos dados contemplou as seguintes etapas:

Etapa 1 - Classificação dos dados

Iniciada pela leitura exaustiva dos dados de observação registrados manualmente no diário de campo e durante a entrevista. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas lidas e relidas organizadas e classificadas, conforme afinidades. Esta fase foi essencialmente reducionista, assim os dados foram convertidos em unidades menores, chamadas categorias.

Etapa 2 – Definição das categorias

Após a classificação dos dados, foram definidas as categorias de acordo com os questionamentos da entrevista e os dados foram agrupados de acordo com as afinidades. Foram, em seguida, revisados minuciosamente quanto ao conteúdo das falas dos sujeitos.

Etapa 3 - Análise final

Nesta etapa foram estabelecidas as articulações entre os dados coletados, a fundamentação teórica e os objetivos da pesquisa. A pesquisadora confrontou-os com as percepções vivenciadas enquanto enfermeira intensivista. Dessa forma foi possível obter mais informações para complementar o instrumento já existente, bem como buscar e inovar uma nova tecnologia na comunicação não-verbal.

3.4 Dimensão ética do estudo

Este projeto foi implementado após seu registro no SISNEP, aprovação por Comissão de ética autorizada pelo CONEP conforme parecer nº 99/2007 (anexo A) e aprovação por Banca de Qualificação designada pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde da UNIVALI. O projeto inclui “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (apêndice C). Antes de solicitar a assinatura do “Termo de Consentimento”, a mestrandia apresentava todas as informações referentes ao projeto e assegurava tanto o anonimato dos participantes, quanto o sigilo em relação às informações. A identificação da instituição na qual foi realizado o estudo foi autorizada pela mesma.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, procederemos a análise e discussão dos dados, buscando verificar a aprovação do manual para auxiliar na comunicação quando há ausência da fala, considerando como uma tecnologia leve-dura, com os familiares e com os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca; utilizando o mesmo no pós-operatório imediato, durante sua permanência na UCO, estando os usuários acordados e lúcidos fazendo uso do tubo orotraqueal.

Os resultados serão apresentados através dos dados: na caracterização dos sujeitos, na descrição da observação da equipe que atua na UCO; e complementando com os dados obtidos na entrevista semi-estruturada, expostas em quatro categorias, sendo elas caracterizadas por subcategorias.

4.1 Caracterização dos sujeitos

Os dados desta pesquisa foram coletados no período de 21/08/2007 a 19/10/2007. O tempo de interação entre a pesquisadora e os sujeitos pesquisados foi em média de 40 minutos no pré-operatório e 30 minutos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. A caracterização dos mesmos segue no quadro 2.

Ordem de inclusão	Pseudônimo	Data da entrevista	Escolaridade	Sexo	Idade	Profissão
1	Calor	21/08/2007	3. ^a série	M	75	Aposentado
2	Sol	05/09/2007	3. ^a série	F	52	Aposentada
3	Frio	08/09/2007	4. ^a série	F	68	Do lar
4	Sede	21/09/2007	2. ^o grau completo	M	52	Marceneiro
5	Água	22/09/2007	3. ^a série	M	60	Catador de reciclado
6	Fome	26/09/2007	4. ^a série	M	63	Aposentado
7	Boca seca	28/09/2007	4. ^a série	M	59	Motorista
8	Tosse	10/10/2007	7. ^a série	M	45	Motorista
9	Medo	19/10/2007	2. ^o grau completo	M	42	Comerciário
10	Febre	19/10/2007	4. ^a série	F	67	Do lar
11	Falta de ar	19/10/2007	4. ^a série	M	55	Eletricista

Quadro 2 - Caracterização dos pacientes que participaram do estudo

4.2 Breve história de cada sujeito

Na seqüência descreverei como foi o contato e algumas características dos sujeitos da pesquisa. A pesquisadora classificou os mesmos com nomes fictícios como apresentado no quadro 2. Esses nomes fazem parte das figuras que compõem o portfólio final.

Calor: com 75 anos, sexo masculino, estava acompanhado com uma filha, eram de cidade vizinha. Apresentei-me e expus o estudo obtendo aprovação de ambos. No transcórre da conversa, o paciente esperava sempre a confirmação da filha, a qual respondia verbalmente ou com gestos e movimento com a cabeça. **Calor** citou angustias e preocupações com a cirurgia. No quarto, paciente e acompanhante relatavam sobre a patologia e o difícil percurso até o encaminhamento para a realização da cirurgia, as dificuldades na vivência com a doença e as limitações que ela ocasionava. No pós-operatório, a pesquisadora, ao realizar visita na

UCO constatou que **Calor** apresentava-se calmo, em uso do TOT. Nesse período de convalescença, não foi possível acompanhar os familiares por serem de outra cidade e, por isso, reduziram as visitas enquanto o paciente permanecia na UCO.

Sol: paciente do sexo feminino, 52 anos, aposentada, exercia a profissão de costureira, muito insegura pelo infarto recente e pela espera da cirurgia. O acompanhante era o seu marido e este manifestava muitas dúvidas. Após exposição do objetivo do estudo, foram respondidas muitas perguntas e esclarecidas dúvidas a respeito do procedimento cirúrgico. Relataram que descobriram a necessidade da internação após consulta médica ao realizar um exame, o teste de esforço. Foram para casa buscar pertences pessoais para internação quando toca o telefone, a paciente atendeu e era a secretária do médico dizendo que a mesma deveria ir logo para o hospital que, devido a uma falha na comunicação, **Sol** já teria de estar internada na UTI (UCO). Relata que foi apavorante receber a notícia desta maneira, “eu quase morri”, diz a paciente. Após estabilização do seu quadro clínico, a mesma teve alta da UCO e aguarda na enfermaria para realizar a cirurgia cardíaca. O marido de **Sol** estava muito preocupado, relatava muita insegurança, medo e desconhecimento sobre o tratamento cirúrgico. No transcorrer da conversa, respondendo a mais questionamentos, observou-se uma expressão facial mais tranqüila. Ele se mostrou disposto a colaborar em todos os aspectos para contribuir com a pesquisa, dizendo que se sentia mais seguro depois dos esclarecimentos prestados pela pesquisadora, podendo assim, transmitir mais segurança para **Sol**. No pós-operatório na enfermaria, **Sol** e seu marido encontravam-se mais tranqüilos. Ao realizar a entrevista, a pesquisadora constatou a satisfação de ambos pelas informações recebidas no pré-operatório. Nesse momento, **Sol** apresentava um pouco de dificuldade para falar devido ao processo (intervenção cirúrgica, intubação orotraqueal) pelo qual havia passado. **Sol** relata que as informações repassadas foram muito úteis e que, realmente, tudo o que foi explicado ela vivenciou, mas sabia que era normal devido às orientações recebidas no pré-operatório. O marido de **Sol**, por sua vez, não se cansava de agradecer e reforçar o quanto foram importantes as explicações referentes ao processo pelo qual a paciente foi submetida e ao uso do manual para auxiliar na comunicação. Assim, foi mais fácil para ele enfrentar a “visão” que teve de **Sol** na UCO, sabendo que todos os artefatos, equipamentos ligados a ela eram necessários.

Frio: sexo feminino, 68 anos, aguardava cirurgia com uma amiga que estava como acompanhante. **Frio** estava muito animada, porque iria fazer a cirurgia e conseqüentemente ficaria melhor após a recuperação. Queria muito fazer a cirurgia, manifestava esse desejo com muita freqüência, pois estava a um longo período em tratamento sem ter uma boa evolução.

Ela demonstrava forte desejo de viver com mais qualidade. Apresentando-se muito segura, prontamente aceitou participar do estudo. No pós-operatório teve complicações e foi a óbito por intercorrências.

Sede: sexo masculino, 52 anos, marceneiro, morador de uma cidade vizinha, teve um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) quando estava a caminho do trabalho. Passou mal dentro do transporte, não avisou ninguém e perdeu a consciência, sendo percebido pelos colegas somente na hora do desembarque. Os bombeiros foram chamados, e ele, encaminhado para este hospital, onde permaneceu na UTI até a recuperação do IAM, e, a seguir, para a cirurgia cardíaca. Falou do medo que teve de morrer e que agora estava consciente que teria que mudar alguns hábitos, reforçando também a satisfação pelo atendimento. Contou que ensinou a mulher a ler e escrever e que tem mais de uma profissão, marceneiro, barbeiro e que até já foi professor. No pós-operatório, **Sede** e sua esposa estavam juntos no quarto. Ao serem entrevistados, sempre reforçaram e agradeceram a Deus pela recuperação. Falavam da satisfação pelo atendimento e das informações recebidas no pré-operatório, por terem sido úteis. Ainda, enfatizavam a todo o momento a importância da utilização do manual para auxiliar na comunicação.

Água: sexo masculino, 60 anos, tem como profissão, catador de reciclados, sentiu-se mal quando brincava com os netos. Na visita ao quarto para conversar com o paciente, além da mulher, estavam os filhos. O paciente falava pouco, os filhos choravam muito, e a mulher relatava a trajetória desde o momento em que se sentiu mal até a vinda para o hospital. **Água** precisou ser internado na UCO, estava infartando e agora, esta no quarto aguardando para fazer cirurgia cardíaca. Conforme a pesquisadora orientava sobre o estudo e qual era o objetivo do mesmo, os familiares apreensivos puderam questionar e sanaram suas dúvidas, vindo a participar prontamente da pesquisa. Após a cirurgia, depois da alta da UCO, **Água** apresentava-se cansado, falava pouco, porém respondeu aos questionamentos. Sua esposa estava mais disposta, aliviada pelo marido já ter realizado a cirurgia cardíaca e de estar no quarto. Porém um dia depois da entrevista, **Água** apresentou Parada Cardio-respiratória (PCR) e retornou para a UCO. Passado alguns dias, estabilizado o quadro clínico, foi de alta para o quarto com boa evolução. Teve alta hospitalar.

