



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Lorena Paulo dos Santos Lima

Ambiente como espaço gerador de influências:

Um estudo sobre a comunicação na enfermagem

Rio de Janeiro

2016

LORENA PAULO DOS SANTOS LIMA

**Ambiente como espaço gerador de influências: Um estudo sobre a
comunicação na enfermagem**

Relatório final de Dissertação apresentada junto ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Rio de Janeiro

2016

Lima, Lorena Paulo dos Santos.

L732 Ambiente como espaço gerador de influências: um estudo sobre a
comunicação na enfermagem / Lorena Paulo dos Santos Lima, 2016.

115f.; 30 cm

Orientadora: Nélia Maria Almeida de Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Enfermagem. 2. Comunicação. 3. Ambiente. I. Figueiredo,
Nélia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do
Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de
Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

Agradecimentos

A Deus, por estar comigo em todos os momentos da minha vida, me abençoando e fortalecendo a cada dia.

Aos meus Pais, Denise e José Carlos, meus amores, por acreditarem em mim, pela educação que me deram e por me ensinarem a ser a pessoa que sou hoje, por me apoiarem sempre e me amarem incondicionalmente. Amo vocês!

À minha orientadora Professora Dr^a. Nébia Maria, não só pelas orientações, mas por toda a paciência, gentileza, ensinamentos, incentivo, inspiração e exemplo. Agradeço por todos os ensinamentos que me transmitiu, sempre com humildade e muito carinho. Sem palavras para agradecer pelo que fez por mim, por ter insistido e me motivado a concretizar esse projeto na minha vida, jamais esquecerei e serei eternamente grata. Vou levá-la eternamente em minha vida!

Aos meus irmãos Carlos Felipe e Larissa, meu agradecimento especial, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Vocês me trazem leveza para viver a cada dia. Amo vocês!

Ao meu marido, Carlos Junior, por me ajudar por muitas vezes durante o desenvolvimento do meu trabalho, me ajudando a encontrar palavras para dizer o que queria e me incentivando sempre! Amo você!

Ao corpo docente da UNIRIO, que me proporcionou tanto crescimento e aprendizado, desde a graduação. Em especial à Prof. Teresa e Prof. Joanir, que me acompanham desde a graduação, sempre foram pessoas que admirei muito e tenho orgulho em tê-las hoje em minha banca.

Aos Docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro pelos conhecimentos transmitidos e pela formação científica.

À Banca Examinadora pelas contribuições e disponibilidade.

RESUMO

Considerando que a Enfermagem é a profissão que maior parte do tempo está junto aos clientes, principalmente no ambiente hospitalar, ela poderá revelar mais e maior comunicação com eles, já que o cuidado oferecido neste ambiente e as relações interpessoais estabelecidas neste cotidiano revelam que, para uma efetiva comunicação entre paciente e profissional, são necessárias a escuta, a presença e a sensibilidade, que revelam as verdadeiras necessidades de cada indivíduo. O trabalho conta como **objeto** de estudo O AMBIENTE como espaço gerador de influencia na Comunicação de Enfermagem, tendo como **objetivos**: Identificar no AMBIENTE ruídos e falas (comunicação) quando a equipe de Enfermagem cuida; Destacar FALAS e RUÍDOS relacionando influências e configuração do Ambiente de cuidar; discutir as implicações para a Enfermagem e clientes. A realização desta pesquisa pode contribuir para ampliar estudos sobre a comunicação e ambiente como instrumentos básicos de enfermagem, e também como um cuidado de enfermagem, contribuindo para o uso adequado das palavras na comunicação e nas práticas assistenciais, promovendo uma melhor qualidade na comunicação entre enfermeiros e clientes. O método utilizado é o qualitativo do tipo descritivo, organizado através da orientação de Bardin - foram categorizados os resultados das Falas dos clientes e enfermeiros que originaram-se em duas Categorias de Análise: a) a Imagem e as Falas da Comunicação são inadequadas e Constrangedoras para os clientes que são cuidados pela Enfermagem; b) a Comunicação interfere no ambiente de trabalho quando não compreendida pelos clientes e enfermeiros - um discurso correto numa prática que não se objetiva. As considerações sobre a comunicação na prática para cliente e enfermeiros é Inadequada e Constrangedora para cliente e difícil para a enfermagem que se sente em constante pressão pelas dificuldades no ambiente de trabalho, no dimensionamento de pessoal e falta de material para trabalhar. As implicações destacadas no estudo estão relacionadas ao Afeto/Sensibilidade; Técnica-modos de cuidar; Comunicação no plano do afeto; Estrutura Institucional; Enfermagem clínica; Ambiente indutor de adoecimento e receber o cliente - ausência de um modo filosófico existencial.

Descritores: Enfermagem, Ambiente, Comunicação.

ABSTRACT

Considering that nursing is a profession that is most of the time with customers, especially in the hospital environment, it can reveal more and more communication with them, as the care offered in this environment and interpersonal relationships established in daily life shows that for effective communication between patient and professional, are required to listen, the presence and sensitivity, which reveal the true needs of each individual. The work tells how the subject matter environment as influences generator space in the communication of Nursing , with the objectives: Identify the noise and speech environment (communication) when the nursing staff cares ; Highlight lines and noise relating influences and setting of care environment ; Discuss the implications for nursing and customers. This research may contribute to expand studies on communication and environment as basic nursing instruments, as well as nursing care, contributing to the proper use of words in communication and care practices, promoting better quality in the communication between nurses and clients. The method used is qualitative descriptive, organized by guidance Bardin - the results of speeches of clients and nurses were categorized that originated in two categories Analysis: a) Image and Communication Speeches are inappropriate and embarrassing for customers who are cared for Nursing ; b) a Communication interfere Workplace when not understood Customers and nurses - speech hum Right in A Practice That Did not objective. Considerations for Communication in practice Client and Nurses is Inadequate and embarrassing for client and difficult for the nurse who feels under constant pressure by the difficulties in the workplace, in the design of personnel and lack of material to work with. The implications highlighted in the study are related to Affection / Sensitivity; Technical and modes of care; Communication in the affection of the plan; Institutional structure; clinical nursing; Environmental illness -inducing and receive the customer - the absence of an existential philosophical way.

Descriptors: Nursing, Environment, Communication

Lorena Paulo dos Santos Lima

Ambiente como espaço gerador de influências: Um estudo sobre a comunicação na enfermagem

Relatório final de Dissertação apresentada junto ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 29 de Março de 2016

Prof^a. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Presidente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto -UNIRIO)

Prof^a Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araujo

1^a Examinadora(Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ)

Prof^a Dra. Joanir Pereira Passos

2^a Examinadora (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Prof^a Dra. Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva

1^a Suplente (Instituto Federal der Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ)

Prof^a Dra. Teresa Tonini

2^a Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Rio de Janeiro

2016

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As dimensões do espaço social: estratos e representações.....	27
Figura 2: Elementos da comunicação entre clientes e enfermeiros no ambiente de cuidar.....	33
Figura 03: Banho do cliente contrariado ao sentir dor.....	78
Figura 04: Cliente chorando durante o banho.....	79
Figura 05: Não utilização de equipamentos adequados.....	79
Figura 06: Procedimento estéril sem o uso de equipamento adequado.....	80
Figura 07: Higiene inadequada da região a ser feito um curativo estéril.....	80
Figura 08: Síntese do Estudo.....	95

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Gráfico 01- Dados demográficos – Clientes.....	46
Gráfico 02 – Estado Civil – Clientes.....	46
Gráfico 03 – Dados demográficos dos Enfermeiros.....	47
Gráfico 04 - Estado Civil –Enfermeiros.....	47
Gráfico 05 - Compreensão de Comunicação – Clientes.....	50
Gráfico 06 - Com quem se Comunica – Clientes.....	51
Gráfico 07- Motivos pelos quais os Enfermeiros explicam o procedimento a ser realizado.....	61
Gráfico 08 – Sobre a questão se faz parte da conduta profissional conversar com os clientes e por quê?.....	62
Gráfico 09 – Ao iniciar sua rotina de trabalho tem o hábito de se apresentar aos clientes?.....	63
Gráfico 10 – Como você descreveria o ambiente em que você trabalha?.....	65
Gráfico 11 – Por que é importante a comunicação na passagem de plantão?.....	65
Gráfico 12 – Como é a sua relação com seus colegas de trabalho?.....	67
Quadro 01 - Respostas das questões:Já aconteceu alguma situação que ficou envergonhado.....	54
Quadro 02 - A síntese do check-list e os fatores do ambiente hospitalar.....	56
Quadro 03 – a comunicação entre a equipe de enfermagem e o cliente tem influencia no ambiente.....	68
Quadro 04 – notas dadas para a comunicação de como acontece entre você e seus colegas.....	68
Quadro 05 – Notas para a comunicação, como ela acontece entre os enfermeiros e os clientes.....	69
Quadro 06 – Check list dos fatores do ambiente hospitalar que interferem ou não na comunicação entre enfermeiros e clientes.....	70
Quadro 07 - Quadro descritivo sobre os níveis de implicação.....	74
Quadro 08 – Respostas ao se questionar se algo poderia melhorar na postura dos enfermeiros.....	84
Quadro 09 - Pontuações de Escala de Likert sobre Interferência do ambiente conferida pelos Enfermeiros	86

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	12
Contextualizando o tema e fazendo emergir o objeto de estudo a partir da problemática.....	12
Objeto de estudo.....	12
Questões Norteadoras.....	15
Objetivos do Estudo.....	15
Justificativa.....	16
CAPÍTULO 2 -FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
Comunicação.....	18
Ambiente.....	23
Ruídos.....	27
Instrumentos básicos de Enfermagem.....	28
Atos e Ações.....	30
Linguagem.....	32
O processo de comunicação e seus elementos.....	32
Problemas na Comunicação: Um possível obstáculo para erros de procedimentos.....	34
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	37
O espaço da pesquisa.....	38
Os Sujeitos Participantes do Estudo.....	39
Clientes.....	39
Equipe de Enfermagem que cuida de clientes hospitalizados.....	39
Questão Ética.....	39
Registros de Observação.....	41
Sobre a Filmagem e Gravação.....	41
Os Momentos do Estudo.....	43
Primeiro Momento – Construção de Instrumentos.....	43
Segundo Momento.....	44
Terceiro Momento.....	44
Quarto Momento.....	44

Quinto Momento.....	45
CAPÍTULO 4 – OS RESULTADOS	46
Apresentação da organização, análise e Categorização dos dados.....	46
Dados sobre as FALAS de Clientes e Enfermeiras.....	48
O primeiro texto: As Falas dos clientes e o resultante das questões feitas aos clientes	48
Segundo texto - As falas dos Enfermeiros.....	59
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES DAS CATEGORIAS	73
Sobre a primeira Categoria - a imagem e as falas da comunicação são inadequadas para os clientes.....	78
Sobre a segunda Categoria – interferência do ambiente no trabalho e na comunicação – o discurso e a prática dos Enfermeiros.....	85
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CATEGORIAS E SUAS IMPLICAÇÕES.....	92
Referências Bibliográficas.....	97
Apêndice A – Cronograma de Atividades.....	106
Apêndice B.....	107
Apêndice C.....	109
Apêndice D.....	111
Apêndice E	112
Apêndice F.....	115
Apêndice G	116

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1. Contextualizando o tema e fazendo emergir o objeto de estudo a partir da problemática

Florence Nightingale tem sido orientadora teórica para os assuntos que dizem respeito ao ambiente do cuidado, e é aquela que fundou a enfermagem moderna. Ao longo de sua vida, dedicou suas energias a assuntos e causas que gerassem mudança social. Ela iniciou e instigou a investigação na enfermagem, e incluiu como fundamentais a observação, o registro, a comunicação, a ordenação, a codificação, a conceptualização, a inferência, a análise e a síntese. No processo de fundar uma profissão e mostrar o que é e o que não é cuidado, ela estabeleceu seus principais conceitos e definições. (ATKINSON e MURRAY, 1989)

Ao definir **o objeto** desse estudo como: AMBIENTE como espaço gerador de influência na Comunicação de Enfermagem (e por isso pode se tornar mais um instrumento básico das ações de cuidar), é rever falas e práticas diferentes daquelas as quais estamos submetidos quando cuidamos dos clientes, sem na maioria das vezes, darmos conta de que é no AMBIENTE que veiculam práticas, saberes, ações e atos de cuidar. Trata-se de um objeto fundamentado em Nightingale, quando chama atenção para a importância do ambiente saudável. Tornar um ambiente saudável, para ela, exige atenção das Enfermeiras para condições de circulação de ar puro, temperatura e iluminação adequados, limpeza, ausência de ruídos (comunicação) desagradáveis ou nocivos à saúde.

Os temas escolhidos, Comunicação e Ambiente, são fundamentais para estudar cuidado de enfermagem que se situa em ambiente rico de comunicação, e das minhas lembranças das experiências de ser aluna bolsista de Iniciação Científica e de minha investigação à época, sobre os efeitos dos ruídos e temperatura no corpo do cliente em pós-operatório. Os resultados do estudo de iniciação científica apontaram uma grande frequência nas falas de clientes sobre as relações humanas, que despertou grande interesse em investigar a comunicação no ambiente de cuidar. Esses efeitos acabaram por indicar que é possível ampliar, ir além sobre o investigado, agora no mestrado, replicando a pesquisa anterior, em uma perspectiva mais ampla em relação a quantidade e qualidade dos dados a serem produzidos.

Acreditamos que, neste século, existe uma nova legitimação da comunicação, o que nos impulsiona pensar que o problema desse estudo se expressa em diversos fatores que constituem o ambiente de cuidar, considerando-se atributos mais importantes para um cuidado de qualidade, voltados para os aspectos interpessoais, como: demonstração de carinho, oferecimento de informações e orientações quanto aos procedimentos realizados, além de atendimento rápido às solicitações, ser bom ouvinte, ter competência e habilidade sobre o cuidado, sendo humano perante o outro e, sobretudo, respeitar e atender suas necessidades. Ao estarem em um ambiente hospitalar, os clientes se deparam com episódios de dor, nervosismo, angústia, sensação de tédio indefinida, um vazio, algo que fica faltando, sentimentos de tristeza e de diversos fatores ambientais que cooperam com alguns incômodos sofridos pelos pacientes na unidade em grande parte do tempo. Muitas vezes sentem medo e ansiedade pela falta de informação, constatando que as relações e informações devem ser mais claras e mais afetivas nesses momentos. Provavelmente estes fatores veiculam no ambiente expressos em falas diversas que tem ruídos de comunicação, ruídos no ambiente e ruídos nas relações com o outro e que, conseqüentemente, causam “descuidados” no cotidiano de cuidar. O pressuposto é de que a comunicação como instrumento básico de enfermagem só acontece no AMBIENTE que é o espaço de ações e práticas da Enfermagem quando cuida de seus clientes.

Além do mais, é preciso registrar a precariedade da estrutura física hospitalar como possíveis fatores que contribuem para a insatisfação dos clientes em relação aos serviços prestados pela equipe de enfermagem, interferindo também nas interações mantidas entre ambos. Assim muitas vezes pode haver uma predisposição para conflitos mal resolvidos, tensões e uma expectativa negativa quanto ao atendimento dispensado pela equipe de enfermagem, criando-se falas e códigos na comunicação.

Diante do perfil analisado dos clientes, é possível observar que muitas vezes o pouco que lhes é oferecido é suficiente, e muitos acreditam estarem recebendo favores, já que a sua classe sociocultural, em sua maioria, é baixa.

Se acreditarmos que o Ambiente é o lugar da comunicação e ela é essencial na relação da Enfermagem com os clientes, isso quer dizer que aquele que cuida deve ter competências e habilidades para se comunicar, o que exige ações complexas a serem adequadamente compreendidas e realizadas, o que quer dizer:

Ofertar condições para que o outro possa expressar suas necessidades, emoções e opiniões, desenvolver técnicas e comportamentos apropriados ao prestar informações de medidas e condutas ou ajudar a encarar situações difíceis são exemplos da tarefa de interagir adequadamente no cenário da atenção à saúde.

Muitas vezes os efeitos sonoros também podem provocar alterações no estado físico e psicológico, e até mudanças de humor em pessoas saudáveis, bem como clientes debilitados. Os ruídos produzidos pelos equipamentos e pela equipe multiprofissional precisam ser constantemente monitorados a fim de reduzidos tais nívei, evitando desencadear problemas psíquicos ao doente e como consequência agravar seu estado clínico, proporcionando melhor qualidade na assistência prestada, tarefa que pudesse cumprir com uma boa comunicação.