Fome: paciente do sexo masculino, 63 anos, muito sorridente, inquieto, relatou que tentou fugir do hospital uma vez e não tentou fugir novamente somente porque sua família levou toda a sua roupa para casa, deixaram somente o pijama e materiais de higiene pessoal. Ele estava aguardando a cirurgia, que estava demorando, devido ao surgimento de casos mais graves, mas ele não podia voltar para casa, devido ao risco de agravamento. Contou sobre sua

moradia e de sua profissão que já não exerce mais, pois é aposentado. Percebeu-se que **Fome** tinha pouca informação sobre os riscos da doença e do procedimento cirúrgico. No quarto, após a alta da UCO, **Fome** falou pouco, respondeu aos questionamentos da entrevista, queixou-se do TOT e da sede enquanto estava na UCO, que o corte no tórax era muito dolorido. Seu único desejo era recuperar-se para ir pra casa o mais breve possível, pois estava muito tempo no hospital.

Boca Seca: sexo masculino, 59 anos, motorista, tinha como acompanhante a esposa, estava ansioso, pois a cirurgia foi cancelada por duas vezes devido a outras emergências que surgiram. Contou sobre como foi a internação e que a causa foi por IAM. Durante a conversa, afirmou que não iria mais fumar, pois o susto foi grande. Após a cirurgia cardíaca, já de alta no quarto, **Boca Seca** reforçou que iria modificar seus hábitos, como parar de fumar. Chegou a afirmar que nunca mais iria colocar um cigarro na boca, pois disse que tem muito medo de passar novamente por tudo isso. Falou de como foram importantes as informações recebidas no pré-operatório, lembrou de tudo o que foi orientado e, ao acordar no pós-operatório na UCO, sabia que era normal o que estava acontecendo, “foi apavorante”, disse ele, mas tinha consciência de que era necessário.

Tosse: sexo masculino, 45 anos, motorista, aguarda cirurgia há 10 dias, mas não pôde esperar em casa devido ao risco de agravamento do quadro clínico. Contudo, encontrava-se calmo e tranquilo com a espera, fez amizades com outros pacientes que também estavam aguardando pela cirurgia cardíaca. Após alta da UCO, **Tosse** encontrava-se tranquilo e satisfeito, ao responder aos questionamentos da entrevista. Ele reforçou muito o quanto achou válidas as orientações recebidas no pré-operatório, da importância do estudo para a ampliação do manual para auxiliar na comunicação em uso do TOT e acrescentou que já deveria ter sido implantado.

Medo: sexo masculino, 42 anos, com a esposa de acompanhante, comunica-se pouco, mas manifesta muita preocupação com a cirurgia cardíaca, ansioso, tem como profissão comerciário. No quarto após a alta da UCO, no pós-operatório, **Medo** encontrava-se mais comunicativo, ainda com dificuldade de falar pela dor e pelo tempo de uso do TOT. Contou sua trajetória na UCO após a cirurgia cardíaca, de como foram úteis as orientações no pré-operatório, do desconforto do TOT, da angústia de não poder falar e manifestar o que precisava ou sentia. A esposa que estava acompanhando o paciente manifestou ansiedade e angústia no período trans e pós cirúrgico imediato, pela falta de informações do quadro clínico. Elogiou a iniciativa pelo estudo que estava sendo desenvolvido, pois se sentiu mais preparada para o enfrentamento da situação vivida.

Febre: sexo feminino, do lar, 67 anos, acompanhada pelo seu esposo, que se dedicava muito à esposa. O casal estava ansioso e curioso com o processo de internação e do procedimento cirúrgico. Esclareceram dúvidas a respeito da doença e de como seria o pós-operatório. Na entrevista, após a alta da UCO, eles encontravam-se muito satisfeitos. **Febre** repetia, “meu marido gostou de mais daquele livrinho com as figuras”. Manifestando o tempo todo agradecimento.

Falta de ar: sexo masculino, 55 anos, eletricista, muito inseguro, com muitas dúvidas, falava constantemente do medo, que era tão grande que tinha vontade de fugir do hospital – só não o fazia porque o medo de morrer era maior e tinha consciência de que se não fizesse a cirurgia isto aconteceria. Ele tinha como acompanhante a sobrinha. No quarto, após alta da UCO, **Falta de ar** encontrava-se inquieto, reclamava do desconforto provocado pela tosse, em consequência do uso do TOT. Relatou como as informações recebidas no pré-operatório ajudaram, queixou-se da dificuldade para obter atenção da equipe na ausência da fala, e ressaltava quão urgente e necessário é a implantação do manual para auxiliar na comunicação.

Os últimos cinco pacientes incluídos no estudo (**Boca seca, Tosse, Medo, Febre e Falta de ar**) estavam internados ao mesmo tempo em setores diferentes, aguardando pela cirurgia cardíaca, com um tempo de internação entre dez e dezoito dias. Estes foram convidados a participar das orientações sobre a pesquisa e das informações referentes ao pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foi reservada uma sala para o encontro, na qual houve uma conversa com os cinco pacientes e seus respectivos familiares ao mesmo tempo.

Dos cinco, dois relataram que teriam familiares no horário de visitas e que estes também participariam, já os outros três relataram que não teriam visita de familiares naquele dia. No horário marcado, a pesquisadora passou nos quartos e acompanhou os pacientes até a sala, para sua surpresa, todos os pacientes estavam em companhia de um familiar. Os três pacientes que não teriam acompanhantes ligaram para casa e solicitaram para vir alguém.

A conversa transcorreu da melhor forma possível. Houve troca de sentimentos e de compreensão de que a espera não era algo isolado, de apenas um paciente, e sim, que outros também estavam nesta situação. Outro ponto em comum observado foi a insegurança e o medo do ato cirúrgico, o qual foi partilhado entre o grupo. Esse encontro teve duração de 2 horas e como metodologia adotada para explanação do tema, foi confeccionado um *banner* com as orientações e algumas fotos representando os equipamentos e o ambiente da UCO.

A pesquisadora utilizou como instrumento o diário de campo para registros dos dados durante os encontros e visitas feitas a todos os pacientes e familiares. Algo observado foi a

ociosidade dos pacientes no período de internação, em especial nas longas. É importante ressaltar que a ansiedade pode levar a piora do estado clínico. Pôde-se observar, também, a preocupação, insegurança e as dúvidas de familiares e pacientes, a falta de orientações de toda uma equipe multidisciplinar para com essa população.

Na busca de saber o grau de escolaridade dos sujeitos da pesquisa, observamos, no quadro 2, que todos são alfabetizados, com predominância do sexo masculino, num total de 73% (8) dos sujeitos pesquisados, e 27% (3) do sexo feminino. Ainda, 46% (5) do sexo masculino com idade inferior a 60 anos, e 9% (1) do sexo feminino. Com mais de 60 anos, tivemos 27% (3) do sexo masculino, e 18% (2) do sexo feminino. Deve-se lembrar que idade, sexo, fatores estressantes são considerados fatores de risco para desenvolvimento de doença arterial coronariana (CINTRA; NISCHIDE; NUNES, 2005). Temos ainda que a doença coronariana ocorre até 3 vezes mais nos homens do que nas mulheres com idade avançada (BRUNNER; SUDDARTH, 1993).

Hoje com as mudanças tecnológicas e a busca por igualdade, a mulher modificou algumas funções de dona de casa. Deixou de desempenhar algumas tarefas anteriormente executadas manualmente, como sovar a massa do pão e lavar a roupa, passando assim a ter uma vida mais sedentária. Fato esse que tem favorecido para um aumento da doença cardiovascular. Além de estar no mercado de trabalho, da mesma forma que o homem, a mulher acaba tendo dupla jornada, o que leva a uma sobrecarga e, conseqüentemente, a elevação do nível de estresse. Na população estudada, tivemos um óbito feminino.

Segundo Solimene e Luz (1999), há algumas décadas admitia-se que a doença arterial coronária era uma "doença do homem" e, assim, raramente se manifestava na mulher. Desse modo, os sintomas de pré-cordialgia, que sugeririam o diagnóstico de doença coronária no homem, eram subestimados se apresentados por uma mulher. Os estudos de prevenção de doenças cardiovasculares e os ensaios clínicos com medicamentos excluía e, ainda hoje, excluem as mulheres, ou elas constituem a minoria, em geral 10%.

O mesmo autor (SOLIMENE; LUZ, 1999) cita que na atualidade, essa visão simplista da doença cardiovascular na mulher não mais se justifica. A cada ano, 2,5 milhões de mulheres norte-americanas são hospitalizadas por doença cardiovascular, 500.000 morrem e, destas, metade por doença arterial coronária. Desse modo, a doença coronária tornou-se a principal razão de morte no sexo feminino do mundo ocidental, maior que o câncer de útero, de mama ou mortes no parto. A mudança do padrão de vida das mulheres talvez explique, em parte, a ocorrência de dados tão alarmantes: ao lado das responsabilidades habituais com a

casa, filhos, marido e parentes idosos, as mulheres adquiriram as responsabilidades “do homem”.

O mesmo estudo descrito por Solimene e Luz (1999) cita que o trabalho fora do lar e necessidades financeiras decorrentes de abandono, divórcio e viuvez são exemplos. Sendo assim, como consequência, as mulheres adquiriram diversos fatores de risco para a doença cardiovascular: obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e estresse emocional. A doença cardiovascular clinicamente se manifesta na mulher, em geral, dez anos após a menopausa e associa-se com várias outras doenças, o que torna o seu prognóstico mais desfavorável.

A mortalidade hospitalar, após a cirurgia de revascularização miocárdica, é o dobro nas mulheres em relação aos homens. Essa comprovação já havia sido enfatizada na metade da década de 80 e atribuída a vários fatores: as mulheres são menores e apresentam menor calibre de artérias coronárias, em geral são bem mais idosas que os homens quando encaminhadas para a cirurgia e, frequentemente, apresentam maior incidência de fatores de risco (SOLIMENE; LUZ, 1999).