A exposição diária à ruídos pode ter consequências sobre os estados físicos, mental e psicológico do sujeito, gerando alterações na comunicação, baixo desempenho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho (AURÉLIO, 2010).

Saber se comunicar não é tarefa fácil, principalmente quando está em jogo a natureza do cuidado que acontece por pessoas para pessoas em condições adversas, para diferentes pessoas, em vários cenários distintos onde o Ambiente é o cenário/palco de ações, procedimentos e técnicas que se fundamentam nos INSTRUMENTOS BÁSICOS DE CUIDAR: comunicação, observação, registro, trabalho em equipe, habilidade, destreza (manual e mental) metodologia científica para resolução de problemas.

Considerando que a Enfermagem é a profissão que passa maior parte do tempo (janeiro a janeiro) junto aos clientes, principalmente no ambiente hospitalar, possivelmente ela poderá revelar mais detalhadamente e maior número de eventos que envolvem a comunicação com eles, já que o cuidado oferecido em ambiente hospitalar e as relações interpessoais que se estabelecem neste cotidiano revelam que, para uma efetiva comunicação entre cliente e profissional, são necessárias a escuta, a presença e a sensibilidade, as quais revelam as verdadeiras necessidades de cada indivíduo. (CUNHA,2008)

Além do cuidado físico, de controlar monitores e estabelecer relação com o cliente, o enfermeiro pode atuar diretamente sobre o ambiente, orientando- o quanto ao tempo e ao espaço além de promover um ambiente favorável ao reduzir sons desagradáveis para favorecer a recuperação, evitar comentários negativos próximos aos clientes e favorecendo uma sensação de harmonia e bem-estar. Devemos

reconhecer grande influência que os ambientes internos e externos têm sobre a saúde e doença dos indivíduos.

O Ministério da Saúde propõe uma política de humanização da assistência hospitalar, que visa atender as necessidades bio-psico-sociais dos trabalhadores que atuam nesse meio e também as necessidades dos usuários dos serviços hospitalares. O Ministério da Saúde acredita que a humanização do ambiente de trabalho possa refletir uma melhora do atendimento da equipe aos usuários (BRASIL, 2004).

Quando o ambiente não satisfaz as necessidades de quem o utiliza, acontece uma desestruturação nas relações familiares e de trabalho, o que não sustenta o comportamento humano, causando degradação e perda de identidade, dificultando ainda mais as relações desenvolvidas neste ambiente (OLIVEIRA, 2009)

Questões Norteadoras

Com essas considerações-problema, surgem as **questões norteadoras**, que são:

- Como podemos descrever que o AMBIENTE influencia na comunicação (falas) entre a equipe de enfermagem e seus clientes?
- Como a comunicação (falas) acontece entre a Equipe de Enfermagem e seus clientes no espaço de cuidar?

Objetivos do Estudo

Os **objetivos** propostos são:

- Identificar no AMBIENTE ruídos e falas (comunicação) quando a equipe de Enfermagem cuida através de gravação e entrevistas.
- Destacar FALAS e RUÍDOS relacionando influências e configuração do Ambiente de cuidar.
- Discutir as implicações para a Enfermagem e clientes.

Justificativa

Ao pensar na justificativa, devemos incluir a necessidade de ampliar nossos conhecimentos acerca da comunicação e ambiente como instrumentos básicos de enfermagem. Desta forma, poderemos proporcionar mais conforto quando cuidamos de clientes hospitalizados. Assim, a relevância da proposta desta investigação, principalmente como uma contribuição interventiva crítico-reflexiva sobre a Enfermagem, - processos de ensino, de investigação, de assistir/cuidar - reside também na importância de buscar a partir da fala de enfermeiras (os) se esses profissionais estão se comunicando adequadamente e as qualidades essenciais necessárias para a enfermeira cuidar e confortar seus clientes hospitalizados.

A comunicação adequada tem sido buscada por diferentes tipos de grupo sociais, as pessoas começam a reivindicar ações para melhorias do processo saúde, onde o interesse em conhecimento e esperança de um atendimento humanizado vem aumentando. “Constantes movimentos, encontros, publicações têm buscado colocar em cena a necessidade de se aprimorarem as habilidades comunicacionais, entre vários outros aspectos, para se avançar em direção à melhor qualidade dos serviços de saúde” (CERQUEIRA, 2009)

Com base nesses fundamentos, entende-se que a comunicação é um fator extremamente importante. A relevância do tema abordado é a necessidade de estudar como acontece a comunicação entre clientes e enfermeiros no ambiente de cuidar, afim de conscientizar profissionais de enfermagem acerca das falhas que ocorrem, podendo ser consequência de falta de comunicação ou uma comunicação mal realizada, desenvolvendo correções/reflexões acerca de um ambiente hospitalar mais humanizado.

A realização desta pesquisa pode contribuir para ampliar estudos sobre a comunicação e ambiente como instrumentos básicos de enfermagem, e também como um cuidado de enfermagem, contribuindo para o uso adequado das palavras na comunicação e nas práticas assistenciais, promovendo uma melhor qualidade na comunicação entre enfermeiros e clientes. Pode diminuir o nível de ansiedade e estresse obtidos pelos clientes quando os mesmos não compreendem ou não possuem uma relação satisfatória com os enfermeiros, podendo gerar produtos e resultados concisos sobre a comunicação no ambiente de cuidado, servindo como subsídio para embasar futuras pesquisas na área.

Ao escolher o tema do estudo como Comunicação e Ambiente, pauta-se na ausência de estudos que consideram em sua essência que a comunicação é um instrumento básico, legal, de segurança para a prática de cuidar, como um indicador de cuidado que está sendo destacado na proposta da OMS/Anvisa; e algumas considerações são imprescindíveis que justificam o estudo.

- a) Na busca do estudo da arte, encontrei na literatura investigações que tratam do tema, e que citam as necessidades emocionais do cliente no ambiente hospitalar, destacando a importância da comunicação neste cenário.
- b) Surgiram inquietações suscitadas no cotidiano da prática de cuidar, refletindo sobre as interfaces do cuidado ao cliente hospitalizado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.
- c) A enfermagem como profissão, através de seus exercícios, tem o dever legal, ético, estético de acreditar que a comunicação é um de seus instrumentos de cuidar, neste a atenção voltada para saber como ela fala no momento em que exercita sua prática;
- d) É preciso desencadear nos profissionais de enfermagem o entendimento de que o ambiente é o lugar da comunicação e que pode ser desencadeador de adoecimentos, de estresse, de angústia;
- e) Podemos estimular através do estudo, as enfermeiras e sua equipe a pensar na comunicação e no ambiente.

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Comunicação e do Ambiente

Comunicação

Ao mencionarmos comunicação, vimos que ela se dá no processo do relacionamento entre pessoas permitindo-nos um maior conhecimento no que diz respeito aos sentimentos, emoções e opiniões sobre o outro, fazendo com que percebamos que a interação é a base desse processo. “É definida como sendo a principal característica para o relacionamento humano, e para que ocorra desta maneira o enfermeiro deve estar consciente do seu papel nesse processo que exige além de procedimentos técnicos, escuta e atenção adequada”. (LUCENA e GÓES, 1999 e por TIGULINI e MELO, 2002)

Em teorias da enfermagem contemporânea, de um modo geral, é dito que a comunicação é um processo de compreensão, cujo uso da linguagem adequada por parte do profissional, bem como a compreensão das dificuldades dos pacientes estejam presentes (DIAS E ROEHRS, 2008). Uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta (SILVA, 2007). Na enfermagem, há, porém, falta de habilidades e conhecimentos por parte de número expressivo de profissionais no que se refere à interação com o cliente sem possibilidades de cura (ARAÚJO, 2007).

Estudos brasileiros indicam que embora os enfermeiros que trabalham com pacientes em geral considerem a comunicação como um recurso terapêutico importante e efetivo, encontra dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se mal preparados neste aspecto (ARAÚJO, 2006).

Sabe-se que uma instituição hospitalar se constitui em um ambiente onde o ser humano trabalhador libera suas potencialidades e compartilha meta coletiva. Nesta, as pessoas dão algo de si mesmas e esperam algo em troca. A maneira pela qual esse espaço é moldado e estruturado influencia significativamente a qualidade de vida e a satisfação dos trabalhadores. Influencia o próprio comportamento e os objetivos pessoais de cada profissional e esse modo de ser do profissional pode afetar diretamente o modo de prestar assistência ao paciente (CHIAVENATO, 1992).

O profissional de saúde, em todos os momentos e locais de um hospital, tem como fundamento de trabalho as relações humanas, seja com os clientes ou até mesmo com a equipe. Cabe a ele conhecer os mecanismos de comunicação que

facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente. Para isso deve-se estabelecer o vínculo de confiança, com base no mesmo comportamento empático: olhar direto, inclinação do tórax para frente, meneios positivos de cabeça, além de palavras corretas. Faz-se necessário resgatar a função de entrevistador, inúmeras vezes exercida pelo profissional de saúde, mas que pode ser melhorada pela tomada de consciência de suas falhas na comunicação. As mais comuns são as barreiras pessoais, que causam impedimentos naturais na comunicação: a linguagem (uso de termos técnicos, palavras que sugerem preconceitos, impaciência, mensagem incompleta), impedimentos físicos (nudez, mutismo), fatores psicológicos (personalidade, sentimentos, emoções), diferenças educacionais (formação profissional ou cultural) e barreiras organizacionais (status das pessoas em uma determinada organização) (SILVA, 2002).

Ao reconhecer a importância da comunicação e suas influências na recuperação da saúde dos clientes, deve-se avaliar se esta ocorre, de modo que se avalie, relevante efetuar a reflexão sobre as conexões desse cuidado ao cliente hospitalizado, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob a ótica do processo de comunicação. Desta forma, os resultados da pesquisa devem ser utilizados para promover maior reflexão dos enfermeiros em relação a trabalhar os aspectos que beneficiem o relacionamento interpessoal, por conseguinte, a comunicação.

A partir da comunicação realizada com o cliente, a enfermeira, detecta as suas necessidades, realiza procedimentos técnicos, informa sobre tais procedimentos, promove educação em saúde, entre outros. Essas são algumas das funções da comunicação em que a enfermeira pode estar envolvida, o que não quer dizer que o cliente não possa ser também sujeito participante dessas ações.

Tem-se discutido bastante sobre os diagnósticos de enfermagem e sua capacidade de intervir na vida do cliente, da família e nas comunidades nas quais estão inseridos. A classificação proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (Nanda) determina atualmente um diagnóstico de enfermagem referente ao tema de comunicação: *comunicação verbal prejudicada*, definida como o estado em que o indivíduo experimenta uma diminuição ou ausência da habilidade de usar ou entender a linguagem da interação humana. (SILVA, 2002)

A comunicação é indispensável para a sobrevivência dos seres humanos e para a formação e coesão de comunidades, sociedades e culturas. Temos de comunicar, entre outras razões: para trocarmos informações; para nos entendermos e sermos entendidos; para entretermos e sermos entretidos; para nos integrarmos nos grupos e comunidades, nas organizações e na sociedade; para satisfazermos as necessidades econômicas que nos permitem pagar a alimentação, o vestuário e os bens que, de uma forma geral, consumimos; para interagirmos com os outros, conseguindo amigos e parceiros, tendo sucesso pessoal, sexual e profissional, algo fundamental para a nossa autoestima e equilíbrio (SOUZA, 2003).

Considera-se a comunicação não só como um instrumento essencial para a prática de enfermagem, mas como fundamento básico e, por isso busca-se explorar seus processos para ofertar cuidado que deve estar voltado para o entendimento do cliente como ser que age e reage em um meio/espço, que é capaz de afetar e ser afetado, diante das diversas situações que envolvem o cuidado de enfermagem. Neste sentido, a comunicação deve ser compreendida e a busca da mesma pode facilitar um posicionamento, gerar aproximação e também vínculo mais estreito com o cliente o que facilitará o seu entendimento, sendo fundamental uma significação comum para cada ponto da comunicação (FIGUEIREDO, 2012). Cabe classificarmos a comunicação como, (SILVA, 2003):

- *Comunicação verbal*: quando é associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita, ou falada. Quando se interage verbalmente com alguém, estamos basicamente, tentando nos expressar.

- *Comunicação não verbal*: é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas (tratado 108). Pode ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, entre outros.) Podendo ser determinada: (ARAUJO, 2000):

- Proxêmica: relacionada com a posição mantida entre as pessoas na interação. Pode ser de aproximação ou de afastamento dos corpos;

- Tacésica: refere-se ao toque afetivo e terapêutico durante a realização de procedimentos ou ações de enfermagem;

- Paralinguagem: todo som que é emitido pelo órgão fonador, mas que não se traduzem palavras, ex.: soluço;

- Cinésica: envolve os movimentos e está relacionada não só ao corpo, mas individualmente a cada uma das regiões que compõem ex.: cabeça, membros, entre outros.

- Sinais estáticos: não mudam ou mudam pouco durante a vida das pessoas;

- Sinais lentos: estão relacionados à idade, como as rugas;

- Sinais rápidos: mudanças que ocorrem rapidamente no rosto, como um movimento;

- Sinais artificiais: que interferem nos veículos dos sinais estáticos e lentos.

É importante dizer que o cliente passa por uma imagem mental, a partir de uma situação silenciosa do seu corpo, e nos obriga a utilizarmos a cognição para processar os signos que ele expressa por meio de uma linguagem não verbal (SANTAELLA, 2007).

A comunicação é um processo natural, uma arte, uma tecnologia, um sistema e uma ciência social. Na comunicação encontram-se dois mundos diferentes de experiências vividas. Os signos intermedeiam esses mundos. Assim, a comunicação é possível quando as pessoas tiveram experiências prévias com os mesmos objetos ou com suas representações. As pessoas devem ligar os mesmos objetos aos signos. Os signos são então, convencionais, ou seja, dependem do acordo das pessoas que vão usá-los (BORDENAVE, 1985).

Sabemos o quanto é deprimente não conseguirmos compreender o que clientes que estão em coma, no que lhes dizem, ou até mesmo não conseguem simplesmente nos transmitir o que estão sentindo no momento. Nestas situações precisamos desenvolver uma linguagem corporal e uma identificação dos signos expressos nessa linguagem. É preciso entender que o corpo fala por gestos, e temos que ter habilidades para decodificar as mensagens que nos serão transmitidas a partir deste meio de comunicação.

Pode-se pensar na comunicação como: 1) processo em que comunicadores trocam propositadamente mensagens codificadas (gestos palavras, imagens), por meio de um canal, num determinado contexto, o que gera determinados efeitos; 2) atividade social, onde as pessoas, imersas numa determinada cultura, criam e trocam significados, respondendo, desta forma, a realidade que quotidianamente experimentam. Estas duas proposições não são, porém, estanques, mas sim complementares (GILL e ADAMS, 1998).

O poder da comunicação consiste exatamente em que ela seja assertiva, e por mais clara que esta possa ser, sempre vai envolver subjetividade, pois este processo consiste em relações humanas, na qual tem como decodificador desta percepção os órgãos sensoriais: a visão, o tato, o paladar, o olfato e audição. As informações recebidas e decodificadas, influenciadas pelas percepções individuais, do ambiente e das próprias sensações. (SCHELLES, 2008)

Para a enfermagem, a comunicação é fundamental, e deve ser desenvolvida como tantas outras que são facilitadoras da prática do cuidar em saúde. E mesmo que não se consiga obter uma conversa prévia, a comunicação entre o profissional e o cliente se dá por meios previamente estabelecidos por meio (da fala), do olhar, da expressão facial, e do contato manual (toque). (FIGUEIREDO, 2012)

Tudo que acontece com o cliente deve ser levado em conta, a comunicação é essencial, principalmente, nos casos em que o mesmo está mais vulnerável, para que possamos tê-lo como aliado do seu tratamento. “A enfermagem pode contribuir desenvolvendo ações que promovam ou restaurem as habilidades da pessoa fazendo com que ela desperte seu potencial na busca do seu bem-estar” (LUCENA e GOES, 1999 por ARMELIM, 2000).