4.3 Observação da equipe da UCO

A observação do trabalho da equipe na UCO, para verificar como era procedida a comunicação com os pacientes intubados, foi realizada em dois momentos distintos: o primeiro, por ocasião da visita aos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca; e o segundo, especificamente para observação de como estava ocorrendo a comunicação não verbal com os pacientes acordados em uso do TOT no pós-operatório de cirurgia cardíaca. No primeiro contato, foi apresentado o manual e explicado sobre a pesquisa, do que se tratava e, também, como utilizar o manual. Houve verbalização positiva de todos os funcionários e da enfermeira do turno da tarde.

A pesquisadora solicitou o repassasse das informações para as demais enfermeiras e suas equipes, sendo que estas já haviam sido informadas sobre o trabalho que seria desenvolvido nesse setor. Foi reforçado, ainda, que utilizassem o manual com os pacientes em uso do TOT.

No segundo momento, através de observação, constatou-se que a relação entre a equipe e os pacientes se dava de forma puramente técnica, preocupados em desenvolver as

tarefas que compõe as rotinas. Em relação à comunicação com o paciente, o cuidado era, em grande parte, realizado em silêncio, ou com conversas entre os funcionários, conversas estas que não diziam respeito ao paciente como, por exemplo, assuntos pessoais.

Quando era necessária a comunicação com o paciente em uso do TOT, os funcionários usavam, na maioria das vezes, a adivinhação, e poucas vezes ofereciam-lhe material para escrever, precisando ser solicitado pelo paciente ou familiar.

A relação entre os componentes da própria equipe era conflituosa. Em uma das visitas realizadas, ao entrar na UCO, encontrou-se uma funcionária no computador digitando os gastos de materiais utilizados no período. Ao dirigir-se a ela, a pesquisadora cumprimentou-a, e perguntou sobre um paciente que havia tido alta naquele dia. A pesquisadora desejava saber qual era o número do quarto para o qual ele havia sido transferido. A funcionária respondeu que não sabia. Então foi lhe perguntado o nome do paciente que faria cirurgia cardíaca no dia seguinte – que seria o mesmo paciente que havia tido alta. Novamente a funcionária respondeu que não sabia – nem sequer olhou para a pesquisadora. Então foi perguntado onde poderia ser encontrada a enfermeira. Neste momento, ela olhou e respondeu: *sabe que você esta me atrapalhando, você faz muitas perguntas, e não sei da enfermeira*. A pesquisadora desculpou-se, pediu licença para procurar a enfermeira, que estava a um *box* de distância da mesma. Ao comentar sobre o ocorrido com a enfermeira, ela relatou a dificuldade de relacionamento com a equipe, que não estava sendo cooperativa com ela, pelo fato de estar há pouco tempo trabalhando nesta unidade. Contudo, a enfermeira prontamente forneceu as informações de que a pesquisadora precisava.

Esse episódio foi relatado como forma de exemplificar duas formas de comunicação distintas: a superficial e a efetiva. A palavra comunicação:

[...] significa tornar comum, trocar idéias, sentimentos, experiências, crenças, e valores, por meio de gestos, atos, palavras, figuras, imagens, símbolos etc. Comunicar tem o sentido de participar e estabelecer contato com alguém num intercâmbio dinâmico e interativo (MENDES; JUNQUEIRA, 1999, p.34).

Uma relação comprometida afeta diretamente a assistência prestada ao usuário. Para Stefanelli (2005), a capacidade de comunicação entre as pessoas é essencial ao comportamento humano. Quando um paciente está, por algum motivo, dependente, seja parcial ou total, de cuidados, é por meio da comunicação que estabelecemos planos de cuidados para a assistência de acordo com suas necessidades. Conseqüentemente quando não há harmonia entre a equipe, reflete diretamente no cuidado prestado ao paciente. Conforme Stefanelli (2005, p.15):

[...] basicamente são duas as abordagens gerais da comunicação: a sistêmica e o interacionismo simbólico. A primeira postula a comunicação como um sistema aberto, no qual interagem outros subsistemas, afetando-se mutuamente em diferentes níveis; pode-se considerar desde um indivíduo até a sociedade. Na segunda, o foco recai sobre as interpretações dos indivíduos no processo de interação consigo mesmo (intrapessoal) e interpessoal, como fenômeno que se processa na mente e no eu dos interlocutores, levando em conta a influência do processo de socialização.

O grande patrimônio das organizações contemporâneas é seu corpo de talentos como recursos humanos. Sabe-se que pessoas constituem o principal ativo de uma organização, pois elas podem ampliar ou limitar a potencialidade da empresa (GALVÃO, 2003). Quando não há equilíbrio na relação da equipe, esse será provavelmente um fator que contribuirá para o stress, que gera comportamentos inadequados como um dos sinais.

Para Felisbino (1994), a utilização do processo de enfermagem proposto por Horta (1979) serve como guia para planejar, executar, avaliar e ordenar as ações do profissional da enfermagem. Para que isso se torne possível, faz-se necessária uma política institucional e um profissional enfermeiro atuante com liderança e criatividade, para coordenar sua equipe e ter como resultado a qualidade da assistência prestada. Ainda, ter o entendimento da importância da autonomia profissional e as desvantagens do trabalho fragmentado e totalmente dependente do trabalho médico e tecnicista. Dessa forma, o (a) enfermeiro (a) torna-se um executor de tarefas a partir da prescrição médica, deixando de ser um profissional com contribuições a serem elencadas aos demais profissionais que compõem a equipe interdisciplinar.

4.4 Orientações prestadas aos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca

As orientações prestadas aos pacientes e familiares que participaram do estudo e foram submetidos à cirurgia cardíaca, de acordo com as figuras do manual utilizado para auxiliar na comunicação em pacientes em uso do TOT, foram:

- tempo médio de cirurgia de aproximadamente 5 a 6 horas;
- anestesia geral, por ser um procedimento de grande porte e pela localização do ato cirúrgico;
- ao sair da sala de cirurgia, o paciente será encaminhado diretamente para a UCO (unidade coronariana);

- ao acordar da anestesia vai sentir este tubo entre sua boca e a garganta, que não poderá arrancar, pois este estará adaptado ao ventilador mecânico, para realizar sua respiração;
- devido ao uso desse tubo, não poderá falar, a voz não sai, portanto não deverá forçar;
- quando tiver necessidade de pedir alguma coisa, o manual (instrumento) pode ser solicitado, para mostrar o que deseja;



- com o uso do tubo, não poderá tomar água, devido ao uso de medicações. Por conta de a boca ficar entreaberta, ocorre ressecamento da mucosa oral e, conseqüentemente, sentirá muita sede. O paciente poderá umedecer a boca e os lábios sempre que for necessário; lembre-se que a comunicação deverá ser feita através de gestos, escrita ou do uso de outros instrumentos que estiverem disponíveis;



- não deve morder ou comprimir com os lábios o tubo, isso vai dificultar a respiração e terá falta de ar, ou sensação de sufocação;
- quando estiver bem acordado e o seu pulmão estiver funcionando sozinho, esse tubo será retirado;
- estará fazendo uso de dois drenos no peito (tórax), para retirar o resíduo de sangue e líquidos resultantes da cirurgia e estes não poderão permanecer dentro do tórax. O procedimento para aspiração destes líquidos é incomodo e dolorido, mas necessário;
- os drenos estarão adaptados a frascos com líquido sanguinolento;
- terá um corte no peito e, se for feito ponte de safena, também terá corte em uma ou até nas duas pernas;



- não deve permanecer com dor forte. Sempre que a sentir, comunicar o fato para receber medicação com objetivo de reduzi-la, assim vai respirar melhor, e uma boa respiração será importante e contribuirá para diminuir risco de infecção pulmonar;
- deverá movimentar as mãos e pés para estimular a circulação;
- não poderá retirar (arrancar) nada, pois estará com vários fios ligados, como os do monitor, TOT, sondas e soros nos braços;



- pode sentir vontade urinar, mas estará com uma sonda vesical dentro da bexiga, que a esvaziara. A ocorrência da sensação é normal. Para que a sonda não saia da bexiga, na ponta desta, dentro da bexiga, há um balão que é inflado com, mais ou menos, 15ml de água destilada. Esse balão ocupa um espaço dentro da bexiga, dando a sensação de bexiga cheia;

- terá uma sonda no nariz para evitar vômitos;



- caso permaneça vários dias com o tubo na boca (TOT), receberá alimentação através de uma sonda. É possível que sinta falta do sabor da comida ou pense que não está recebendo alimentação, podendo sentir, inclusive, fome;



- por ser um ambiente fechado, a ventilação ocorre através de ar condicionado, sendo assim, poderá sentir calor por excesso de cobertas;



- frio devido ao uso de ar condicionado;



- o medo e o nervosismo, podem surgir tanto no paciente quanto no familiar. Procure conversar com os profissionais de enfermagem e com o médico para esclarecimento de dúvidas: saber como está o quadro clínico de seu familiar ou o seu mesmo, para que esta tensão diminua;

- ao acordar vai se deparar com um cenário com muitos equipamentos, alarmes, tubos e sondas inseridos. Contudo, não é preciso entrar em pânico, são procedimentos e equipamentos normais visando a recuperação do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca;

- o manual ilustra algumas situações relacionadas a estas orientações, que talvez você necessite ou esteja sentindo. Ele poderá ser usado, caso precise se comunicar no período em que estiver utilizando o tubo, o qual impossibilita o uso da voz;

- então, solicite o manual sempre que for necessário, tanto o paciente quanto o familiar, para que ele auxilie na comunicação;



- os horários de visitas são três: manhã, tarde, noite, podendo entrar duas pessoas a cada horário, por 30 minutos, não é permitido o revezamento.

4.5 Categorias

A análise dos dados coletados evidencia a configuração das seguintes categorias e subcategorias, apresentadas no quadro 3.

Categorias	Subcategorias
Processo de orientação	- percepções dos familiares - percepções dos pacientes
Percurso na unidade coronariana	- percepção dos familiares - percepção dos pacientes
Avaliação do manual	- avaliação pelos familiares - avaliação pelos pacientes
Construção do portfólio	- sugestões para o portfólio - confirmação do conteúdo do manual

Quadro 3 – Apresentação das categorias e sub-categorias

4.5.1 Processo de Orientação

4.5.1.1 Percepções dos familiares

Knobel (2006) cita que a hospitalização em UTI pode acarretar alterações psicológicas e sociais, não somente para a pessoa que interna, mas também para seus familiares. O mesmo autor fala que humanizar é também garantir a qualidade da comunicação entre a tríade família/paciente/equipe.