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o cliente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (CIANCIARULLO, 2003)

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos, e sim propor ações de cuidados abrangentes, que implicam, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Deste modo, o uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um meio utilizado para atender as necessidades do cliente. É pela comunicação que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se, satisfazer suas necessidades. Essa interação pode influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão com base em suas crenças, valores, história de vida e cultura. Por isso, o relacionamento entre enfermeiro e cliente adquire tanta importância no fenômeno de cuidar (SILVA, 2000).

Não temos como negar que um acontecimento cirúrgico possui caráter estressante. É importante ressaltar que toda e qualquer intervenção cirúrgica é uma situação crítica que expõe o indivíduo ao estresse físico e emocional. Despertam

componentes pessoais complexos que se manifestam em emoções, fantasias, atitudes e comportamentos que prejudicam o desenvolvimento da prática médica (FERRARO, 2000).

O nível de estresse do cliente em pós-operatório pode ser aumentado, pois apresentam múltiplas necessidades, onde incluímos a monitorização de sinais vitais, observação do estado respiratório, nível de dor apresentado, nível de consciência, fala, desconhecimento do ambiente em que se encontram, entre outros. Estes são alguns dos fatores do ambiente hospitalar que podem gerar estresse no cliente hospitalizado, e podem interferir na comunicação entre os clientes e a equipe de enfermagem.

Ambiente

Ao mencionarmos ambiente em nosso estudo observamos que o temos como um componente do cuidado, onde devemos despertar consciência tanto de profissionais de saúde como também dos clientes que estão sob os cuidados. “É no ambiente que se manejam informações, técnicas e tecnologias, que tocamos o outro pelos sentidos, pela solidariedade e pelo entendimento de necessidades e desejos. É necessário pensarmos no ambiente como de todos que cuidam, criando estratégias diversas para fazer valer a premissa de que o ambiente é fundamental na manutenção da saúde ou restauração de todos” (FIGUEIREDO, 2009).

A discussão sobre a estrutura hospitalar mostra, ao longo dos séculos, desde as concepções de Florence Nightingale, os aspectos de funcionalidade de 18 setores, banheiros, disposição de mobiliário, dimensionamento de ambientes, iluminação natural, ventilação, entre outros. Atualmente a idéia de ambiente terapêutico, estruturas mais ornamentadas e formuladas estão sendo discutidas a fim de tornar o hospital um ambiente que produza nos usuários a sensação de bem-estar e conforto (VIANNA, BRUZSTYN & SANTOS, 2008)

O ambiente hospitalar é composto por várias equipes de trabalho, incluindo a de enfermagem que se apresentam, na maioria das vezes, como o de maior contato entre o cliente e a instituição.

O ambiente de cuidado caracteriza-se como local aglutinador de aspectos físicos, biológicos, científicos, culturais, sociais, econômicos, entre outros, em uma teia de relações onde se torna difícil excluir ou isolar partes e que as “partes exercem ação e inter-retroação contínua”. (MORIN, 2002)

O ambiente hospitalar influencia a saúde do cliente e também a saúde e o trabalho do profissional de enfermagem, pois ele enxerga o hospital, na maioria das vezes, como ambiente duro e estressante. O edifício hospitalar é um ambiente frio, sem vida, com cheiro de éter, aparelhos barulhentos, macas circulando, pessoas conversando e, na maioria das vezes, é mal iluminado, com colorações que não proporcionam bem-estar, causam irritação, frustração e mau humor. Há também a presença de cheiros desagradáveis como dos produtos utilizados na limpeza ou desinfecção de materiais. As formas, as texturas são geralmente, de uma maneira monótona e distante (VASCONCELOS, 2004).

Para clientes que estão hospitalizados agir como pessoas assustadas é comum. Por estarem em um ambiente desconhecido, e não saberem o que pode acontecer neste lugar, estão sempre atentos a tudo o que acontece em sua volta, adotando postura de defesa e preservação a si próprio, reconhecendo dificuldades neste espaço, como em manter a sua privacidade e individualidade, encarando o ambiente hospitalar como local despersonalizado.

Pesquisas desenvolvidas em universidades e hospitais americanos, comprovam que a qualidade do ambiente hospitalar pode acelerar o processo de cura, reduzindo o tempo de internação dos clientes hospitalizados. Portanto, há preocupação em criar ambientes de qualidade em estabelecimentos de saúde, beneficiando aos pacientes, e até mesmo as instituições, que desta forma acabam reduzindo seus custos com a manutenção destes pacientes (LINTON, 1992).

Quando o ambiente não satisfaz as necessidades de quem o utiliza, acontece uma desestruturação nas relações familiares e de trabalho, o que não sustenta o comportamento humano, causando degradação e perda de identidade, dificultando ainda mais as relações desenvolvidas neste ambiente (OLIVEIRA, 2009).

O evento hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude. É um processo de desestruturação do ser humano que se vê em estado de permanente ameaça (ORTIZ, 2002).

O enfermeiro dentro do seu ambiente de trabalho enfrenta uma sobrecarga e também estresse, e devido a isto pode não apresentar uma comunicação satisfatória com os clientes que estão submetidos aos seus cuidados, passando tratá-los como se fossem objetos e não sujeitos, esquecendo-se da humanização que obrigatoriamente deveriam possuir, pelo fato de estarem lidando com pessoas que

possuem sentimentos e opiniões próprias. Ao se trabalhar com a humanização em saúde, enfermeiros e clientes, se beneficiariam, pois tanto o enfermeiro torna o seu trabalho mais prazeroso, quanto o cliente adquire mais segurança em ter como cuidador alguém que possa confiar em sua experiência de dor devida à doença.

Quando se humaniza um ambiente, o usuário deve receber o conforto físico e psicológico necessário para realizar suas atividades e ter a sensação de bem-estar. É de conhecimento geral que o ambiente influencia diretamente no conforto dos usuários, que retribuem os estímulos sensoriais que lhe são apresentados (VASCONCELOS, 2004). Um ambiente humanizado deve proporcionar conforto visual, sonoro e térmico, promover a estimulação sensorial, promover a interação com a natureza e com meio externo da construção (CAVALCANTI, 2002). E desta forma, proporcionar espaço agradável e confortante para as pessoas que ali se encontram.

O ambiente deve favorecer a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre os cuidadores. É necessário que o mesmo seja caloroso, afetuoso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, fazendo com que o cuidador experiencie o cuidado humano, não um ambiente que saliente o medo, desespero, desamparo e sofrimento (OLINISKI & LACERDA, 2006).

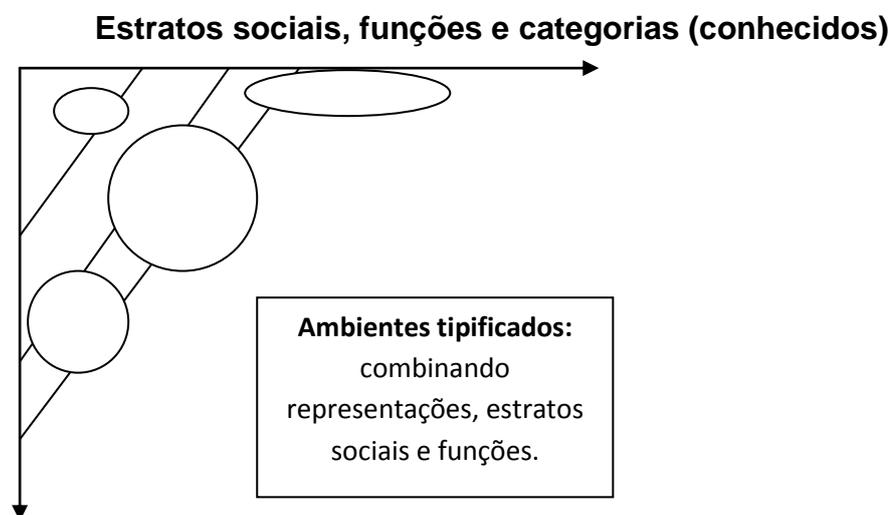
Ao se dizer que uma pessoa necessita de um serviço de saúde, ela se vê num ambiente totalmente diferente do que é acostumada a vivenciar, onde tem que seguir regras e conseqüentemente adotar novas atitudes. Sendo assim o cliente terá sua rotina totalmente modificada e nessas situações a comunicação estabelecida entre enfermeiro e cliente pode ser impessoal (automática) ou pessoal (trazendo afetividade no relacionamento), porém, somente esta última favorece o estabelecimento de uma comunicação terapêutica (PAULA, FUREGATO e SCATENA, 2002).

O ambiente hospitalar é tido como gerador de estresse para pacientes e familiares, devido à estrutura física do ambiente, o barulho, os equipamentos e movimentações das pessoas (GOIS, 2004). Alterações de ordens psicológica e afetiva, como ansiedade e medo, são frequentemente encontrados entre os pacientes, tornando relevante a identificação dos estressores que contribuem para o desenvolvimento destes quadros (HEWITT, 2002). E a resposta ao estresse é influenciada pela intensidade, duração e âmbito do estressor e pelo número de

estressores presentes no momento. Estressores são definidos como sendo estímulos precedentes ou precipitantes de mudança. Podem ser classificados em internos (aqueles que se originam dentro da pessoa como, por exemplo, uma febre) ou externos (aqueles que se originam fora da pessoa como, por exemplo, mudanças ambientais ou nas relações sociais) (POTTER e PERRY, 1999). Desta forma, podemos considerar que em uma unidade de recuperação, encontramos estímulos externos que estão presentes em seu ambiente físico e social e que podem ser fontes de estresse para os doentes.

Um procedimento para superar o paradoxo do corpus teórico é mostrado na figura 1. O espaço social é desdobrado em duas dimensões: estratos ou funções, e representações. A dimensão horizontal abrange os estratos sociais, funções e categorias que são conhecidos e são quase parte do senso comum: sexo, idade, atividade ocupacional, urbano/rural, nível de renda, religião e assim por diante. As maneiras como as pessoas se relacionam com os objetos no seu mundo vivencial, sua relação sujeito-objeto, é observada através de conceitos tais como opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas. Esta é a segunda dimensão, ou dimensão vertical do esquema. O pesquisador qualitativo que entender diferentes ambientes sociais no espaço social, tipificando estratos sociais e funções, ou combinações deles, juntamente com representações específicas. Os ambientes sociais ocupam um espaço social e podem ter um projeto de interesse e de investimento comuns que justifique suas representações específicas (BAUER E GASKELL, 1999).

Figura 01 – As dimensões do espaço social: estratos e representações



Representações (desconhecidas)

Variedades de: Crença, atitudes, opiniões, esteriótipos, Ideologias, cosmovisões, hábitos e práticas.

Fonte: Bauer e Gaskell, 2013.

Ruídos

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o ruído pode perturbar o trabalho, o descanso, o sono e a comunicação nos seres humanos, podendo provocar reações psicológicas, fisiológicas e ao mesmo tempo patológicas (OMS, 2010).

Muitos hospitais estão localizados em áreas expostas a fontes de ruído externo como o trânsito de grandes avenidas, aeroportos, etc. Porém, esse ruído não provém somente de fora do ambiente hospitalar, a poluição sonora está presente em unidades de tratamento intensivo, unidades de internação, ambulatórios, centros cirúrgicos, corredores de circulação, sendo a principal causa de ruído o emprego de equipamentos com alarmes sonoros e a atuação da equipe multidisciplinar que, não tendo o devido conhecimento dos agravos ocasionados pelo elevado nível de ruído, contribui ainda mais com atitudes e comportamentos inadequados, prejudicando o bem estar da sua própria saúde. Conforme a United

States Environmental Protection Agency os níveis de ruído em ambiente hospitalar não devem exceder 45 dB durante o dia e 35 dB durante a noite. A Organização Mundial de Saúde recomenda 30 a 40 dBA para ambientes internos hospitalares. Já a Norma Brasileira (NBR) 10152 fixa os níveis de ruído compatíveis com o conforto acústico nos diversos ambientes, os quais nos hospitais, os valores de ruído medidos em decibéis variam de 35 a 45 dBA em apartamentos e enfermarias (OMS, 2010).

O enfermeiro precisa valorizar não só a quantidade, mas também a qualidade desses estímulos como fator considerável para o restabelecimento do doente (HUDAK e GALLO, 1997), por exemplo, relatam que altos níveis de ruídos poderiam contribuir para elevar as dosagens de medicações analgésicas. Os barulhos e risadas cometidos pela equipe podem causar rancor ao cliente, colaborando para a ocorrência de mudanças comportamentais como, ansiedade e agitação. Portanto os risos e comentários que não necessitam ser ouvidos por eles devem ser feitos longe do espaço dos enfermos (SIMINI, 1999; KNOBEL, NOVAES, KARAM, 1999).

Instrumentos Básicos de Enfermagem

A enfermagem ao longo de sua história vem construindo um corpo de saber/conhecimento instrumentalizando a enfermeira para desenvolver o processo de cuidar com autonomia, responsabilidade e ética. As técnicas de enfermagem, os princípios científicos, as teorias de enfermagem e os Instrumentos Básicos de Enfermagem – IBE (observação, planejamento, método científico, princípio científico, comunicação, trabalho em equipe, destreza manual, criatividade, avaliação e utilização dos recursos da comunidade) são compreendidos, a partir de alguns autores como expressões do saber/conhecimento profissional (HORTA, 1979)

Afirma-se também que o corpo da enfermeira é um instrumento do cuidado, de ação, pois sem ele não existiria cuidado nem nada do que está relacionado como instrumento básico de enfermagem (FIGUEIREDO E CARVALHO, 1999).

A observação, como instrumento de enfermagem, tem sido um dos principais verbos que nos fazem pensar sobre a passividade se não acreditamos que olhar e escutar pode nos encaminhar para outra clínica. Não podemos cuidar deste corpo somente como cabeça, tronco e membros, estar com o corpo do outro é saber que qualquer fenômeno que ele apresente deve ser percebido por quem o olha,

adquirindo sintonia fina para perceber som, cheiro, ruído, presença (FIGUEIREDO, 2012).

A criatividade liga-se a dimensões diversas como espírito, intuição, religião. O ato de criação foi por muito tempo, sagrado e estava ligado à cura, até porque fazia parte de rituais. O importante é saber que problemas surgem diariamente e sempre estão ligados à prática do cuidar. Dependendo da complexidade do problema, o resultado da criação também pode ser simples, médio ou de uma grandeza mais complexa, mas tudo é criação. O instrumento básico de cuidar criatividade está diretamente ligado ao instrumento habilidade e destreza manual. O modo como puncionamos uma veia, fazemos um cateterismo, transportamos um doente, cuidamos do seu corpo ou de seu ambiente, é e está ligado ao modo habilidade de fazê-los. Habilidades e destreza manual se identificam na delicadeza firme de pegar ou fazer algo (FIGUEIREDO, 2012).

O ambiente foi destacado como instrumento do cuidado sendo composto por aspectos físicos, emocionais e sociais, e que para ser saudável era preciso obter: ar puro, arejamento, aquecimento, limpeza, ruídos e iluminação. Importante dizer que a responsável pelo ambiente onde o cliente hospitalar se encontra é a enfermeira (NIGHTINGALE, 2004).

“A enfermeira tinha o controle do ambiente, tanto física como administrativamente. Ela tinha de controlar o ambiente para proteger o doente de danos físicos e psicológicos; por exemplo, a enfermeira impedia os doentes de receber notícias perturbadoras, de receber visitas que pudessem afetar negativamente a sua recuperação e de experimentar interrupções repentinas do sono...”

É impossível cuidar, sem haver comunicação com o outro. Comunicar em enfermagem é usar a palavra correta, o gesto adequado, o sorriso sincero, relaxado, disposto e que gosta de cuidar (FIGUREIREDO, 2012). “É o ato de perceber o que é direcionado pela consciência, o que necessariamente faz emergir, uma zona de fronteira de troca de sentidos” (LOPES et al,2003). A entrevista demanda habilidades de comunicação do profissional, que incluem falar claramente, usando vocabulário no nível de compreensão do interlocutor, perceber para além das palavras que são ditas pelo cliente, capacidade de perceber a si mesmo na interação (autoconsciência), habilidade para direcionar a interação, sensibilidade para saber quando falar e quando permanecer em silêncio, aceitação e empatia. Técnicas utilizadas na entrevista podem incluir questões de abertura, questões

fechadas, encorajamento para continuar, informações, esclarecimentos, validação de observações, reconhecimento da presença, aceitação, retomada de tópicos para continuar, entre outras (BACHION et al, 1998).

Como mostram as teorias e seus exercentes da profissão, esta preocupada em utilizar um processo de resolver problemas identificados, que é o diagnóstico de enfermagem. Desta forma, entendemos que a enfermagem é uma prática científica, podemos cuidar sem identificar sinais, signos e sintomas de saúde ou desvios no corpo: que determinam um diagnóstico que os orienta quanto ao que fazer (FIGUEIREDO, 2012).

Hoje não se concebe mais um profissional que trabalha isoladamente, deve-se estar apto ao desenvolver trabalho em equipe. Na complexidade da estrutura social moderna, um indivíduo depende do outro, no desempenho de suas tarefas, que geralmente são especializadas (HORTA, 1979).

Na enfermagem trabalha-se com seres humanos, e é exigido do profissional o uso constante do poder de avaliação.

Atos e Ações

Atos e ações atribuem qualificação e sensibilidade necessárias para que cuidemos das pessoas sadias ou não, independente de crenças, ética, costumes e posições políticas e ideológicas.

A Enfermagem vem se desenvolvendo com base em conhecimentos empíricos e teóricos fundamentados em múltiplas atividades profissionais voltadas para a assistência, o ensino, o gerenciamento e a pesquisa. Nesse desenvolvimento da profissão, é levado em conta o processo de trabalho da equipe de enfermagem, porquanto esse processo visa propiciar ações de cuidar de forma segura (FREITAS, 2008).

Do ponto de vista ético, é esperado que o enfermeiro utilize sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, assegurando um atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos, quando estes forem previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção (FREITAS, 2008).

As ações dos profissionais de enfermagem devem fundamentar-se nos valores da profissão e no Código de Ética dos profissionais de enfermagem, assegurando a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das

peçoas, respeitando os preceitos éticos e legais. Assim, os princípios e valores éticos devem nortear as nossas decisões na condução das atividades diárias, enquanto profissionais, ao mesmo tempo em que tais valores nos oferecem uma estrutura para dar suporte à nossa autonomia (TREVIZAN, 2002).

O cliente tem o direito de ser informado sobre riscos, custos e benefícios das ações de saúde propostas. Dentre esses direitos do paciente, destacam-se o de ter assegurado uma assistência de enfermagem isenta de riscos ou de danos decorrentes de falhas ou erros no agir profissional, quando essas suas atitudes se revelam negligentes, imprudente ou mesmo provocadas por falta de conhecimento ou habilidade.

Entende-se por ocorrências éticas de enfermagem os eventos danosos causados por profissionais de enfermagem no exercício de sua função, e têm a ver com atitudes inadequadas face ao colega de trabalho, à clientela ou à instituição em que trabalha. Esses eventos podem ser consequentes de atitudes de falta de atenção, de habilidades/conhecimentos técnicos, ou falta de zelo ou prudência do profissional responsável por esses eventos, ou quando o profissional deixa de fazer uma ação esperada e com isso acarreta uma situação de risco ou de prejuízo a outrem (FREITAS, 2005).

Tais ocorrências éticas não se limitam às falhas técnicas, mas podem envolver falhas relacionadas à atitude do profissional de enfermagem no que tange ao relacionamento, à comunicação e ao respeito entre o profissional e o paciente, ou entre os profissionais. No que se refere às informações prestadas aos pacientes sobre benefícios, riscos e consequências da assistência de enfermagem, tais informações não têm sido efetuadas de forma satisfatória, impossibilitando, muitas vezes, a escolha do paciente a respeito de sua saúde, o que pode refletir que a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os pacientes não está sendo feita de modo efetivo, como um instrumento básico no exercício da enfermagem (FERREIRA, 1998).

No cuidar em enfermagem, não podemos ignorar as emoções, resultado do sentir humano e, não podemos ignorar também o significado, resultado da atribuição de sentido pelo sujeito às ações, reações e experiências vividas. Portanto, não podemos ignorar os sentidos que o cliente atribui à experiência de participar dos cuidados de enfermagem em uma instituição de saúde. Esse cuidado que é conhecido como ação técnica, mas também como ação sensível, pois envolve um

encontro entre pessoas – a que cuida e aquela que é cuidada– onde as pessoas se disponibilizam com órgãos de sentido e emoção.

Linguagem

A linguagem que emerge do cotidiano profissional de enfermeiros envolve símbolos e significados oriundos da prática, que fazem parte das situações vividas e conhecidas por membros desse grupo. Esses símbolos e significados são apreendidos como verdades e são constituídos através da interação com atores sociais que participam dessa prática. Linguagem é a utilização de símbolos e signos em um determinado contexto situacional. Para que seja uma ferramenta do cuidar/cuidado do enfermeiro, deve fazer parte do processo de interação. (CAVALCANTI ET AL, 2007).

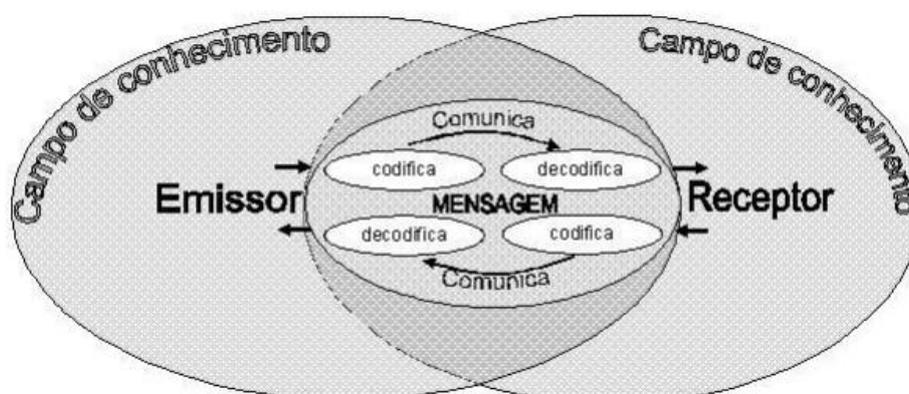
Em vivências em unidades hospitalares, percebemos que a linguagem utilizada por enfermeiros apresenta características diferenciadas, principalmente por conter símbolos e significados distintos da linguagem utilizada pela sociedade em geral. Constatamos que nessa interação, enfermeiros e clientes utilizam linguagens diferentes, e que se relacionam para a realização dos cuidados de enfermagem.

Nesse processo, para que ocorra a troca de informações, um ator deve se colocar no lugar do outro e tentar entendê-lo com o intuito de obter uma reação. Tal processo de ação e reação caracteriza a interação no cotidiano (BERLO, 1999).

O processo da Comunicação e seus elementos.

Ao investigar sobre a comunicação, nota-se que é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo (STEFANELLI, 2005). Isso permite a consciência do eu, do outro e do ambiente.

Figura 02: Elementos da comunicação entre clientes e enfermeiros no ambiente de cuidar.



Fonte: Bittes Junior e Matheus, 1996.

O processo de comunicação só ocorre de forma eficaz quando o emissor obtém o envolvimento do receptor. Este envolvimento depende de vários fatores, e a principal pode-se dizer que é o estímulo que o receptor devolve ao emissor. A motivação do receptor pode ser despertada de várias maneiras, como corresponder às expectativas do receptor; e ir ao encontro dos valores, propósitos e aspirações do receptor.

As finalidades básicas da comunicação são *entender* o mundo, *relacionar-se* com os outros e *transformar a si mesmo*. A comunicação é, antes de mais nada, um ato criativo. Não existe apenas um agente emissor e um receptor, mas uma troca entre pessoas, formando um sistema de interação e reação, ou seja, um processo recíproco, que provoca, a curto ou longo prazo, mudanças na forma de sentir, pensar e atuar dos envolvidos (WATZLAWICK, 1967).

Para analisarmos qualquer tipo de situação de comunicação interpessoal, é importante estarmos atentos a cinco itens:

1. A realidade ou situação – é o contexto no qual está ocorrendo a interação. É o primeiro passo na sua interpretação. Em um pronto-socorro, ao gritar a palavra emergência, não é preciso falar mais nada: as pessoas que fazem parte daquele ambiente imediatamente identificam a diversidade de informações trazidas por aquele código e sabem o que fazer diante dessa mensagem.
2. Os interlocutores – o homem é um todo comunicativo, portanto não exige somente um momento em que ele deixe de passar uma mensagem,

mesmo sem verbalizar nada. Quando estamos em um elevador com outra pessoa e não nos olhamos e nem nos voltamos um para o outro, estamos avisando que, apesar de próximos, não desejamos interagir. Portanto, o emissor é receptor e receptor é emissor, partindo do princípio que sempre ocorre interação ou troca de mensagens.

3. A mensagem – são informações ou emoções que queremos passar, as quais não são necessariamente decodificadas da forma como planejamos. Sempre envolve um querer, uma emoção e aquilo que valorizamos no momento.
4. Os signos – Dependendo do contexto, a maioria dos signos humanos possui mais de uma interpretação possível; são, portanto, sinais, e não símbolos.
5. Os meios – são veículos que utilizamos para passar a informação: gestos, palavras, expressões faciais, distancias mantidas, objetos e adornos utilizados, entre outros.

Temos como uma das referências para a prática da enfermagem e principalmente, para o processo de comunicação, a Teoria das Relações Interpessoais, que visualizou o fenômeno de enfermagem como um processo interpessoal, cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no paciente. Neste sistema, ela pretende identificar conceitos e princípios que dêem suporte às relações interpessoais processadas na prática da enfermagem, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento (PEPLAU, 1990).

Problemas na Comunicação: Um possível obstáculo para erros de procedimentos

Na enfermagem o processo de comunicação humana é de essencial importância nos múltiplos contextos do exercício profissional. Na relação entre enfermeiro e cliente, que diariamente decorre predominantemente a coleta de informações/dados sobre o paciente, deve se considerar além dos elementos próprios ao profissional, também os elementos relacionados ao paciente, ou seja: características genéticas, experiências culturais, crenças, valores e atitudes, nível de autoestima, características de personalidade e mecanismos de defesa utilizados (McFARLAND & NASCHINSKI, 1985). Temos ainda que considerar, segundo DALRI

(1993), a idade, o desenvolvimento do ciclo vital, o sexo, a língua dominante, as barreiras psicológicas ou fisiológicas e os medicamentos, e a tolerância e atitude do paciente. Estes aspectos são relevantes para qualquer tipo de paciente; em casos de clientes com traumas térmicos, alguns aspectos clínicos são mais intervenientes na comunicação com o paciente. Embora autores como LYNCH & LEWIS (1973); ARTZ, JR. et al. (1980); SMELTZER & BARE (1994); GOMES et al. (1995) tratem dos aspectos hemodinâmicos, gerais, de pacientes com trauma térmico, a literatura não evidencia a correspondência direta destes aspectos aos distúrbios de comunicação.

Algumas consequências com pacientes, por exemplo, podem predispor diferentes causas que alteram sua comunicação, tais como: barreiras psicológicas, ausência de pessoas significativas e alteração na autoestima. É comum testemunhar expressões de sentimentos, como: raiva, culpa, ressentimento, dúvida, desespero, hostilidade, verbalizados ou não.

A prática que culmina com erro de medicação, em uma organização hospitalar pode ser definida como sistema complexo, no qual quem prepara o medicamento sofre interferências de comunicação, e possui vários processos interligados, interdependentes e constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (médicos, equipe da farmácia e de enfermagem) que compartilham de um objetivo comum, que é a prestação da assistência à saúde dos pacientes com qualidade, eficácia e segurança (NADZAN, 1998).

Estudos realizados ao longo dos últimos anos têm evidenciado a presença de erros de medicação (LEAPE, 1995). As causas desses erros podem estar relacionadas com fatores individuais como a falta de atenção, e também com falhas sistêmicas como: problemas no ambiente (iluminação, nível de barulho, interrupções freqüentes), falta ou falha no treinamento, falta de profissionais e falha na comunicação (COHEN, 2000).

Desta forma, uma das requisições para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo as equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

As mensagens relacionadas a terapia medicamentosa são transmitidas pela comunicação escrita ou falada. Na escrita, utilizamos as prescrições de medicamentos e formulários de requisição enviados à farmácia; as faladas ocorrem nas relações profissionais e interpessoais.

Os problemas de comunicação podem gerar atos inseguros pertencem a três categorias: falhas no sistema em que o canal de comunicação não existe, não está funcionando ou não; é regularmente utilizado; fracasso na emissão das mensagens, quando o canal de comunicação existe, mas a informação não é transmitida; falhas na recepção, quando o canal de comunicação existe, a mensagem foi enviada de maneira correta, mas o receptor interpretou de forma equivocada ou com atraso (REASON, 1997).

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

Optamos por caracterizar este estudo como qualitativo do tipo descritivo. Em seguida, tendo as considerações acerca da técnica utilizada para a coleta e análise dos dados. Cabe salientar que, a metodologia é de grande relevância numa pesquisa científica, uma vez que é uma etapa preponderante para alcançarem-se os objetivos propostos.

Esse caráter qualitativo e exploratório-descritivo se assegura na afirmativa que as pesquisas exploratórias são aquelas que têm por objetivo explicitar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema. Neste tipo de pesquisa o pesquisador procura um maior conhecimento sobre o tema em estudo (GIL, 2005). Neste estudo as influências do ambiente como gerador de influências na comunicação.

Cabe ressaltar que, as pesquisas podem ser realizadas para atender a uma necessidade de ordem intelectual ou por razões práticas. As pesquisas de cunho intelectual são aquelas em que o pesquisador objetiva desvendar os aspectos da realidade que estão a sua volta para atender a ampliação de conhecimento (GIL, 2005)

Destaca-se a pesquisa descritiva, quanto aos fins, expõe características de determinada população ou fenômeno. Neste trabalho, trata-se de uma pesquisa que busca as características que compõem os conceitos dos serviços e do ambiente. Estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para algumas explicações (VERGARA, 2000).

Quanto à pesquisa qualitativa, ela se preocupa com o que não pode ser quantificável, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização e variáveis, (MINAYO et al, 1995), que se encontram nas falas e nas ações de cuidar.

A pesquisa qualitativa estuda cenários naturais para tentar compreender ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas atribuem a eles. Ela diz respeito aos seres humanos e se concentra na experiência dos mesmos, atribuindo significados as suas experiências, como matriz de suas relações – ser humano no ambiente que surge ao longo do cotidiano.

Empregamos como técnica para observação e obtenção de dados a filmagem e gravação das falas dos sujeitos do estudo, para contribuir na descrição de como eles (enfermeiros) se comunicam durante suas atividades de cuidar.

A produção de dados foi acompanhada pela própria pesquisadora após a aprovação do Comitê de Ética da instituição. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), após serem devidamente esclarecidos quanto aos aspectos éticos relacionados aos objetivos e direção da pesquisa, como também a forma de produção de dados.

O espaço da pesquisa

Os espaços do estudo foram as enfermarias cirúrgicas, exceto maternidade, do Hospital Universitário Gafreé e Guinle, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

O Hospital é de médio porte, que conta prédio principal de quatro pavimentos, onde estão localizados os diversos serviços e um ambulatório. Possui as especialidades de Urologia, Ginecologia, Obstetrícia, Clínica Médica, Oncologia, os serviços auxiliares ao ambulatório do hospital (laboratório, fisioterapia e raios X), Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Centro Cirúrgico. Além deles ainda há: superintendência dos serviços administrativos; serviços de estatística e de enfermagem; serviços sanitários; anfiteatro; rouparia; salão de honra; biblioteca; e museu. No *campus* foram projetados pavilhões especiais para abrigar: o Instituto de Pesquisa; o biotério; a capela — consagrada a N^a Sr^a da Conceição do Brasil; as oficinas de conservação; o dormitório dos empregados e a lavanderia. (SANGLARD, 2004)

Por ser um prédio adaptado para ser Hospital a mais de 80 anos, guarda uma estrutura física do um século passado com muitas janelas, pé direito alto, enfermarias onde os leitos são delimitados por boxes vazados na altura do chão e teto protegidos por cortinas que tem o objetivo de manter a privacidade.