Percebe-se cada vez mais a importância da comunicação no cuidado, que reflete na qualidade da assistência prestada ao paciente e familiar. Com uma escuta adequada e um bom acompanhamento com os familiares, através do acolhimento, prepara-se estas pessoas para o enfrentamento do problema vivenciado, como uma internação em UTI. Para tal se faz necessário o preparo dos profissionais para atuarem junto ao paciente e aos familiares no sentido de minimizar os efeitos e transtornos decorrentes da hospitalização em UTI (ALMEIDA; VELOSO; BLAYA, 2005). Neste momento, serão trazidos alguns dizeres de familiares que manifestam a opinião a respeito do trabalho realizado.

Familiar de **Sol**:

Não sei o que dizer, não quero bajular ninguém, quero falar a verdade, o que me ajudou na cabeça aquela conversa que você teve lá no quarto, pra min foi excelente, comigo nota 10, ajudou, enalteceu, deu força pra gente enfrentar o problema.

Familiar de **Água**:

Meu como ajudou meu Deus eu olhei pra ele assim sabe, tudo o que você falou (...), logo que cheguei me assustei de ver todos os aparelhos, mas logo lembrei que você tinha falado e mostrado foi onde que fiquei mais calma, mas tive que sair pra chorar.

A satisfação dos familiares pelas informações prestadas no período pré-operatório manifesta-se através das falas como uma ação única, com um resultado de extrema importância, contribuindo com o fortalecimento para superarem o momento de grande aflição, dúvidas e incertezas. Um ato simples, que não depende de um tempo grande, com um resultado surpreendente.

A satisfação do cliente, segundo Riviera (1996), é definida como sendo a meta do processo de qualidade como resultado do trabalho oferecido. Desta forma, fica claro que a formação de vínculo através do acolhimento, conforme o que preconiza a Política Nacional de Humanização Hospitalar deve ser seguida. Mas não somente por ser uma política do Ministério da Saúde, mas sim, pelo fato de ser um direito do paciente. Além dos benefícios que essa atitude atribui com a tríade usuário/profissional/instituição, resulta também positivamente na satisfação dos usuários e de seus familiares.

De acordo com Junqueira (2003), existem necessidades de novas relações entre aqueles que cuidam e aqueles que necessitam de cuidados. É necessário que estas relações permeiem o processo de subjetivação do sujeito em sofrimento, instigando o comprometimento de responsabilização na articulação de novas ações de cuidados. O profissional precisa ter atitude e criatividade para inovar e, com isso, surge o acolhimento

como uma estratégia, que favorece a humanização através do encontro entre a necessidade do usuário e a escuta oferecida pelo profissional.

Conforme Merhy (1994), o acolhimento se traduz com a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo estabelecem com os diferentes tipos de usuários, incluindo a família. Isso nos reporta a repensar sobre nossas práticas, ações e atitudes nos diferentes momentos em relação aos familiares e pacientes internados em UTIs, como também na nossa própria formação. Muitas vezes, ao nos comunicarmos com o usuário, utilizamos palavras no diminutivo, aumentamos o tom da voz, sem atentar para a expressão não-verbal que este manifesta.

No período da coleta de dados, a pesquisadora deparou-se com uma situação interessante: um paciente havia estado por vários dias na UTI, recuperando-se de um transplante hepático. Ele esteve por vários dias intubado e, no quarto, ainda com sua fala ausente, a única pessoa que o entendia com facilidade era sua esposa, que traduzia suas necessidades. Ao reconhecer a pesquisadora, ele quis contribuir com seu depoimento escrevendo:

[...] só porque eu não conseguia falar, conversavam comigo gritando e utilizando os termos no diminutivo, isso me deixava muito irritado, pois me tratavam como um débil mental, um retardado, somente porque eu não manifestava a voz por estar com os aparelhos, mas estava lúcido, isso era o que eu sentia com a aquela situação.

Essa situação elucida o despreparo dos profissionais atuantes. Novamente os familiares contribuem com seus dizeres.

Familiar de **Boca seca:**

A tua orientação ajudou bastante, meu Deus, as minhas filhas até perguntaram se o médico tinha dado algum remédio pra mim, não eu to tranqüila. Eu sabia que era isso ali mesmo, porque você havia falado.

Familiar de **Febre:**

Meu pai me acompanhou e me falou o que ele tinha visto e ouvido do livrinho, e foi dizendo vai ser assim, aí tudo que a gente comentava ele dizia não mais isso a moça já me falou [...] Ele estava mais preparado, ele gostou muito.

Familiar de **Medo:**

Ajudou bastante as orientações até minha filha foi junto e eu disse olha isso aqui é o dreno expliquei pra ela, pra passar segurança.

Percebe-se através das falas o grau de satisfação, segurança e de aprendizado demonstrado pelos familiares sobre as orientações prestadas antes do contato com o ambiente

de UTI e seus equipamentos. Como também, pode-se perceber que o grau de ansiedade e estresse, ao verem seus familiares portando tubos, sondas e outros artefatos indispensáveis ao restabelecimento, foi minimizando.

As orientações prestadas às famílias de pacientes internados em UTI, sistematizadas no momento da internação, significa não somente um elemento importante para o cuidado, como, também, um avanço no estabelecimento da relação interpessoal, possibilitando uma comunicação mais efetiva (SILVEIRA; LUNARDI; FILHO; OLIVEIRA, 2005). Dessa forma, contribuindo com a formação de vínculo e com um serviço humanizado, favorecendo o acolhimento dos familiares e pacientes.

Brito (2005) aponta as dificuldades dos enfermeiros em relação às orientações prestadas aos familiares. Esse autor constatou que de 7 enfermeiros, 5 relataram possuí-las. Ele cita como causas: o emocional alterado do familiar; a falta de informação a respeito do paciente; o tempo escasso; o desencontro com familiares e incertezas de poder ou não transmitir questões clínicas a respeito do paciente.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora também pôde evidenciar dificuldades na relação dos profissionais com os familiares. Por esse motivo, ratifica a importância das orientações aos familiares pela vulnerabilidade em que estes se encontram, refletindo diretamente na qualidade do serviço prestado.

Nesse contexto, observa-se uma lacuna na promoção em saúde como uma das ações da integralidade no cuidado com os familiares de pacientes internados na UCO, mantendo ainda um serviço voltado para a assistência em tecnologias duras.

4.5.1.2 Percepção dos pacientes

“A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional” (SILVA, 2004, p.15). Cuidar não é somente realizar uma tarefa que exija habilidade no uso de equipamentos ou na execução da rotina, como banhar um cliente, puncionar um acesso venoso; poderiam ser listados inúmeros cuidados. Mas é também ouvir, acolher e orientar o cliente em qualquer processo de tratamento, ao qual será submetido.

Nas falas a seguir, pode-se perceber a contribuição de uma orientação ao usuário, tornando-o mais seguro e partícipe do cuidado, a partir dos procedimentos aos quais será submetido.

Segundo Tosse:

[...] ali eu tinha muita consciência muito bem da palestra, foi bom, a palestra ajudou muito, bastante ta, a gente já vai consciente.

Segundo Falta de ar:

[...] nós não fomos orientados que se tirasse aquele aparelho do dedo [sensor de oximetria] a máquina apita aí elas vêm atender o equipamento, e aí a gente aproveita.

Segundo Medo:

Ali eu tinha muita consciência muito bem da sua palestra, ajudou muito, bastante ta, a gente já vai consciente.

Por se tratar de um ambiente complexo, com pacientes mais graves e com o uso de equipamentos cada vez mais sofisticados, não se pode hipervalorizar esses recursos. O uso dos equipamentos não pode limitar os profissionais a atenderem apenas os alarmes e sim as necessidades dos pacientes. Silva (2005) salienta que a tecnologia por si não é benéfica nem maléfica, tudo depende do uso que dela se faz, e esta deve ser utilizada de forma criativa e humana.

No ambiente de UTI, no momento que antecede a entrada dos pacientes, é um grande desafio para o profissional transmitir toda a segurança possível para que o paciente tenha uma convalescença menos traumática. As orientações fornecidas pela pesquisadora aos sujeitos participantes no pré-operatório, conforme as falas anteriormente citadas de **Medo, Falta de ar e Tosse**, vem reforçar essa importância.

4.5.2 Percurso na Unidade Coronariana

No ambiente de UTI, o paciente tem inúmeras privações: sensorial, barreiras na comunicação verbal devido o uso do TOT, contenção mecânica privando-o de tocar o próprio corpo e/ou gesticular, contato limitado da família que, na maioria das vezes, nem toca no paciente por não saber se pode. Tudo isso altera sua auto-estima, imagem e sua própria capacidade de recuperação.

Na seqüência veremos como foi essa experiência para a família e para o usuário.

4.5.2.1 Percepções dos familiares

Analisando as falas a seguir, destaca-se a fragilidade emocional dos familiares após as visitas na UCO, e a falta de orientações e de informações sobre o estado em que se apresenta o seu familiar. O que é normal ou anormal, tanto no ambiente como no paciente, influenciam no aumento da vulnerabilidade da família. Comenta familiar de **Sol**:

[...] então você pode estudar alguma coisa lá dentro, o que pode ser evitado através de uma informação, se eu não visse ela lá, com aquela dor, gemendo e eu não poder fazer nada, boca meio aberta meu Deus do céu, aí depois a máscara, a máscara e o cano não é tão assustador, o que assusta mesmo é os relógios lá na parede [válvulas de oxigênio e ar comprimido] [...] tranquilizar a pessoa.

Não basta um ambiente bonito, com cor aconchegante, mobília sofisticada, se não tiver uma equipe de profissionais que acolha a família. Coimbra (2003) ressalta que o trabalho em saúde pode ser um trabalho vivo, quando este não estiver aprisionado a normas, rotinas, organização do serviço, pelo uso de equipamentos, sendo assim capturado pelo trabalho morto. O trabalhador neste contexto não consegue estabelecer seus padrões de assistência, não produz livremente seu trabalho.

Sendo assim, o trabalho vivo na saúde, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva, pode ser desenvolvido através de “tecnologias leves” como ações de acolhimento e uma comunicação mais efetiva e menos técnica. Também pelas “tecnologias leve-duras”, que são os saberes bem estruturados, tendo assim condições de estabelecer ações a partir de seus conhecimentos para uma formação de vínculo, melhorando o relacionamento e minimizando os efeitos que uma internação em UTI acarreta aos familiares.

Quando o familiar de **Sol** se expressa falando fica claro que o trabalho desenvolvido é técnico, fragilizando assim o trabalho vivo:

[...] então você pode estudar alguma coisa lá dentro; o que pode ser evitado através da informação [...].

Segundo o familiar de **Febre**:

Foi horrível né ver ela lá assim em coma induzido e, delirando, recebendo sangue a eu fiquei apavorada [...] eu me apavorei, mas infelizmente tive que vivenciar aquilo, fiquei com muito medo, aí vem um monte de dúvidas na cabeça (...) aí ter que esperar agora até as quatro horas para ver como ela esta, o que mais me assustou além da cena em si a aparelhagem.

Dessa forma o cuidado deve incluir a família, o que aumenta o campo de atuação do enfermeiro intensivista (KNOBEL, 2006). As internações na UTI são acompanhadas por um aumento de estresse, tanto do paciente quanto da família. Mas é esta que, emocionalmente, está mais afetada e desprovida de cuidados, justamente pelas limitações impostas que se configuram e não evoluem nessa unidade de internação por parte dos profissionais.

Comenta familiar de **Medo**:

Foi horrível, chato.

Familiar de **Fome**:

Eu fiquei apavorada, fiquei com muito medo aí veio um monte de dúvidas na cabeça.

Cita o familiar de **Boca Seca**:

Eu sabia que era isso ali mesmo, porque você já tinha falado, eu nunca tinha entrado em UTI.

Comenta familiar de **Água**:

Logo que cheguei me assustei de ver todos os aparelhos, mas logo lembrei que você tinha falado e mostrado foi onde fiquei mais calma [...].

A comunicação entre o profissional de saúde e a família assume caráter de importância cada vez mais relevante, resultando num restabelecimento mais rápido do paciente. O enfermeiro tem que saber se comunicar, pois é o articulador família/equipe de saúde/paciente, contribuindo dessa forma para a saúde do paciente e dos membros da família, seja orientando, educando ou cuidando do paciente e da família (WAIDMAN; STEFANELLI, 2005).

Nas falas a seguir, podemos nos certificar da resistência dos profissionais em adaptar-se em utilizar as novas tecnologias que fogem das convencionais – baseadas em tecnologias duras.

Os familiares de **Sol**, **Febre** e **Falta de ar** relatam a não adesão dos funcionários quanto ao uso do manual, dificultando a comunicação.

Comenta familiar de **Medo**:

Pedi o manual e a funcionária disse que não tem, você tem certeza? Por quê? Ele tá bem. Ai eu deixei.

4.5.2.2 Percepções dos pacientes

O paciente na UTI apresenta suas necessidades básicas alteradas, é despojado de sua privacidade, de sua identidade e vivencia situações não rotineiras. Essas situações geram desconforto e insegurança, que podem desencadear estresse (KNOBEL, 2006).

Nas falas de **Febre** e **Falta de ar** constatamos que as necessidades fisiológicas básicas dos pacientes estão alteradas e com grande intensidade, e que poderiam ser amenizadas pelos profissionais da saúde com cuidados simples, que não exigem muito tempo e nem de equipamentos sofisticados. Como por exemplo, o cuidado em molhar a boca do paciente, soltar as mãos quando estes estão conscientes, orientando-os para não puxarem sondas e tubos. Como, também, proporcionar maior facilidade para gesticularem na solicitação de algumas necessidades, uma vez que a fala está ausente.

Febre comenta:

Me lembrei de você tava amarrado e ai só batia assim com a mão na maca, mas ninguém me via, eu queria perguntar quando eles iam tirar aquilo que tava me sufocando que era insuportável [...] ela vinha e dizia não adianta o senhor tentar falar não dá, nós não escutamos e nós não entendemos o que o senhor quer.

Segundo **Falta de ar**:

Sugestão número um, tem que dizer pro paciente como chamar as atendedoras porque isso (campanha) ali não existe na UTI, meu parceiro de UTI teve problema de calor, foram lá e ligaram o ar condicionado e carceram fora, ficaram de perfil pra mim, ai eu batendo com a mão em cima da grade da cama [...] e daqui a pouco comecei a tremer de frio [...] erro delas atenderam ele e saíram fora, chegassem até mim e perguntasse qual a minha necessidade é isso o que eu pensava de unidade de terapia intensiva, ficaram de perfil pra mim e não me viam, não podia falar, não fomos orientados que se tirasse o bagulho do dedo (sensor do oximêtro) a máquina apita ai elas vêm ver o que é.

Assim podemos conceituar como sendo as Necessidades Humanas Básicas, estados de alterações, que o usuário de UTI e sua família enfrentam, resultantes dos desequilíbrios dinâmicos dos fenômenos vitais que precisam de atendimento, os quais podem ser de nível psicobiológicos, psicossocial ou psicoespiritual. As NHB são universais, podendo estar latentes, ser inconscientes ou conscientes, verbalizadas ou não (FELISBINO, 1994).

A falta de sensibilidade dos profissionais fica muito clara, pois analisando a fala de **Febre**, a angústia demonstrada é enorme. Sem poder falar e com os movimentos das mãos restritos devido à contenção mecânica, batendo nas grades da cama, ele não está somente chamando, está implorando para que alguém atenda suas necessidades daquele momento. Está gritando por ajuda. E o que recebe é uma resposta totalmente desumana, sem nenhum esforço para compreendê-lo e, pacientemente, tem que suportar suas dúvidas, inseguranças e sintomas até que possa expressar-se verbalmente.

Um outro conceito que se faz necessário elucidar é da humanização, para tal, cito Deslandes (2004, p.8):

Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implicam ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes.

Assim humanização do cuidado ao paciente em UTI implica reconhecer e atenuar os fatores estressores (ALMEIDA; VELOSO; BLAYA, 2005). Ouvi-los sempre que possível e acatar suas sugestões, buscar estratégias e ações. Somente dessa forma conseguiremos diminuir as necessidades dos usuários que precisam de internação em UTI.

A equipe que trabalha em UTI atende a um número menor de pacientes devido ao grau de exigência e de complexidade destes, para que possa concentrar seu tempo não somente nos cuidados técnicos, mas no cuidado integral. Estudos apontam uma sobrecarga de trabalho em UTIs com uma proporção de enfermagem de 1 para cada 3 pacientes, aumentando o risco de complicações nos pacientes (LASELVA; JÚNIOR; SPOLAORE, 2005).

Com a sobrecarga de trabalho dos profissionais, apontada na análise do quadro 1, com a grande maioria trabalhando em dois empregos e permanecendo por várias horas sem dormir, aumenta o risco de iatrogenias.

A falta de conhecimento, habilidade e competência individual, motivação e atitude, saúde física e mental são fatores importantes que podem predispor a eventos adversos, os fatores pessoais que levam a erros são desatenção, distração, preocupação, esquecimento, fadiga e estresse (LASELVA; JÚNIOR; SPOLAORE, 2005, p.61).

Fatores esses que podem ser resultante da sobrecarga agregando-se a dois empregos. Os mesmos autores conceituam iatrogenia:

Aquela que ocorre pela ação do profissional da saúde, desde a relação com o paciente, passando pelo diagnóstico, terapêutica, até a prevenção. Caracteriza-se por imprudência ou imperícia do profissional da saúde. Essas iatrogenias estão mais frequentemente associadas aos riscos gerados por procedimentos, cirurgias, má interpretação de informações clínicas e de exames subsidiários (LASELVA; JÚNIOR; SPOLAORE, 2005, p.60).

Acrescentam, ainda, que pacientes internados em UTIs possuem uma exposição maior a erros devido ao uso de drogas de uso exclusivo em pacientes nestas situações, associado ao intenso trabalho e com múltiplas interações entre os pacientes e os funcionários. E devido às barreiras na comunicação, as chances de usuário se defender diminuem (LASELVA; JÚNIOR; SPOLARE, 2005).

São inúmeras as situações que predispõem ao risco de iatrogenias no trabalho de enfermagem, sendo elas as ações que lhes são próprias delegando a outros profissionais; a supervalorização das atividades gerenciais determinadas por pressão institucional; a desmotivação e ou desinformação; a ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem. Como, também, a incumbência de cuidados sem uma supervisão adequada; a dicotomia entre a formação acadêmica e o efetado na vida profissional; a sobrecarga de trabalho congruente ao esvaziamento do cuidado direto a clientela; o não respeito às leis do exercício profissional e uma baixa auto-estima e valorização profissional (MADALOSSO, 2000).

Corroborando o autor, salientamos também como fatores contribuintes a essas situações que favorecem os riscos, os constantes avanços tecnológicos científicos, tornando cada vez mais complexo e sofisticado o nosso aparato de trabalho. O aperfeiçoamento dos profissionais é necessário a esse enfrentamento, todavia não atingindo a mesma velocidade e complexidade dos avanços. Além do mais, ocorre uma alta rotatividade dos profissionais de enfermagem, dificultando a qualificação da equipe. Madalosso (2000) cita que essa situação assume uma conotação negativa por sua estreita relação com situações de omissão, imperícia, negligência, imprudência. Refletindo sobre o tema, reporto-me a enfermagem que atua diretamente 24 horas e com inúmeras intervenções, sendo um número maior que os demais profissionais.

A necessidade de contenção mecânica no leito se faz necessária para evitar possíveis iatrogenias, como a retirada do tubo orotraqueal. Mas deve-se considerar sempre se há necessidade, avaliando as possibilidades de manter as mãos soltas no caso de lucidez e cooperação do paciente (LUCINIO; PAGANO; FRANCO, 2005).