Os Sujeitos Participantes do Estudo

a) Clientes

- Critério de Inclusão: Todos aqueles (as) clientes hospitalizados (as), nas enfermarias cirúrgicas da instituição e que gostariam de participar do estudo. Deveriam estar orientados no tempo e espaço, saber ler e/ou compreender o que lhes é perguntado. Não importa a patologia e/ou o porte da cirurgia, mas a situação de estar no ambiente hospitalar.
- Critério de Exclusão: Clientes que estejam no centro obstétrico/maternidade.

b) Equipe de Enfermagem que cuida de clientes hospitalizados

- Critério de Inclusão: todos (as) aqueles (as) da equipe de enfermagem que trabalhem em enfermaria com clientes hospitalizados e que queiram participar do estudo. Segue a mesma orientação a respeito de querer participar após o conhecimento dos objetivos do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Que autorizem a gravação de falas e imagens durante o processo de cuidar.
- Critério de Exclusão: Enfermeiros (as) que estejam em período de férias, afastado ou qualquer situação de licença e que trabalhem no centro obstétrico/ maternidade e residentes.

Questão Ética

Para a execução desta investigação foram cumpridas as determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) relativas à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É assegurado a todos (clientes e enfermeiros) o direito de não serem identificados e sair do estudo a qualquer momento, quando quiserem. Fundamental para a participação neste estudo é que todos compreendam e assinem o Termo de Livre Consentimento, conforme as implicações éticas e de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que diz em documentos internacionais como em declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, como por exemplo, o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de

1975, 1983 e 1989), além das disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e das legislações brasileiras correlatas, tais como Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 entre outros.

Esta Resolução unifica quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, garantindo os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O instrumento para coleta de dados foi acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em cumprimento na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Tomamos os cuidados necessários em relação à produção dos dados e o armazenamento das informações contidas nos formulários, mantendo o anonimato dos sujeitos da pesquisa, observando o disposto na Resolução, assumindo o compromisso ético quanto à:

- a) Liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem alguma penalização;
- b) Garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

Como estratégia para o fornecimento das escalas dos profissionais, solicitamos à Divisão de Enfermagem do Hospital, para em seguida contactar a chefia para facilitar o convite a participação no estudo realizado.

Em nenhum momento nem as imagens e nem as falas foram identificadas, apenas codificadas para organização da análise dos dados, nas imagens foram usadas tarjas pretas, na região dos olhos. O que queríamos era filmar os movimentos do corpo nas ações de cuidar, que tem a intenção de mensurar tempo, permanência, distância e aproximação da enfermagem com ela mesma, com os clientes durante o processo de cuidar. Garantimos o anonimato de todos os participantes do estudo, e estes foram informados de que a utilização das informações obtidas seria exclusivamente para fins científicos e que a divulgação

dos resultados ocorreria em periódicos científicos da área de enfermagem.

Registros de observação

Registramos o que identificamos durante os processos de cuidar dos clientes. Foram 10 meses de observação, registrando todos os dados visíveis e de interesse para a pesquisa. As anotações foram realizadas de acordo com as situações apresentadas nas enfermarias do hospital. A observação dos fatos precisa e os registros feitos é uma combinação confiável, havendo concordância entre os dois.

Sobre a Filmagem e Gravação

Como recurso que possibilita a geração de dados, a gravação dos ruídos e das falas e a filmagem foram utilizadas para captar aspectos influenciadores do fenômeno que se pretende pesquisar, que é a comunicação no ambiente, para posteriormente, realizar a análise. O vídeo é um instrumento valioso para a geração de dados sobre a configuração do ambiente e as influências da comunicação, como válidos em pesquisas científicas, que só será divulgado com a autorização dos participantes.

Quanto à imagem, a mesma vem sendo há muito tempo uma ferramenta para registrar o movimento, ou seja, as ações e comportamentos das pessoas no espaço (REYNA, 1997; HEIVEIL, 1984). Torna-se, assim, possível captar o objeto de estudo, pois reduz questões da seletividade do pesquisador e configura a reprodutividade e estabilidade do estudo (SCAPPATICCI; IACOPONI, BLAY, 2004).

Podemos entender que “o vídeo tem uma função óbvia de registro de dados sempre que algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito compreensivamente por um único observador, enquanto ele se desenrola” (BAUER, 2013).

A principal vantagem deste método é que outros pesquisadores ou colaboradores (juízes) também podem fazer uso do material coletado. Torna-se possível analisar todo o material de pesquisa e manter a neutralidade dos dados. Sendo assim, o uso do vídeo permite certo grau de exatidão na coleta de

informações, comprovação frente aos tradicionais questionamentos da subjetividade da pesquisa qualitativa (KENSKI, 2003).

É indicado também o uso de gravador na realização de entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995).

Autores como Patton (1990) e Rojas (1999) concordam com esta indicação, pois o gravador preserva o conteúdo original e aumenta a acurácia dos dados coletados. Registra palavras, silêncios, vacilações e mudanças no tom de voz, além de permitir maior atenção ao entrevistado. No entanto, antes da gravação, ressaltam a importância do domínio desta tecnologia, sugerindo o teste da bateria, do volume e do funcionamento do aparelho. A aquisição antecipada das fitas cassete, a numeração de sua seqüência, assim como a identificação de locais livres de ruídos e de interrupções também são necessários.

Um bom entrevistador é aquele que sabe ouvir, mas ouvir de forma ativa, demonstrando ao entrevistado que está interessado em sua fala, em suas emoções, realizando novos questionamentos, confirmando com gestos que o ouve atentamente e que quer compreender suas palavras, mas sem influenciar seu discurso. Ele aprofunda o relato do participante e mostra atenção sobre detalhes importantes.

As imagens filmadas resultaram em informações que deram base para o texto escrito. Falas e ruídos também foram ser selecionados, mensurados e discutidos.

A utilização de mais de um recurso permitiu o desenvolvimento de pesquisas estruturadas, coleta de dados mais abrangente, favorecendo a compreensão do fenômeno estudado e, conseqüentemente, maior diversidade e riqueza de informações (DESSEN; BORGES, 1998).

A captura das imagens foi feita utilizando-se uma câmera digital Sony modelo Handycam, com resolução de 12(doze) megapixels e com capacidade de gravação de imagens em movimento em alta definição (HD/high definition).

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, analisado e liberado sob nº 949.249.

Os Momentos do Estudo

Para a realização deste estudo a produção de dados foi feita através de um instrumento semiestruturado (APÊNDICES D, E, F e G) com a finalidade de identificar os fatores que podem influenciar na comunicação entre clientes e enfermeiros com base nas falas dos mesmos que foram cruzados com os dados da filmagem e gravação.

“O Modus Operandi”

Primeiro Momento: Construção de Instrumentos

→ Instrumento 1 - Caracterização dos participantes do estudo, Comunicação e Ambiente (APÊNDICES D e E)

Os instrumentos são compostos por três partes. Sendo que o instrumento para os clientes tem a primeira parte direcionada para a caracterização dos sujeitos, contendo sexo, idade e estado civil; a segunda parte composta por questões abertas; e a terceira parte do questionário do estudo referente a uma escala de Likert (APÊNDICE D) de comunicação adaptada para atender a outras questões, e que tem a finalidade de atribuir um escore numérico aos fatores que estão sendo analisados em uma sequência (POLIT e HUNGLER, 2004). O instrumento para os Enfermeiros (APÊNDICE E) tem a primeira parte direcionada para a caracterização dos sujeitos, contendo sexo, idade e estado civil; a segunda parte referente a escala de Likert; e a terceira parte composta por questões abertas. Os critérios da escala de Likert se referiam aos fatores do ambiente hospitalar, e receberão pontuações seguindo a legenda: (0) ponto = não interfere; (1) ponto = Interfere pouco; (2) pontos = Interfere; (3) pontos = Interfere extremamente. O Escore máximo possível é de 72 pontos e o mínimo de 0 ponto.

Os itens da escala foram classificados em: BAIXO– para escores entre 0 e 23; INTERMEDIÁRIO – para escores com valores entre 24 e 47; e ALTO – para escores com valores entre 48 e 72.

Segundo Momento

→ Instrumento 2 – Sobre a filmagem (APÊNDICE F)

Nesse momento de posse das imagens e gravações dos dados produzidos e inicialmente organizados, eles foram submetidos a apreciação dos participantes do estudo, instantes em que deram significados aos dados produzidos podendo retirar ou acrescentar novas falas e/ou imagens.

Diante das imagens captadas durante o processo de filmagens, os dados foram observados e analisados, sendo confrontados com as respostas dadas pelos sujeitos da pesquisa, o que aperfeiçoou a detecção de contradições entre o discurso e o comportamento.

As imagens foram analisadas a partir dos movimentos do corpo nas ações de cuidar que teve a intenção de mensurar tempo, permanência, distância e aproximação da Enfermagem com ela mesma e com os clientes, antes, durante e após o processo de cuidar, como se apresentam quando ao se comunicam com os clientes, se usa vestimenta apropriada ou não, se mostra satisfeito em cuidar do cliente, explica o procedimento a ser realizado, entre outros.

Terceiro Momento

→ Instrumento 3 – Sobre a gravação de ruídos e falas - os significados dados aos ruídos e falas no ambiente de cuidar. (APÊNDICE G)

► Sobre as falas

Um gravador esteve ligado no posto/ enfermaria para capturar como a comunicação acontece entre enfermagem e clientes. As falas foram transcritas e organizadas para serem apresentadas aos participantes do estudo. Assim, as informações foram cruzadas com as falas (Imagem/Procedimento x Comunicação).

Quarto Momento - Encontro com os sujeitos

Fizemos uma visita às enfermarias para agendar encontros com clientes e enfermeiros, separadamente, explicando os objetivos do estudo e os momentos. (Apêndices D e E):

- a) Gravação e Filmagem
- b) Entrevista para preenchimento específico de questões quanti-qualitativas dos instrumentos
- c) Observação
- d) Captação de dados para os instrumentos C e D (Apêndices C e D)

Quinto Momento

Transcrição de material gravado e da filmagem e tabulação dos dados para organização do material das falas e de ações/ atos de cuidado – é o momento da organização da análise segundo orientação de Bardin (BARDIN, 2004).

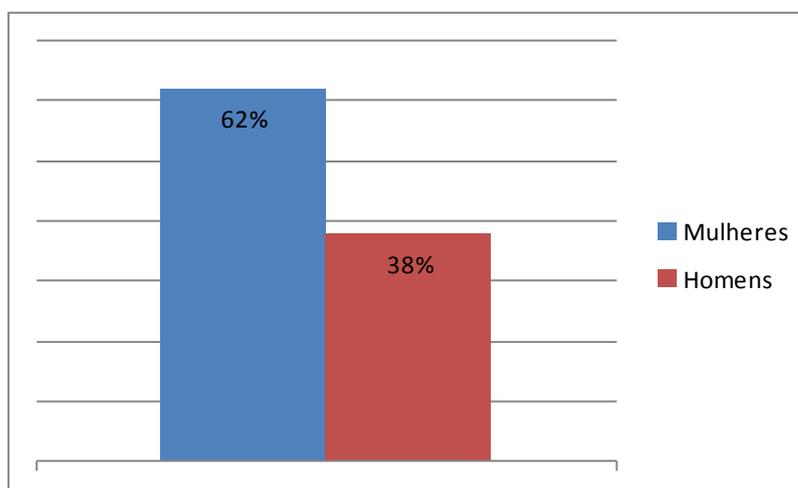
Um conjunto de instrumentos metodológicos que se aperfeiçoa constantemente e que se aplicam a discursos diversificados, principalmente na área das ciências sociais, com objetivos bem definidos e que servem para desvelar o que está oculto no texto, mediante decodificação da mensagem (BARDIN, 1977).

CAPÍTULO 4 – OS RESULTADOS

Apresentação da organização, análise e Categorização dos dados

Antes, porém, apresentamos quem são os clientes e os enfermeiros que participaram do estudo, com dados demográficos de sexo e estado civil, nos quadros que seguem:

Gráfico 01- Dados demográficos dos clientes



Mulheres : 19 Homens: 12

Idade: 28 a 72 anos

Gráfico 02 – Estado Civil dos clientes

Solteiros: 16 Casados: 10 Divorciados: 05

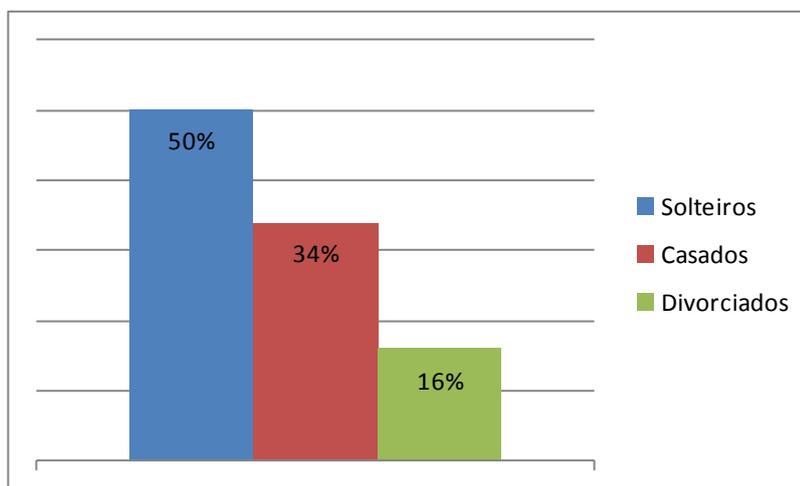
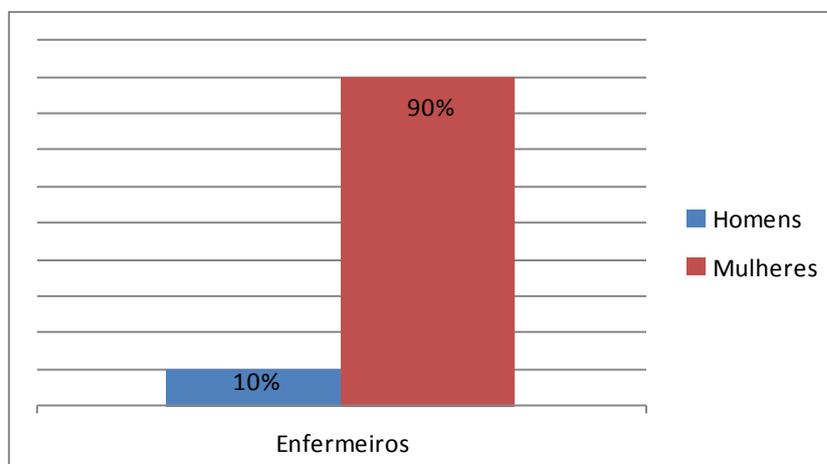
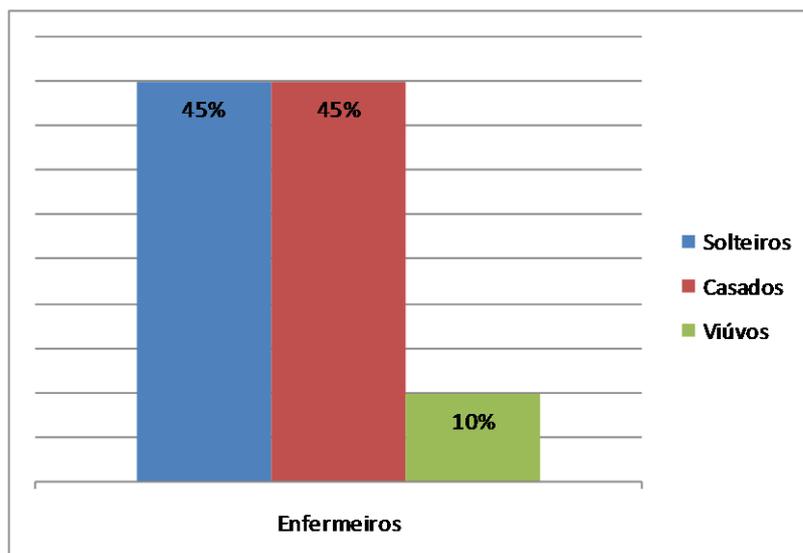


Gráfico 03 - Dados Demográficos dos Enfermeiros



Mulheres : 10 Homens: 01 Idade:25 – 59 anos

Gráfico 04 - Estado Civil dos Enfermeiros



Solteiros: 05 Casados: 05 Viúvos: 01

Vimos que o grupo de entrevistados é composto por um número significativo de mulheres, a maioria, solteiras. Após a organização dos dados produzidos durante as filmagens, gravações e entrevistas por 31 clientes são apresentados 07 gráficos:

02 específicos do sexo, idade e estado civil; 04 são relativos a situações de comunicação e 01 é a síntese do Check-list.