Medo comenta sobre sua experiência:

Foi super agitado, aquele tubo na boca dá a sensação de que aquilo tá fechando a garganta e arranhando a garganta, e aquela máquina pressionando ar pra dentro [...] tinha as mãos amarradas sabe fazia assim né [gesticula para demonstrar escrever] tentei escrever [...], mas olha eu sei que passei muito trabalho ali dentro,

naquele momento de recobrar a consciência, o aspirador é ruim mas é um fresco perto do tubo.

A grande maioria dos sujeitos refere como sendo as principais dificuldades, o tubo me machucava, queria pedir água, foi a sede, as mãos amarradas. (**Sol, Sede, Fome, Boca Seca, Tosse, Febre, Medo, Falta de ar**).

Para Stefanelli (2005, p.113), “as barreiras à comunicação são fatores que podem impedir limitar ou retardar o desenvolvimento do processo de comunicação entre as pessoas”. Fica evidente, pelas falas da grande maioria dos entrevistados, como uma grande dificuldade o uso dos tubos, sondas, impossibilitando a fala, além da restrição do uso das mãos para gesticular e ou escrever. Ainda, Stefanelli (2005, p.113) cita que “a limitação do emissor ou receptor localiza-se em quaisquer dos elementos do chamado “aparelho de comunicação”, que inclui aparelho fonador, capacidade de escrutínio, memória e tomada de decisão”.

No caso dos sujeitos pesquisados, as barreiras ocorrem, devido à deficiência orgânica do emissor em enviar a mensagem. Em contrapartida, o receptor não tenta decodificar a mensagem enviada, de forma não-verbal, pelo usuário (bater nas grades da cama), talvez por estar com sua atenção direcionada a outros problemas. Ou, ainda, por estar esgotado pela sobrecarga de trabalho, como descrito na análise do quadro 1, pois a grande maioria dos trabalhadores possui dois empregos, muitas vezes, trabalhando 30 horas contínuas.

Nesta situação se houvesse a adesão dos profissionais na utilização do manual de comunicação com pacientes em TOT, disponibilizado para o estudo, esse seria a forma de enviar a mensagem, facilitando a decodificação pelo receptor.

O paciente **Boca seca** deu seu depoimento:

Tinha três coisas ali dentro, três tubos que puxava, fazia força com a boca, mas a voz não saía, a pior coisa foi a boca seca e não davam água, e tinha que ficar com as mãos amarradas.

O desconforto do paciente com o uso dos tubos e sondas no nariz ou na boca pode ser minimizado por meio da orientação prévia ao paciente sempre que possível (KNOBEL, 2006). Explicar ao paciente e à família a indicação da intubação e dos procedimentos, elucidar riscos e benefícios, oferecer tempo para esclarecimento de dúvidas são medidas que diminuem a ansiedade da família e do paciente, proporcionando maior cooperação (ALVES; MAGUETA; BASTOS, 2005).

4.5.3 Avaliação do manual

A tarefa do profissional da enfermagem é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequados e coerente com suas necessidades. Para tanto é necessário estar atento aos sinais de comunicação verbal e não-verbal enviados por eles e por você durante a interação, evitando uma linguagem unidirecional, ou seja, somente pelo profissional que assiste ao paciente (SILVA, 2002).

4.5.3.1 Avaliação pelos familiares

Ao terem acesso às orientações e ao manual ilustrado, a pesquisadora percebeu que os familiares deixaram de se sentir como meros coadjuvantes do processo e tornam-se protagonistas, por estarem sendo de, alguma forma, preparados e instrumentalizados para o enfrentamento do problema.

Dos três princípios do SUS, o da Integralidade tem especial significação, pois converge ações e serviços interinstitucionais, para a articulação de seus processos de trabalho através da utilização de “tecnologias leves, leve-dura, e duras”; mantendo sempre um equilíbrio entre elas, em especial quando nos reportamos para a assistência em Unidade de Terapia Intensiva.

A importância atribuída ao manual e aos esclarecimentos para sua utilização está ilustrada pelas seguintes falas:

Meu Deus esta cartilha ali tua [pegou o manual e foi mostrar para o outro paciente e a esposa da cama ao lado e explicou como funcionava muito empolgada] parabéns puxa, tudo é bom (Fome).

Com certeza, meu Deus eu to pedindo isso eles não tão trazendo, agora vou ser atendida (...) nota 10 (Sol).

Não, não isso ali vai ajudar muito, eu achei átimo (Sede).

Ao definir acolhimento como ouvir, aceitar, atender, considerar, o mesmo passa a englobar a noção de proximidade entre trabalhador, usuário e família, a partir de uma assistência que englobe as diferentes demandas e promova uma escuta de suas necessidades e

busque resolutividade para as mesmas. O acolhimento não é apenas receber bem, implica também num atendimento humanizado e resolutividade da necessidade de saúde de cada indivíduo, incluindo o familiar (MATUMOTO, 1998).

De acordo com Merhy (1994), uma ação resolutiva não se limita apenas à conduta clínica, mas também, as possibilidades de utilizar tudo o que se dispõe para amenizar o sofrimento e as causas reais do problema, seja do paciente ou do familiar. As ações devem trazer benefícios e satisfação aos pacientes e seus familiares.

4.5.3.2 Avaliação pelos pacientes

Segundo Silva (2002, p.16), “como as pessoas dificilmente falam sobre os seus sentimentos, o profissional de saúde precisa estar atento à linguagem corporal do paciente e aprender a distinguir, em cada contexto, quais são os sentimentos dele”. Sem essa percepção, o profissional não conseguirá decodificar os sinais não-verbais emitidos pelo paciente, que o ajudarão a planejar a assistência do cuidado. Porém, de posse de uma “tecnologia leve-dura”, como no caso do manual disponibilizado durante a pesquisa, esse auxiliaria na comunicação.

Os pacientes deram suas opiniões sobre o material.

Para **Água**:

[...] é muito, muito bom é uma coisa muito bem feita, apóia a família, tudo é bom.

Para **Boca Seca**:

[...] eu acho uma coisa bem boa isso ali, é uma boa, tranqüilo, é só pedir né quando quer alguma coisa e não pode pedir.

Para **Sede**:

Sim, meu Deus é muito aquele livro, meu marido adorou aquele livrinho, aquele livrinho é muito bom porque passa ali na frente e mostra, ai a pessoa faz sinal, aquilo é a coisa mais ótima, olha ali e já sabe o que é, nós gostamos muito.

Para Silva (2002, p.47), “os autores subdividem diferentemente os sinais não-verbais, porém, entendem a comunicação não-verbal como tudo aquilo que pode ter significado para o emissor ou receptor, exceto as palavras por elas mesmas”. O uso do manual proposto no estudo como forma de comunicação foi aprovado tanto pelo paciente como pela família, contentamento esse manifestado nas falas.

*É interessante, pode insistir que vale a pena, com a tua orientação e sabendo que pode usar aquela ferramenta lá dentro é interessante, o manual auxilia, no começo tinha calor, tirou o cobertor e ai gelou de tal forma, passei frio (**Medo**).*

*Sugestão número dois tem que botar logo aquele negócio que você sugeriu com os desenhos, se não vão chutando, vão chutando, e aquilo vai irritando, então esse negócio ai do livrinho ali o, tem que botar isso em funcionamento meio logo, tem passar um baixo assinado, eu tentando dizer que queria escrever ela viu, mas ela não, é muito importante (...) não é uma coisa cara (**Falta de ar**).*

Esta fala evidencia a urgência da otimização na comunicação com esta população. A importância dada ao manual foi tamanha que até fez emergir a sugestão de se fazer um abaixo assinado para efetivar o uso do mesmo pela equipe de saúde, contribuindo assim com a interação entre paciente/profissional. A urgência com que o usuário manifesta-se é surpreendente, depois do mesmo vivenciar a experiência de suas limitações, dificuldades e necessidades não supridas pela ausência da fala:

*É uma idéia muito boa, pro paciente que tá assim é muito importante esse sistema, muito mesmo ta, e você faz meio logo, sistema em forma de desenho fica muito bom, porque os desenhos são grandes pra quem tá com problema de enxergar, só funciona com óculos e ta sem os óculos, é bom tá loco é muito útil, aprovadíssimo (**Tosse**).*

*Sim, ajudou, porque não podia falar (**Febre**).*

Pacientes internados em UTIs, de certa forma, perdem parte de sua identidade, pois ao dar entrada são retirados todos os pertences de uso pessoal, inclusive óculos, bem lembrado por **Tosse**, considerando que os desenhos do manual são grandes e coloridos, facilitando a visualização.

Segundo Silva (2002, p. 22), “antes de o homem desenvolver a linguagem falada, já expressava suas necessidades básicas, sentimentos e crenças por meio da linguagem corporal, gestual e de expressões faciais”. No nosso dia-a-dia utilizamos intensamente a linguagem não-verbal, com nossos familiares, amigos, de formas variadas: pensamos no olhar, o quanto ele fala, o beijo e seus significados; enfim essa linguagem está constantemente nas atitudes do nosso cotidiano. Muitas vezes passa despercebida, pelo fato de que falamos mais do que ouvimos ou do que percebemos. E é esse exercício que deve ser praticado na área da saúde, em especial, para com os clientes momentaneamente incapacitados de utilizar linguagem verbal oral.

4.5.4 Construção do portfólio

A participação dos sujeitos na construção de recursos para melhoria das ações na assistência é fundamental, pois são eles que experienciam e que sabem melhor que ninguém da sua singularidade. Eles podem sinalizar o que precisa ser feito para contribuir com o bem-estar e a melhora da auto-estima.

4.5.4.1 Sugestões para o portfólio

Bota uma mão com caneta, não olhavam pra minha mão, tentava adivinhar, uma maneira de chamar as atendentes (Falta de ar).

A utilização da comunicação escrita é recomendada, bem como a utilização de dispositivos visuais de comunicação, como figuras associadas às atividades rotineiras (LUCINIO; PAGANO; FRANCO, 2005).

Eu queria perguntar quando eles iam tirar aquilo que tava sufocando, que hora era um relógio, quanto tempo passou da cirurgia, a gente fica totalmente na horizontal, assim uma elaboração se quer que levante a cabeceira da cama (Tosse).

Dreyer e Zunigã (2005) salientam a importância de orientar o paciente no tempo e espaço, permitir períodos de repouso ininterrupto, dar explicações simples dos procedimentos realizados, facilitar a comunicação tátil, minimizar o barulho do ambiente. Assim como, tranquilizar o paciente e controlar cuidadosamente as conversações, fornecer relógios de parede visíveis diminuem o estresse gerado pela internação nessa unidade.

Quanto ao uso da intubação traqueal associado à ventilação mecânica, a cabeceira da cama deve ficar elevada de 20 a 30 graus, sempre que possível, pois facilita a expansão pulmonar e pode auxiliar na precaução de bronco aspiração de conteúdo gástrico (LUCINIO; PAGANO; FRANCO, 2005).

A cabeceira elevada deve ser mantida em média de 30 graus para facilitar o retorno venoso, além do benefício da expansão pulmonar (ANTUNES; PAGANO; FRANCO, 2005), melhorando, com isso, o conforto do paciente com uso do TOT.

O tubo incomodava deve ter ali é muito importante, ali dentro deve ter vômito, náuseas (Medo).

A fixação adequada do tubo traqueal com cadarço ou dispositivo apropriado previne a extubação acidental e diminui o desconforto causado, como náuseas e vômitos. Sendo essa uma queixa comum a todos os pacientes (LUCINIO; PAGANO; FRANCO, 2005).

*Eu fazia sinal [mostra indicando a boca] assim ela trazia e **molhava a boca (Febre)**.*

*A pior coisa foi a **boca seca**, queria tomar **água (Água)**.*

*Sentia um pouco de medo, também a primeira vez que a gente vai né, não é fácil, quer fugir, também tive **tosse (Sede)**.*

A necessidade de hidratação foi mencionada por diversos pacientes, essa dificuldade parece estar diretamente associada à dificuldade de os pacientes estabelecerem uma comunicação adequada com a equipe, estando restritos quanto a transmitir mensagens e expressar seus desejos.

Sendo assim, devemos considerar a importância da comunicação e, sempre que possível, estabelecer uma forma ou método que deveria ser escolhido com o paciente e ensinado antes da intubação, no período pré-operatório, para posteriormente utilizar como objetivo para aliviar a frustração, angústia e ansiedade (DREYER; ZUNIGÃ, 2005).

4.5.4.2 Confirmação do conteúdo do manual

Uma importante constatação dos sujeitos pesquisados, no período de intubação foi a associação desta com as necessidades básicas afetadas. Algumas dessas necessidades são citadas pelos pacientes. Elas acabam coincidindo e reforçando a percepção anterior da pesquisadora.

***Sol, Sede, Fome, Boca seca, Tosse, Febre**, citaram sede, reforçando itens existentes no manual.*

***Água, Boca seca, Febre**, relataram sensação de sufocação, falta de ar, devido ao uso do TOT.*

*[...] aconteceu um incidente meu parceiro teve problema de calor (...) ligaram o ar condicionado (...) comecei a tremer de frio (**Falta de ar**).*

*Muita dor (**Medo**).*

Eu tinha medo que arreventasse a cirurgia, quando ia tossir, medo, nossa Senhora e dor (Sol).

Sede, muita sede, aquele tubo que tinha que agüentar na boca (Sede).

O cliente em uso de ventilação mecânica está sujeito a uma carga de estresse considerável. O medo de situações desconhecidas, como a morte e a dor, deverão ser consideradas pela equipe de enfermagem, que permanece o maior tempo junto aos pacientes. Os profissionais deverão transmitir confiança, construindo uma relação entre paciente e família (DREYER; ZUNIGÃ, 2005).

O conforto foi prejudicado e citado pelos sujeitos da pesquisa pela presença da dor, frio, calor, falta de ar e medo. Esse desconforto é acentuado quando a capacidade de mobilidade se torna limitada, impossibilitando os pacientes de se moverem satisfatoriamente no leito, ainda associado a contenção mecânica das mãos, limitando os gestos que contribuiriam para auxiliar na comunicação e expressão das suas necessidades.

4.6 Construção do portfólio⁵

A análise dos dados coletados neste estudo possibilitou a atualização do manual ilustrado, com o qual iniciamos o processo da pesquisa. Das 11 figuras iniciais, chegamos a um total de 25 ilustrações. A participação tanto dos pacientes quanto dos familiares foi fundamental para esse percurso de aperfeiçoamento. O estudo conclui, disponibilizando um portfólio que classificamos como “tecnologia leve-dura”, segundo a classificação proposta por Mehry (2002).

Esta tecnologia tem a intenção de contribuir para melhorar e, talvez, efetivar a comunicação entre a equipe de saúde, os familiares e os pacientes com restrições quanto à comunicação verbal oral.

⁵ Conforme Dicionário Aurélio – Século XXI (CD): “material diverso que se utiliza para apresentação profissional ou comercial”. Em inglês, os seus significados incluem: “a set of pictures that an artist, photographer, et...use as examples of his or her work...” (LONGMAN, A.W. **Dictionary**. Harlow: Longman, 1998, p.508).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desta pesquisa foi à comunicação não-verbal como “tecnologia leve-dura” em uma instituição hospitalar do Vale do Itajaí - referência em cardiologia. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

As Unidades de Terapia Intensiva tem como função atender usuários com maior gravidade. Por esse motivo são muito bem equipadas com “tecnologias duras” necessárias para restabelecer as condições fisiológicas dos usuários, independente de qual seja a origem desses distúrbios.

O estudo teve como objetivos: validar o uso de um manual desenvolvido em experiência preliminar pela pesquisadora, enquanto enfermeira intensivista, para viabilizar comunicação com pacientes em uso do Tubo orotraqueal; avaliar o uso do manual com usuários-família-equipe; observar a equipe na comunicação com o paciente em intubação orotraqueal; identificar as necessidades de comunicação do paciente, família e equipe; implementar o manual já existente, para configurar-se na construção de um portfólio. Atingindo, portanto, com êxito os objetivos propostos.

A metodologia utilizada mostrou-se eficaz sendo adequada para este tipo de estudo. Através dos dados obtidos pela observação e registro em diário de campo, contextualizou-se o cenário da pesquisa, a unidade coronariana e a equipe. Também realizou-se a análise de como a equipe de enfermagem se comunica com a família e os pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca imediato, em uso do TOT. Observou-se que a comunicação com o paciente acontece na forma de adivinhação, pouca interação através da fala e algumas vezes com auxílio de pincel atômico e papel fixado em prancheta (escrita). Com relação à família, as orientações são fornecidas geralmente pelo médico, tanto no pré como no pós-operatório e, freqüentemente, com o uso de linguagem técnica.

Com relação à equipe de enfermagem, constatou-se sobrecarga de trabalho, pela carga horária intensa resultante da associação de dois vínculos empregatícios, com uma variação de 12 a 30 horas contínuas de trabalho. Do corpo técnico, formado por 18 funcionários, 16 têm dupla jornada de trabalho. Dos 6 enfermeiros, 4 possuem dois empregos. Lembrando que não se limitam a esta carga de trabalho, sendo que a maioria são mulheres, casadas e com filhos, que também desenvolvem atividades do lar. Esta sobrecarga provavelmente reflete diretamente na assistência aos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, onde a atenção precisa ser redobrada pela gravidade e dependência dos usuários.

As políticas institucionais deveriam, em conjunto com os órgãos que regem a profissão, rever a carga horária e o piso salarial, levando em consideração os riscos de iatrogenias que estes profissionais estão expondo os pacientes e a eles próprios.

Através da entrevista os dados obtidos foram agrupados por afinidade e definiram-se as categorias e subcategorias, como se segue: 1.^a categoria: processo de orientação. Esta obteve como subcategorias: “percepções dos familiares” e “percepções dos pacientes”. 2.^a categoria: percurso na unidade coronariana. Esta foi dividida em duas sub-categorias: “percepções dos familiares” e “percepções dos pacientes”. 3.^a categoria: avaliação do manual. Esta teve as seguintes subcategorias: “avaliação pelos familiares” e “avaliação pelos pacientes”. E, por fim, a 4.^a categoria: construção do portfólio. As subcategorias dessa foram: “confirmação do conteúdo existente do manual” e “sugestões para o portfólio”.

Ao realizar a pesquisa, encontramos algumas dificuldades, como a não adesão da equipe de enfermagem em utilizar e contribuir na construção do portfólio. Outra dificuldade foi a de visualizar os princípios do SUS em serviços terciários, em especial o da integralidade. A grande maioria dos autores refere-se somente aos serviços de atenção primária e secundária quando abordam sobre o tema. Percebo uma lacuna neste contexto, que não deve ser esgotado, merece mais estudos para a adaptação e construção da integralidade em nível terciário, sendo que esse conhecimento e entendimento precisam ser ampliados entre os profissionais da saúde.

Conclui-se com este estudo que a comunicação não-verbal com esta população é deficitária, podendo o fato estar relacionado à formação dos profissionais, estando esta mais centrada no âmbito tecnicista e biologicista. Outro fator a ser considerado é a excessiva jornada de trabalho, que resulta na falta de concentração e um reducionismo na elaboração dos diversos cuidados a serem prestados. Outro ponto a ser considerado é a falta de sistematização dos cuidados de enfermagem.

Portanto os dados obtidos permitiram concluir que, durante o período em que o paciente está em uso do TOT, fica deficitário o suprimento das necessidades básicas afetadas, dentre elas, a comunicação. A maioria dos sujeitos relatou dificuldades para estabelecer o processo de comunicação neste período, de se expressar e ser compreendido, explicitando através dos dizeres a importância do manual apresentado a eles no pré-operatório como instrumento facilitador para comunicação. Também contribuíram significativamente com informações para a implementação do manual e, conseqüentemente, para a construção do portfólio.