- **Dados sobre as FALAS de Clientes e Enfermeiras**

Neste momento optamos pela organização da análise por Bardin (1977), quando sugere uma leitura geral, seguida de uma mais detalhada, isto é: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. Como procedemos a partir do texto bruto produzido pelos respondentes. Consideramos que neste momento, o conjunto das respostas (organizadas) pela regra da exaustividade (entrevista de um inquérito, respostas a um questionário), onde todas as palavras são consideradas, todos os verbos no procedimento de exploração. Os resultados foram tratados a partir do texto bruto, produzidos nas respostas (os falantes). A operação trata de uma estatística simples (percentagens, que permitiu estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras, modelos, que condensam e põem em relevo as informações de Bardin).

Colocar em relevo as respostas dos clientes sobre as questões feitas, respondidas e apresentadas em gráficos-quadros. É fundamental lembrar que as respostas de cada pergunta indicavam significados fortalecedores das respostas que iam dando às questões seguintes. Ao levá-las íamos descobrindo situações que nos interessam como ações para a prática de enfermagem; também fizemos muitas reflexões no percurso da descoberta. Optamos por apresentar o texto bruto, seguido de unidades de análise que emergia deles, destacadas no próprio texto.

- **O primeiro texto: As Falas dos clientes e o resultante das questões feitas aos clientes - Como ele (o cliente) se sentia diante da comunicação e se ele compreendia o que a enfermagem falava com ele.**

Clientes relataram se sentirem constrangidos ao não entenderem o que o profissional está dizendo, e muitas vezes concordam com o que eles estão falando por não saberem o que significa e se sentem envergonhados de perguntar, como foi dito pelo cliente A.R.S: “ *Quando me disseram que eu tinha que fazer uma Colonoscopia, eu não sabia o que era isso, mas eu estava com vergonha de*

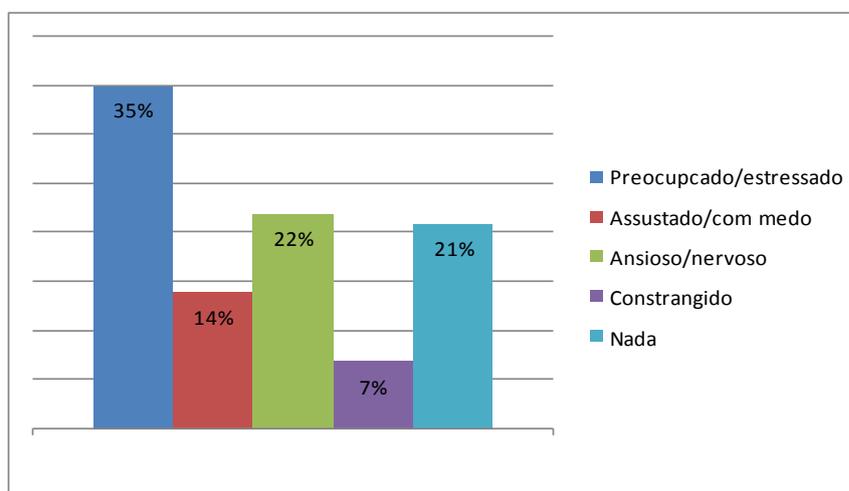
perguntar e mesmo assim disse que tudo bem, e ao conversar com um outro paciente que estava no leito do lado, foi ele quem me explicou o que era isso. Fiquei muito nervoso porque eu não sabia como era isso, se eu ia tomar anestesia e se tinha algum risco de morrer. ” Neste caso, a equipe que ali estava deveria orientar o cliente, sem fazer nenhum tipo de julgamento. “A Comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo” (STEFANELLI, 2005).

Ao ser questionado aos participantes do estudo, como se sentiam quando a enfermeira fala termos que eles não compreendem, tivemos diversas respostas preocupantes, como preocupados/estressados. Sabe-se que os níveis excessivos de estresse não interferem somente no emocional e no físico de uma pessoa, como também na parte mental. O estresse dificulta também o sono, sendo um dos momentos mais prejudiciais, gerando também a ansiedade, que também é um dos sentimentos relatados pelos clientes. Destaques apresentados aqui continuam indicando que a comunicação tem indicadores geradores de desconforto, causado, provavelmente, por uma comunicação inadequada, mostrando que ela pode causar adoecimentos, mudanças no estado emocional que pode interferir no corpo físico-mental. A comunicação tem indicadores geradores de desconforto, causado, provavelmente, por uma comunicação inadequada, comprovando que ela pode causar adoecimentos, mudanças no estado emocional que pode interferir no corpo físico-mental. “*Alterações de ordens psicológica e afetiva, como ansiedade e medo, são freqüentemente encontrados entre os pacientes, tornando relevante a identificação dos estressores que contribuem para o desenvolvimento destes quadros*”. (HEWITT, 2002)

Pacientes em período de internação e tratamento apresentam frequentemente dúvidas, medos e inseguranças que podem ser minimizados, evitando quadros de ansiedade e depressão através de uma boa comunicação realizada entre a equipe e este cliente. Porém, quando esta comunicação se esvaece, surge o silêncio que denuncia, mascara, faz ruído e encobre (KITAJIMA E COSMO, 2008)

Os resultados do texto bruto se apresentam no gráfico nº05, que geraram unidades de análise que envolvem aspectos emocionais, de constrangimento.

Gráfico 05 – Compreensão de Comunicação – O que geraram.



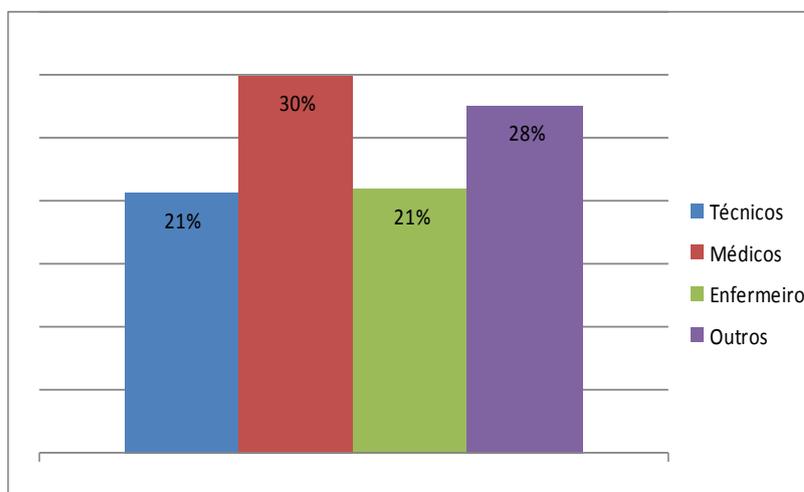
A confirmação de que a comunicação tem tido importância nas relações com nossos clientes, temos acreditado que é preciso, e não temos dúvidas, de que o profissional de saúde precisa transmitir confiança ao paciente, ajudando a constituir numa dimensão central de que cuidado estamos fazendo e falando.

Ao serem questionados, com quem mais se comunicam quando internados nas enfermarias, eles respondem na maioria que se comunicam mais com a equipe de Enfermagem, e mesmo assim não se apresenta uma relação satisfatória como podemos notar. Muitas também se justificam em se comunicar mais com os médicos, pois acham que eles lhes dão mais atenção, como diz a cliente J.T.S.: *“Quando o médico vem me ver eu me sinto muito aliviada, porque ele me dá atenção e não fica de mau humor pra explicar as coisas. As enfermeiras em tudo o que perguntamos dizem que é pra perguntar pro médico”*. O paciente e sua família têm a esperança de que o profissional seja o responsável pela diminuição do sofrimento e da angústia, assim como desejam ser acolhidos, amparados e não responsabilizados pela situação em que se encontram. (BAZON, CAMPANELLI, BLASCOVI-ASSIS, 2004)

Estabelecer um vínculo entre profissional de saúde- paciente deduz-se que a aproximação é para a compreensão do doente, sendo isso possível pela disposição do profissional em relacionar-se de forma mais personalizada, menos objetiva e mais humanizada. “A vinculação é uma tarefa nobre e não um jogo de sedução para perpetuar a necessidade de lisonja do profissional. A vinculação é um compromisso, uma manobra bem-intencionada, calculada, sem ser fria; movida basicamente pela intuição e pelo sentimento profissional”. (BENETTON, 2002)

Aparentemente existe um equilíbrio de comunicação entre os clientes e a equipe de Enfermagem (12) e médicos e outros (19), mas eles não nos explicam explicitamente de que comunicação falam, somente justificam dizendo que essas pessoas não conseguem dar mais atenção e que não aparentam ter paciência no trato com eles, além de afirmar que a enfermagem está sempre apressada.

Gráfico 06 – Com quem se comunica



Esta confirmação de que falam mais com médicos ou com a Equipe são esperados, não que sejam mais ou menos importantes, que se relacionar com este ou aquele. O que é importante e se somarmos enfermeiros mais técnicos, somamos 42%. O eu é importante para eles, é que a doença precisa ser tratada e para eles, o que está verificado na sociedade é de quem é responsável por isso é o médico que faz o Diagnóstico e propõem a intervenção de cura. O médico, para eles, é quem tem o poder e se sentem suficientemente atendidos. Eles também não sabem qual é

o nosso lugar na equipe, não sabem sobre o que nós somos, e que também somos responsáveis por sua cura. As pistas que nos dão é que precisamos rever o que estamos falando e fazendo, e investigar mais.

Continuando a organização de análise, mais falas dos clientes que indicam os constrangimentos sentidos. A cliente R.V.G. ao descrever a situação em que se sentiu envergonhada chorou, dizendo: *“Me senti um lixo quando estava passando mal durante a noite e pedi ajuda. Vomitei muito e estava me sentindo péssima, e quando chamei para me ajudarem ainda me criticaram porque tinha vomitado dentro da lixeira, me passando que o lixo do hospital era pago por peso e que eu estava errada em vomitar ali. As pessoas que eu confiava, e que podiam me ajudar me humilharam e desde aquele dia não confio 100% no hospital, tenho medo”*. Diante deste relato, é possível diagnosticarmos uma abordagem inadequada, desumana, desqualificada e descuidada, me fazendo novos questionamentos e reflexões para estudos futuros. Diante da situação apresentada, foi observado o quão desconfortável e humilhante foi este ambiente para esta cliente. Quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva por que os gestos de atenção e cuidado ficarão presentes sempre na lembrança dessa pessoa. (SILVA, 2000)

Diante do relato do cliente J.T.P foi possível ver também que a falta de humanização existe sim: *“Eu tinha urinado e pedi para trocarem minha fralda porque eu não consigo ir ao banheiro, minhas pernas estão fracas. Me disseram que era pra esperar por que ainda não estava na hora da troca de fralda. ”* Será que esses profissionais pensam no bem-estar dos clientes? Essas falas mostram uma comunicação - imagem, registradas na 1º categoria de análise, quando observamos procedimentos e foi possível observar e captar imagens de DOR e CONSTRANGIMENTO. As imagens mostram algumas situações constrangedoras citadas pelos clientes que demonstram a falta de humanização, má vontade para desempenhar determinados procedimentos, como nas figuras 03 e 04, ao ser realizado o banho de um cliente que mesmo ao informar ao profissional que estava sentindo dores e que não estava bem para tomar banho, foi direcionado mesmo relatando à equipe como estava naquele momento. O cliente foi informado que ele deveria tomar banho naquela hora porque se não iria atrapalhar todo o esquema de trabalho da profissional, e que essa *“dorzinha”* que ele estava sentindo não era tão

forte que não pudesse tomar um banho. Respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, buscando interpretar o que ouvimos, ter compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso, é entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro”. (FERNANDES, 2005) A humanização é estabelecida como construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. (FREYRE, 2004). É possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade. (PESSINI, 2002)

Respeitar o outro na forma de ação inclui também considerar os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Esses princípios são subsidiários à dignidade humana, tornando-se um componente essencial da qualidade do cuidado. (ANJOS, 2004). Conversar com o paciente, procurar entender a situação dele no hospital, procurar entender o porquê ele preferia não tomar banho, com um olhar mais sensível e humanizado, talvez fosse uma forma de oferecer mais conforto neste ambiente.

Quadro 01 - Respostas da questão: Já aconteceu alguma situação que ficou envergonhado? Qual?

NÃO	SIM	QUAL?
16	15	<p>(2) Ao chorar quando fiquei sozinha</p> <p>(3)Ao chamar várias vezes reclamaram</p> <p>Repreendida ao vomitar na lixeira. Disseram que pagam o lixo por peso (Enfermeira).</p> <p>Repreendia ao vomitar, pediram pra ficar quieta.</p> <p>Quando estava me sentindo mal e com dor, avisei a enfermeira e fui tratada com descaso, pois a resposta que tive era que eu reclamava muito e só sentia dor.</p> <p>Ter que tirar minha roupa na frente de pessoas que nunca vi sem mesmo ter privacidade.</p> <p>Pedi para trocarem minha fralda, e disseram que ainda não estava em tempo de trocar, que era para esperar o horário.</p> <p>Queriam que eu tomasse banho sozinho, mas eu não conseguia.</p> <p>Ao me sentir triste no hospital, fui falar para a enfermeira, ela me disse que era besteira.</p> <p>Quando me sentia agitado à noite e disse que estava com ansiedade, me disseram que era para virar para o lado que passava.</p> <p>Ao informar que era HIV, vi que não se sentiu bem ao me ajudar e chamou outra pessoa. Me doeu muito!</p> <p>Disse que tinha depressão e me disseram era só não me jogar da janela que estava tudo certo.</p>

Total: 31	
-----------	--

O processo de enfermagem é a principal metodologia para a prática profissional desses profissionais. É caracterizado por cinco etapas inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução) e acrescenta qualidade ao cuidado e possibilita a avaliação da assistência de enfermagem, aumentando o reconhecimento profissional (HERDMAN, 2010).

Assim, dentro dessa contextualização, os diagnósticos de enfermagem são elementos fundamentais para a prática profissional, pois são julgamentos clínicos sobre as alterações de saúde ou eventos da vida que direcionam o planejamento dos cuidados prestados aos pacientes (GARCIA, 2009). Como diagnosticar se os profissionais que ali se encontram não dão valor ao que é dito pelos clientes, tratando-os muitas vezes com arrogância e com postura desumana. (Quadro 1)

Quadro 02 - A síntese do check-list respondido pelos clientes e os fatores do ambiente hospitalar.

QUADRO SÍNTESE				
FATORES	NI	IP	I	IE
Questões Sociais				
Ver a família	15	02	08	06
Questões Intrínsecas				
Ser picado por agulhas	02	0	20	09
Não dormir	02	03	07	19
Dor	0	06	10	15
Sede	0	09	08	14
Morte	07	02	03	19
Procedimentos Técnicos				
Usar Oxigênio	12	06	09	04
Medir PA	22	04	02	03
Equipamentos	16	05	0	10
Acordado pela Enfermagem	20	02	04	05
Privacidade	08	03	07	13
Comunicação				
Explicações	04	03	17	07
Não se apresentar	06	03	05	17
Não saber qdo as coisas vão acontecer	05	09	05	12
Interromper	09	05	05	12
Falta conversa	16	07	05	03
Arrogância profissional	02	03	05	21
Termos sem entender	03	07	05	16

Apressados	11	0	12	08
Questões Ambientais				
Luz Acesa	09	0	09	13
Ambiente frio/quente	03	05	0	23
Sons	08	0	03	20
Falar alto	16	0	02	13
Gemido	11	03	05	12

A análise deste quadro nos obrigou a organizar uma pontuação a partir de 4 respostas para cada item do check-list, nos orientando para uma nova reorganização sobre os níveis de incômodos sentidos pelos clientes quando estão internados. Este quando foi decodificado numa matemática simples, a partir do número de vezes que os clientes indicam as respostas das legendas:

- Não Interfere - NI

- a) Ficar sem ver a família;
- b) Usar oxigênio;
- c) Ouvir gemidos;
- d) Ser acordado pela Enfermagem;
- e) Se os profissionais não se identificam;
- f) Aferir a Pressão arterial;
- g) Fala alta na Enfermaria;
- h) Barulho de equipamentos;
- i) Profissionais apressados;
- j) Falta de conversar com eles;

- Interfere Pouco - IP

- a) Ser picado por agulhas;

- b) Sentir dor;
- c) Necessidade de explicações;
- d) Profissionais apressados

- Interfere Extremamente - IE

- a) Não dormir;
- b) Sentir dor;
- c) Sentir sede;
- d) Luz Acesa;
- e) Sons;
- f) Temperatura ambiente (calor/frio)
- g) Gemido;
- h) Profissionais que não se apresentam;
- i) Que falam alto (ruídos);
- j) Uso de termos que não entendem;
- k) Morte
- l) Arrogância profissional;
- m) Ser interrompido quando está descansando;
- n) Falta de privacidade

Esses resultados indicam que a primeira categoria de discussão foi denominada de: IMAGEM E AS FALAS DA COMUNICAÇÃO são inadequadas e constrangedoras para os Clientes que são cuidados pela Enfermagem.