Quanto aos familiares, estes precisam sem dúvidas, de atenção e cuidados, pois a vulnerabilidade e estresse, durante a internação de um membro da família em UTI, são reações normais a todas os sujeitos. Contudo, constatou-se que as orientações e informações sobre a evolução do quadro clínico do paciente, do ambiente de UTI e suas tecnologias reduzem a angústia. Como também, há uma maior satisfação, refletindo na qualidade da assistência e do cuidado prestado.

É válido acrescentar que existe a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas que forneçam subsídios para intervenções que permitam melhor desempenho do processo de comunicação.

A comunicação não-verbal deve ser mais explorada na formação e na qualificação dos profissionais da saúde, em especial, os que trabalham com pacientes que apresentam restrições da comunicação verbal oral.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. S. D.; MAGUETA, C. A.; BASTOS, E. Intubação traqueal. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.117-119.

ALTHOF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHCK, R. G. **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-livro, 2004.

ALMEIDA, P. F.; VELOSO, N. W. J.; BLAYA, P. R.: Humanização em UTI. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.39-45.

ANTUNES, T. S. R.; PAGANO, C.; FRANCO, A. Ventilação mecânica. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.131-143.

BARBOSA, S. F. **Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência de viver com cliente internado em UTI**. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 1995.

SMELTEZER, C. S.; BARE, G. B. **BRUNNER/SUDDARTH: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. V. 1, Guanabara/Koogan, Rio de Janeiro, 1993.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Constituição de 1988**. Brasília: República Federativa do Brasil, 1988.

BÍBLIA SAGRADA, traduzido em português por: ALMEIDA, F. J. sociedade bíblica do Brasil, Brasília-DF, 1969.

BRASIL. **Lei N° 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de assistência á saúde. **Manual de humanização: Humaniza - SUS, PNHAH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, S. Suporte nutricional. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.167-195.

CAMPOS, A. E. C. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569-583, 2003.

CAVENACCI, M. **Antropologia da comunicação visual**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CECILIO, O. C.L.; MERHY, E. E.; A Integralidade como eixo da gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, 2003.

CINTRA, E. A; NISHIDE, V. M; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

COIMBRA, C. C. V. **O Acolhimento no centro de atenção psicossocial**. 171f. Dissertação (mestrado programa de pós-graduação de Enfermagem psiquiátrica) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

DREYER, B.; ZUNIGÃ, P. G. Q. Ventilação mecânica. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.351-366.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 9. n. 1, p. 7-14, 2004.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FELISBINO, E. J. **Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: EPU, 1994.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, J. R. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GALVÃO, J. **O Segmento de saúde para o desenvolvimento Regional no município de Blumenau SC: a participação do Hospital Santa Isabel**. 2003. 116f. Dissertação (mestrado programa de pós-graduação em Desenvolvimento Regional de Blumenau) Universidade Regional de Blumenau, SC, 2003.

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

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.: Resilience and child abuse. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, 2003.

LASELVA, R. C.; JÚNIOR, M. F. D.; SPOLAORE, G. H. E. Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de Iatrogenias. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.59-65.

LONGMAN, A.W. **Dictionary**. Harlow: Longman, 1988.

LUCINO, M. N.; PAGANO, C.; FRANCO, A. Ventilação mecânica invasiva. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 131-143.

LUZ, M.T.. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje, In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. (ORGS). **Cuidado: fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

KNOBEL, E. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MALTA, D. Acolhimento: uma re-configuração do processo de trabalho em saúde usuário-centrado. In: Reis, A.T. (org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-159.

MADALOSSO, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Revista Latino – Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p.11-17, 2000.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde 1998. 226f. Dissertação (mestrado em programa de pós-graduação de Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTERIO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde**, v. 12, n. 2, p.342-335, 2006.

MAGALHÃES, A. M. P. B.. **Humanização em cuidados intensivos**. São Paulo: Revinter Ltda, 2004.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117- 160.

MENDES, E.; JUNQUEIRA, C. A. L. **Comunicação sem medo**: 3 ed. Porto Alegre: Infinito, 1999.

MEZZOTO, A. A.: **Fundamentos da humanização hospitalar uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, S. C. M. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Rio de Janeiro: Vozes Ltda, 2004.

MINUCHIN, S. **Famílias: fundamentos e comportamentos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado á saúde**: 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. **Modelos ideais versus práticas eficazes: o desencontro entre gestores e clientela**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 191).

PINHO, J. B. **Comunicação nas Organizações**. Viçosa (MG): UFV, 2006.

POLIT, F. D.; BECK, T. C.; HUNGLER, P. B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

PRADO, D. **O que é família**. São Paulo: Abril cultural, 1995.

RATTON, J. L. A. **Medicina intensiva**. Rio de Janeiro: Ateneu, 1992.

RIGACCI, B. S.; GALLANI, J. B. C. M.; COLOMBO, R. C. R. O paciente coronariopata. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.271-304.

RIVIERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 3, p.357-352, 1996.

SANCHEZ, M. C. **Regulação como instrumento das políticas públicas do estado contemporâneo**: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SARACENO, C. **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 1997.

SILVEIRA, R. S., LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D.; OLIVEIRA, A. M. N.: Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC), 14 (n. esp.): 125-130, 2005.

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

SILVA, JR., A. G. S.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde, In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado**. 2. ed., São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, J. R. A. G. S.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SOLIMENE, M. C.; LUZ, P. L. Peculiaridade da doença arterial coronariana na mulher. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n.1, jan./mar. 1999.

STANHOPE, M. **Teorias e desenvolvimento familiar**: enfermagem comunitária; promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos. 1. ed. Lisboa: Lusociência, 1999.

STEFANELLI, M. C. **A comunicação com paciente**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.

STEFANELLI, M. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri (SP): Manole, 2005.

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

ANEXO

CERTIFICADO COMISSÃO DE ÉTICA



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO,
EXTENSÃO E CULTURA**Certificado**

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Comunicação não verbal como tecnologia leve-dura.", da pesquisadora **Rosana Martineli**, com a orientação da Professora Rosita Saupe, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 99/2007 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

CAAE – 0039.0.223.000-07

Itajaí (SC), 22 de junho de 2007.

Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho
Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura

Prof.ª Dr.ª Márcia Maria de Souza
Coordenadora da CEP/UNIVALI

APÊNDICES

Apêndice A

FIGURAS UTILIZADAS NO INSTRUMENTO

FOME



MEDO



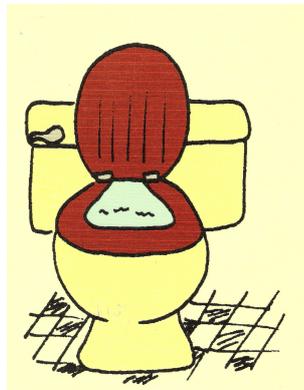
FEBRE



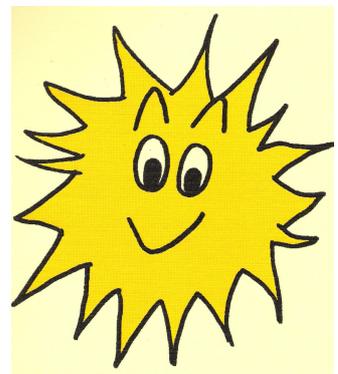
FRIO



XIXI



CALOR



FAMÍLIA



FALTA DE AR



SEDE



DOR



DIA



MOLHAR A BOCA



ERGUER CABECEIRA



TUBO



ESCREVER



VISITA



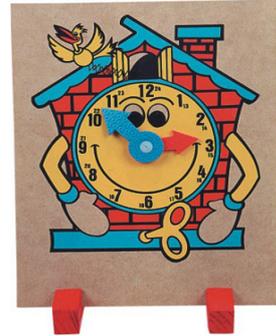
BOCA SECA



ÁGUA



HORAS



CAMPAINHA



SUFOCANDO



TEMPO



TOSSE



VÔMITO



NÁUSEAS



Apêndice B

DIÁRIO DE CAMPO

Data:		Hora de início:		Hora de término:	
PARTE DESCRITIVA			PARTE REFLEXIVA		
1. Descrição do espaço físico		1. Reflexões sobre o método			
2. Descrição dos sujeitos		2. Reflexões sobre a análise			
3. Descrição das atividades realizadas		3. reflexões sobre conflitos e dilemas éticos			
4. Reconstrução dos diálogos		4. Reflexões sobre o ponto de vista do observador			
5. Acontecimentos particulares		5. Pontos para clarificação			
6. Comportamento do observador					
MEMORANDOS					

Apêndice C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto:

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL COMO TECNOLOGIA LEVE-DURA

- Pesquisador Responsável: Rosana Martineli
- Telefone para contato: 047- 33305854, 99774224
- Esta pesquisa tem como objetivo, implementar um instrumento para facilitar a comunicação com pacientes em uso de tubo orotraqueal, quando estão impossibilitados de falar.
- Não haverá riscos, lesões e ou prejuízos.
- Tem como benefícios: com a participação na pesquisa auxiliar na melhoria deste processo de comunicação.
- A pós o termino da pesquisa disponibilizo o resultado aos sujeitos envolvidos e a instituição.
- O procedimento realizado será de forma simples, sem contato físico, somente dialogado e o uso do instrumento já existente.
- O período de participação será de maio a dezembro de 2007, terá sigilo absoluto, e terá o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/ tratamento usual.
- Nome do Pesquisador: Rosana Martineli
- Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Apêndice D

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 Dados de Identificação do Participante	
Nome:	
Idade:	Sexo:
Profissão:	Escolaridade:
2 Questões Referentes à Pesquisa	
1) Qual foi a maior dificuldade para a comunicação durante o período do uso do TOT?	
2) O instrumento auxiliou na comunicação? Como e/ou Por quê?	
3) O que você pensa sobre esse instrumento? Qual a sugestão para melhorar ?	
4) O instrumento ajudou na sua comunicação com o paciente? De que forma	
5) Em sua opinião ele deve ser utilizado?	
6) Como você se sentiu utilizando o instrumento? Faltou alguma figura para implementação do mesmo.	

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)