Enfermeiros, pela função que desempenham, assumem as atividades mais complexas e que envolvem maior risco para os pacientes, além de serem

responsáveis pelas atividades desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem. Dessa forma, incorporam alto nível de responsabilidade, na tentativa de ter o controle absoluto sobre o trabalho, o que muitas vezes os levam a exigir de si mesmos atitudes sobre-humanas. Ao observar as reações do corpo às pressões exercidas pelas situações vivenciadas, vimos o que o termo “estresse” pode gerar no corpo dos profissionais de enfermagem e seus clientes.

Ao relacionar as imagens obtidas, falas de clientes e profissionais de enfermagem, vimos condutas errôneas, o que nos sensibilizou, em defesa dos clientes, já que o desrespeito com pacientes internados acontece rotineiramente.

Vimos que os profissionais não estão preparados para lidar com o sofrimento, angústia, mau humor, medo, nervosismo, ansiedade e depressão dos pacientes. Por várias vezes, além do profissional não compreender a dor/sofrimento origem, ele não aguenta a carga negativa das queixas que são feitas, perdendo a paciência e até mesmo insultando, menosprezando as mensagens e sofrimentos, e até mesmo dificuldades compartilhadas pelas pessoas que já se encontram ali.

- . Segundo texto - As falas dos Enfermeiros

Procedemos à organização do mesmo modo que fizemos com as falas dos clientes, e tratamos do registro de observação e as falas dos Enfermeiros sobre as questões ligadas à prática da comunicação.

Durante todo o processo de coleta de dados, foi possível também observar a falta de entusiasmo dos profissionais que ali estão devido à falta de estrutura fornecida para desempenharem suas funções. Muitas vezes vimos o desespero dos profissionais por não terem material para prestarem a assistência adequada, demonstrando também seu cansaço diante de tal situação. O funcionário C.T.F. relata: *“Estamos com dificuldades para prestar assistência aos pacientes, faltam medicamentos, insumos importantes do laboratório, da farmácia e de outros setores”*.

Atualmente, a problemática das questões ligadas às instituições hospitalares no Brasil é indiscutivelmente de proporções gigantescas, e muitas questões aparecem quando o assunto é a Saúde Pública. Problemas ligados à falta de estrutura básica de atendimento, de recursos para a aquisição de materiais

imprescindíveis, como medicamentos, por exemplo, são infelizmente, mais normais do que exceções, dentro da panorâmica caótica de saúde no país, trazendo à tona uma problemática existente até mesmo nas instituições privadas, em que se excluem os problemas financeiros, a falta de materiais e profissionais insatisfeitos pela inexistência de estrutura para trabalhar; fala-se da desumanização no atendimento. (CHIATTONE, 1988)

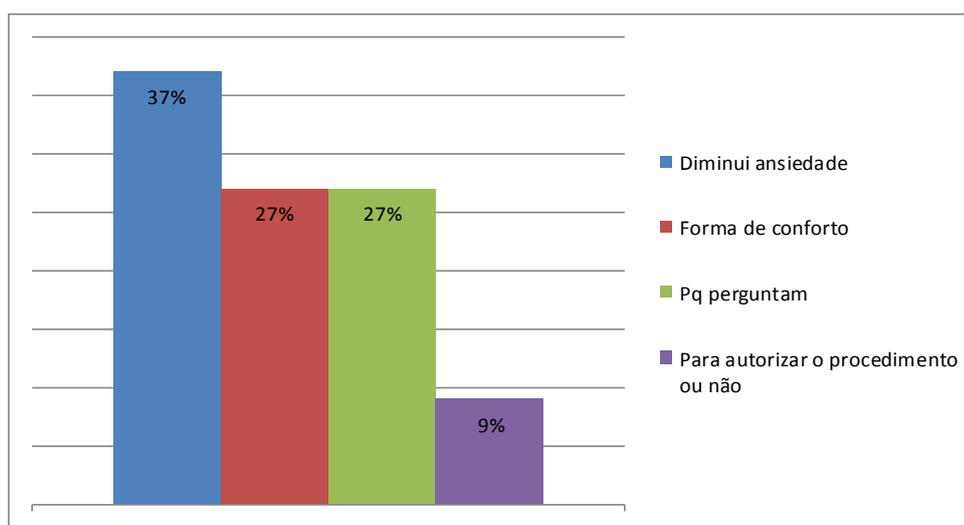
Ao serem questionados, os enfermeiros costumam explicar o procedimento a ser realizado para os clientes, vimos que 100% deles possuem esta atitude. É importante ressaltar que ao incluir o cliente nas decisões clínicas é uma atitude valorizada por eles. Questionar os procedimentos terapêuticos ou até mesmo recusar cuidados e procedimentos são direitos apreciados, dos clientes, por isso o seu consentimento é necessário para realizar qualquer protocolo e não o executar contra a sua vontade. O cliente desconfia do profissional que tenta excluí-lo da informação, o que provoca desconfiança. A preparação psicológica é caracterizada como conjunto de procedimentos técnicos que tem por objetivo geral aliviar as reações emocionais advindas da situação de internação hospitalar e facilitar a adaptação comportamental neste contexto. (QUILES E CARRILLO, 2000)

Que toda e qualquer cirurgia tem o intuito de melhorar o bem-estar do cliente - seja pelas condições de saúde ou esteticamente - não há dúvidas. A parte ruim é que se submeter a essas intervenções nunca é agradável e sempre envolve riscos. Para tornar esse momento menos tenso e preocupante, decidindo com mais segurança se o procedimento deve ser realizado ou não, é fundamental o profissional de saúde esclarecer todas as dúvidas existentes, tendo uma relação profissional- cliente mais estreita e humanizada. A informação sobre o procedimento a ser realizado deve ser clara, objetiva e com vocabulário simples. Os fatores que tornam a informação o elemento principal de um processo de preparação psicológica incluem o alto potencial de redutor de ansiedade, a eliminação de dúvidas acerca do procedimento e seus efeitos e baixo custo operacional. (CAMINITI, SCODITTI, DIODATI, & PASSALACQUA, 2005)

Vimos no gráfico 07 os motivos pelos quais os enfermeiros julgam necessária a explicação dos procedimentos a serem realizados, tendo a diminuição da ansiedade como a resposta mais dita, como diz o profissional S.F. T: “Quando não

explicamos o que o paciente vai fazer, ele passa o dia ou noite ansioso, e muitas vezes isso prejudica o seu estado de saúde, trazendo outros problemas, então prefiro explicar tudo corretamente, para evitar transtornos.

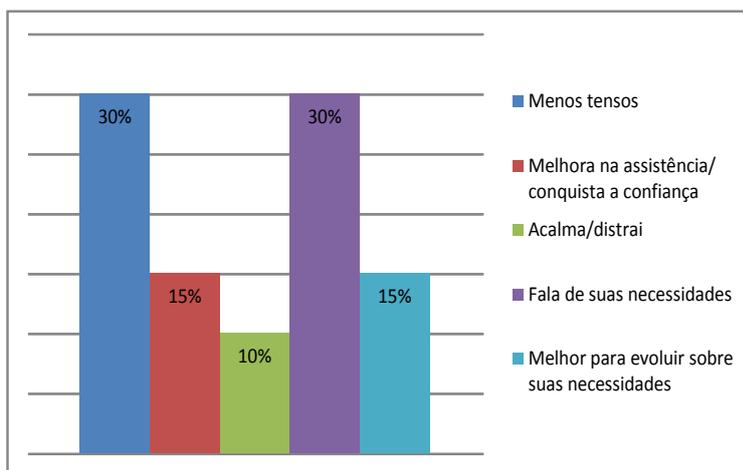
Gráfico 07 – Motivos pelos quais os Enfermeiros explicam o procedimento a ser realizado.



É assim que eles dizem que ao demonstrar ao cliente que se preocupa com ele, que o mesmo disponibiliza parte do seu tempo para conversar com ele, percebe-se que tal atitude encoraja e passa segurança. Por outro lado, a fala hostil ou agressiva, que reprova, ironiza e agride, inibe a conversa. Uma conversa em que se evita a impessoalidade, cumprimentos formais, o profissional que chama o cliente pelo nome, demonstra interesse, conhece o seu problema e escuta o que ele tem a dizer, e assim estabelece uma interação humana com os sujeitos: "*Como você está? O que está acontecendo?*" O profissional competente conversa abertamente, sem deter-se em assuntos predefinidos, deixando todos à vontade. Na fala fechada, ao contrário, o profissional fica de cara feia, com expressão rígida e tensa, sem abertura para dialogar e nem sempre os clientes são capazes de fazer a leitura clara dessa linguagem, mas eles sabem que algo não está certo. O acolhimento também pode gerar uma relação de confiança, na medida em que o cliente, uma vez se sentindo acolhido, tende a facilitar o processo de interação entre ele e a enfermeira. A expressão de sentimentos pelo paciente, positivos ou negativos, é um fator de cuidado de enfermagem (WATSON, 1997), facilitador da comunicação / interação

entre o cliente e o profissional de saúde, outro atributo importante que qualifica o cuidado de enfermagem e que emergiu dos discursos das enfermeiras como tecnologia leve. (SILVA, 2008)

Gráfico 08 – Sobre a questão se faz parte da conduta profissional conversar com os clientes e por quê?



A boa relação entre profissionais de saúde e clientes faz a diferença não apenas em índices de satisfação dos últimos, mas também em alguns indicadores de saúde como a diminuição de ansiedade. Sem comunicação, a interação e a transação não podem ocorrer. Por isso, as enfermeiras deveriam estar preocupadas com os seres humanos que interagem com seu ambiente, de forma que levem à autorrealização e à manutenção da saúde. Elas enfatizam a importância dessa interação, centrada nas necessidades e no bem-estar do cliente. (WATSON, 1997). Com a análise deste estudo, aprendemos muito. Muitas vezes os profissionais partem do princípio de que o paciente entende tudo o que é dito. Muitos profissionais não têm o hábito de checar se suas informações foram bem compreendidas.

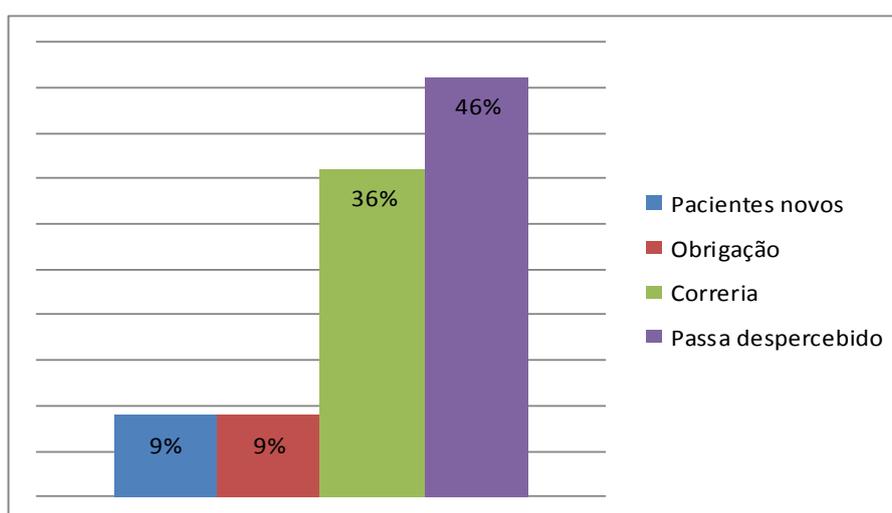
Se tornar um ouvinte ativo, também é uma ferramenta que deve ser mais utilizada, pois é o caminho para que o cliente se abra completamente e fale sobre as suas preocupações. Estar sempre atento às necessidades do cliente, conhecer as circunstâncias, respeitar crenças e medos de cada pessoa são de grande importância. Algumas técnicas podem ser empregadas para auxiliar na comunicação

verbal: a) expressão (permanecer em silêncio, verbalizar aceitação, repetir as últimas palavras ditas pela pessoa, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse); b) clarificação (estimular comparações, devolver as perguntas feitas, solicitar esclarecimento de termos incomuns e de dúvidas); c) validação (repetir a mensagem dita “read back”, pedir a pessoa para repetir o que foi dito) (SILVA, 1996).

Diante do relato do profissional R.L.P, vimos que ainda existem profissionais que se atentam a ter disponibilidade para conversar com os clientes: “ *Gosto de separar um tempo do meu plantão para conversar com meus pacientes. Quando faço isso, fica mais fácil de atender aos seus pedidos, eles ficam menos agitados e consigo prestar uma assistência com melhor qualidade*”. O uso da comunicação como ferramenta na assistência de enfermagem permite a personalização da assistência oferecendo o cuidado necessário, humanizado e competente. Considera o cliente como ser humano e pessoa que é (STEFANELLI, CARVALHO E ARANTES, 2005; MORAIS ET AL, 2009).

Essas são ações que queremos objetivar na prática, pois temos visto rotineiramente que elas estão apenas nas falas dos enfermeiros. Por exemplo, o gráfico n° 09 mostra contradições entre o dizer e o fazer, em relação aos enfermeiros (10 - 91%) que dizem conversar. Entretanto, existem tensões criadas pelos atos e ações de uma comunicação que não é compreendida pela Enfermagem e que não se encontra com frequência, como no gráfico abaixo:

Gráfico 09 – Ao iniciar sua rotina de trabalho, quais são os motivos para que você se apresente aos clientes?



Há de se refletir sobre uma prática na qual a comunicação verbal é, em grande parte do tempo, ausente, quando as enfermeiras não conseguem falar com quem cuida. Isso acontece devido à correria, para dar conta dos cuidados, e quando afirmam que não é obrigação. Estes fatos podem estar relacionados ao comportamento humano, no qual a comunicação tem sido um desafio, e finalmente é possível inferir que quando dizem que o doente não é percebido por eles, pode ter fundamento, por que eles todos os dias estão cuidando deles. E como aquele que eu estou cuidando, está num leito da enfermaria passa despercebido. Então, comunicar para quê?

O profissional N.S.G. diz: *“Temos tanta coisa pra fazer já quando chegamos que muitas vezes, não me apresento aos pacientes, passa despercebido. Não temos muito tempo para tantas formalidades. É muito corrido”*. Para que a relação de ajuda-confiança se institua entre a enfermeira e o cliente é necessário um modo de comunicação, no qual esteja presente a compatibilidade - que as enfermeiras sejam verdadeiras em suas interações; a empatia - tentativa das enfermeiras em entrar em sintonia com os sentimentos dos clientes. (WATSON, 1997). Do contrário, a comunicação passa a ser uma formalidade, não obrigatória e, não um cuidado ou uma forma de se encontrar e saber sobre aquele que cuidamos.

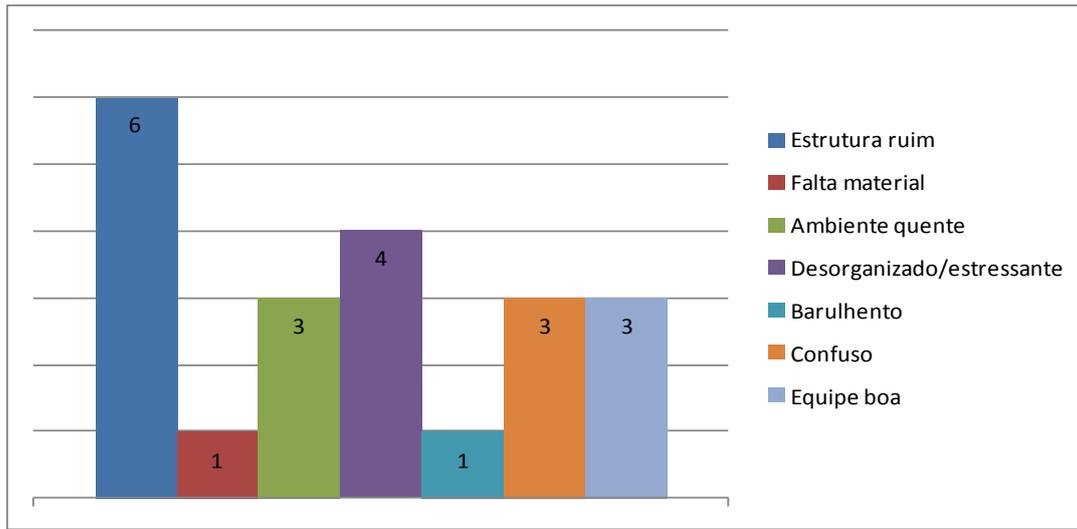
É desalentador saber que apenas 02 enfermeiros, do estudo relatam se apresentar aos clientes quando iniciam sua rotina de trabalho, e se justificam dizendo, que quando fazem isso é porque se tem algum cliente novo, ou porque é sua obrigação ter tal atitude. O restante, que totalizam 09 enfermeiros, representando 82%, informa não se apresentar aos clientes ao iniciar sua rotina de trabalho, pois tem alguns dias que passam despercebidos ou pelas rotinas diárias.

Para um plantão muito corrido, podemos inferir que existe muito trabalho para poucos enfermeiros, o que pode está relacionado ao dimensionamento de pessoal, organização e excesso de tarefas. Estudos publicados corroboram esta observação ao afirmarem que "a atuação do enfermeiro nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades do cliente, e sim à realização de ações não inerentes à enfermagem" (ANDRADE e VIEIRA, 2005); e, ainda, que, "apesar de ser o profissional qualificado e capacitado legalmente para desenvolver uma assistência

integral aos pacientes, observa-se que presta assistência sem sistematização e de forma fragmentada” (COSTA e SHIMIZU, 2005)

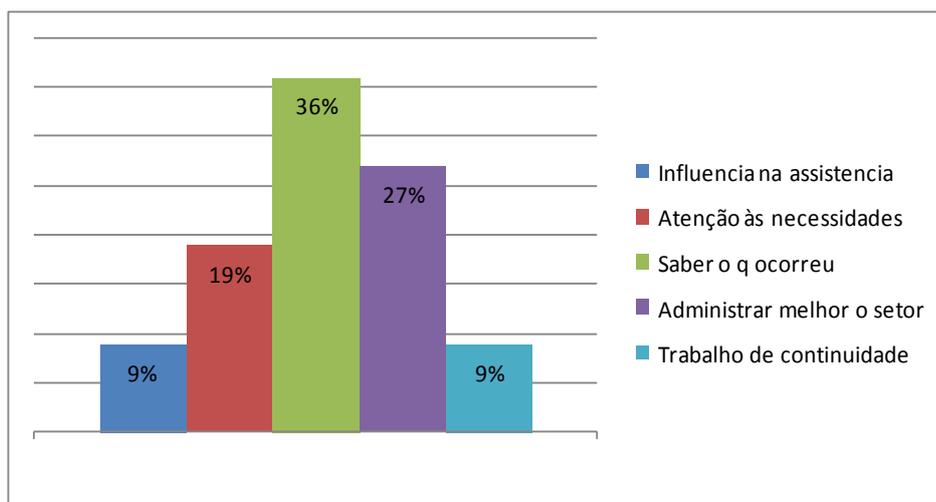
O gráfico 10 responde à questões feitas aos enfermeiros que descrevem o ambiente de trabalho e 100% são negativas.

Gráfico 10 – Como você descreveria o ambiente em que você trabalha?



Há de se considerar que a implicação está nas condições ambientais e estruturais do espaço de cuidar que podem ser informadas na passagem de plantão. É um momento de um diagnóstico da situação do ambiente e de seu planejamento produtivo. Por isso, perguntamos aos enfermeiros, como aparece no gráfico 11, onde foi quantificado o número de vezes das características faladas pelos profissionais.

Gráfico 11– Por que é importante a comunicação na passagem de plantão?



Neste momento, apesar de falarem da importância da passagem de plantão, como um momento de saber como o ambiente está e se organizar, eles informam que não estão conseguindo se comunicar para saber o que aconteceu para administrar melhor o seu trabalho. O processo de passagem de plantão garante a continuidade da assistência ao paciente pela sistematização e organização das informações a serem transmitidas entre os plantões. É uma fala correta que não se objetiva nas ações, principalmente se não conseguem se comunicar. “Essa prática utiliza-se da comunicação como instrumento básico de enfermagem, favorecendo o compartilhamento de informações. Por sua vez, essas informações se constituem por dados (registro de fatos) ordenados de forma coerente e significativa para fins de compreensão e análise”. (PERES, 2005)

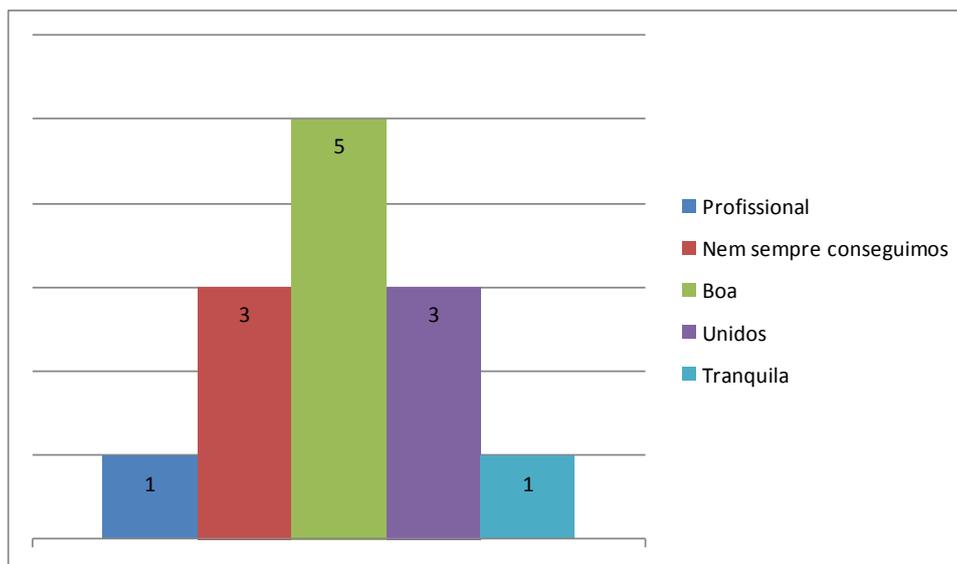
O ambiente hospitalar influencia a saúde do cliente e também a saúde do profissional de enfermagem quando faz o seu trabalho, pois o profissional enxerga o hospital, na maioria das vezes, como um ambiente duro e estressante. Quando o ambiente não satisfaz as necessidades de quem o utiliza, acontece uma desestruturação nas relações familiares e de trabalho, o que não contribui para um comportamento humano adequado, causando degradação e perda de identidade, dificultando ainda mais as relações desenvolvidas neste ambiente (OLIVEIRA, 2009).

Ter boas relações no ambiente de trabalho é extremamente importante para quem busca o sucesso profissional. A cordialidade, o respeito e a amizade entre colegas de trabalho são fundamentais para que haja colaboração e união objetivando bons resultados da organização. Contudo, há de se considerar que os problemas estruturais organizacionais apontados são fatores fundamentais que interferem numa prática legal e segura, que desestrutura os trabalhadores e suas relações com os outros.

Na maioria dos casos, tivemos respostas negativas em relação ao ambiente de trabalho sob o ponto de vista dos Enfermeiros. Muitos deles atribuíram mais de uma descrição ruim, sendo preocupante o risco ocupacional destes profissionais, como vimos no relato do profissional E.S.L. *“Às vezes já venho pensando no caminho do trabalho que quando chegar terei dor de cabeça com a desorganização do posto de enfermagem, com pacientes reclamando do calor e do barulho. Disso*

eles tem razão, pois chega uma parte do dia que às vezes sinto mal-estar com o calor excessivo das enfermarias, imagina eles”. Por isso perguntamos para complementar sobre o que nos disseram sobre o ambiente como está no gráfico 11.

Gráfico 12 – Como é a sua relação com seus colegas de trabalho?



As respostas dadas poderiam dizer sobre a sua relação com seus colegas de trabalho e se é importante ou não manter uma boa relação com eles, apesar de apresentar certa positividade, o que merece mais pesquisas, eles desdizem tudo que está registrado anteriormente. Foi quantificado o número de vezes de cada característica falada pelos profissionais.

O pensar e o agir dos enfermeiros tem tensões significativas, de um saber não objetivado, principalmente no plano da comunicação no ambiente, onde o cuidado acontece. Tentando fazer uma conexão sobre a comunicação entre Equipe e clientes, eles respondem no quadro, que se apresenta a seguir como positivas.

Existe uma comunicação e deram notas a comunicação:

Quadro 03 – A comunicação entre a equipe de enfermagem e o cliente tem influencia no ambiente

<p>SIM: 11</p> <p>NÃO: 0</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece mais os pacientes, não tem surpresas: 04 • Conhece as necessidades do ambiente: 02 • Torna o ambiente mais agradável:03 • Influência no trabalho: 01 • Altera o comportamento do paciente: 01 <p>Notas dadas:</p> <p>(5) – 02 (7) - 06</p> <p>(4) – 01 (6) - 02</p>
------------------------------	---

É unânime a afirmativa de que a comunicação no ambiente influencia a prática profissional, pois conhecer o cliente é não ter surpresas, identificar as necessidades do ambiente, é poder torná-lo agradável, o que altera o comportamento do cliente (Quadro 5). São afirmativas empíricas que merecem cuidado e cautela. Afirmativas teóricas completamente contrárias ao que acontece na prática, isto é, não se comunicam adequadamente por excesso de trabalho, fazendo com que fiquem correndo o tempo todo ou porque ficam dispersos e não percebem o cliente como está nos gráficos anteriores. A sensação que temos é de que as respostas contêm “tensões” sobre o que realmente pensam e fazem sobre a comunicação no ambiente, confirmada nos dois quadros nº 04 e 05 a seguir, onde as notas foram contabilizadas.

Quadro 04 – Notas dadas para a comunicação de como acontece entre você e seus colegas

NOTAS	TOTAL	JUSTIFICATIVAS
10	02	Nos comunicamos bem com todos
9	01	Temos altos e baixos

8	01	Sempre pode melhorar,pois tem poucos técnicos para muitos pacientes;
8	01	Agitação no setor
8	01	Por ser organizada me acham exigente e dificulta o relacionamento
8	02	Questionam novas condutas e discordância de opiniões
8	01	Acúmulo de funções e acham que a culpa é do enfermeiro
7	01	Introspectiva
6	01	Muitos confundem as coisas, não fazem suas tarefas

Total: 11

Ao dizer que se comunicam bem (nota 10), dizem nas afirmativas anteriores e confirmam o que está explicado nas notas (9 e 8), como motivos já explanados de não se comunicar, porque existe muita confusão no entendimento das coisas e não fazem o que devem.

Quadro 05 – Notas para a comunicação, como ela acontece entre os enfermeiros e os clientes.

Notas	Explicações	TOTAL
10	Consigo dividir meus horários	01
9	Prazeroso, mas não tenho tempo	02
8	Rotina massante/ sem tempo/ acúmulo de funções	05

Apesar de dizer que explicam o procedimento a ser realizado (gráfico 07), 09 enfermeiros não se apresentam ao cliente (gráfico 08), justificando os motivos, e nos confundem quando refletimos: como entender as notas dadas novamente em explicações que as justificam como problemas? Não tenho tempo, rotina maçante, acúmulo de funções, agitação, muita coisa errada e achar que é culpada por elas. O que é possível inferir é que existe um entendimento da importância da comunicação por parte dos enfermeiros, de sua necessidade por parte dos clientes, mas usá-la no processo de cuidar como deve, tem se tornado algo irreal na prática, e confuso no pensamento, o que comprova mais uma vez, o quanto é difícil de comunicar.

Finalmente como fizemos com os clientes testamos o check-list no quadro 06 sobre os fatores do ambiente hospitalar que interferem ou não na comunicação entre enfermeiros e clientes.

Quadro 06 – Check-list com respostas dos Enfermeiros sobre os fatores do ambiente hospitalar que interferem ou não na comunicação entre enfermeiros e clientes.

Fatores	NI	IP	I	IE
Questões Sociais				
Estimular sentimentos	5	1	2	3
Não dormir	2	1	2	6
Olhar nos olhos	5	3	0	3
Crença	1	3	2	5
Carga Horária	8	0	2	1
Sair do Plantão	1	1	1	8
Sorrir	9	0	0	2
Questões Intrínsecas				
Morte	4	0	1	6
Odor	8	1	1	1
Procedimentos Técnicos				
Privacidade	6	0	2	3
Necessidades	8	0	0	3

do cliente				
Comunicação				
Animar o cliente	5	2	1	3
Ironias	2	0	2	7
Dúvidas	9	0	0	2
Indicar tempo	1	0	3	7
Breve ao falar	2	0	3	6
Interromper	1	3	5	2
Dar ordens	1	2	3	5
Chamado do cliente	5	1	3	2
Expressar o que cliente sente	5	1	3	2
Questões Ambientais				
Ambiente	1	0	0	10
Sons/Ruídos	0	0	0	11
Gemidos	3	3	0	5
Estrutura	2	0	0	9

Não há nenhuma interferência (NI) do ambiente no que diz respeito a: a) Carga horária; b) Odor; c) Chamado do cliente; d) Dúvidas; e) Necessidades do cliente; f) Sorrir; g) Expressar o que o cliente sente; h) Animar o cliente; i) Estimular sentimentos; j) Privacidade; k) Olhos nos olhos.

Destaca-se como interfere pouco (IP) interromper o cliente quando o mesmo está falando. E destaca-se como interfere extremamente (IE): a) não dormir; b) sair do plantão e emendar em outro; c) sons e ruídos; d) ambiente; e) ironias; f) morte; g) crença; h) ser breve ao falar; i) dar ordens.

Os dados produzidos pelos enfermeiros indicam a segunda categoria de análise A COMUNICAÇÃO interfere não COMPREENDIDA PELOS CLIENTES E ENFERMEIROS - um discurso correto e uma prática que não se objetiva.

A enfermagem enquanto parte de organizações de saúde e colaboradora direta das atividades fim, usa de liderança e normatizações para estabelecer o controle das ações. Geralmente as normas e diretrizes são aceitas como legítimas e delas não se pode discordar. Assim, o processo de comunicação é a essência do comando e auxilia nas atividades de planejamento, coordenação, direção e controle. Há um fluxo de informações que precisa ser transmitido, relacionando-se com

políticas, processos, regulamentos e rotinas (CARVALHO e BACHION, 2005). No desempenho de suas funções, o enfermeiro precisa estabelecer uma comunicação para relacionar-se com os clientes, as pessoas de sua equipe e das várias equipes existentes nas instituições de saúde, podendo desta forma desenvolver um ambiente confortável e agradável. Porém vimos diversas situações onde não foi estabelecida uma boa comunicação entre esses profissionais e clientes, refletindo em um ambiente desagradável, desordenado, onde tem-se mais queixas, tanto dos profissionais quanto dos clientes. “A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas” (SILVA, 1996: p.14).

O cuidar deve ser a meta para a equipe de enfermagem, entretanto fatores podem influenciar na organização do ambiente e alcance dessa meta, tais como as diferenças técnicas, sociais e psicológicas entre os diferentes membros da equipe de enfermagem (BERSUSA E RICCIO, 1996). O trabalho em equipe implica aprender a viver junto, a viver com os outros, a conviver. Assim, grande parte da qualidade da assistência prestada ao paciente está na eficiência do processo de comunicação, mostrando cada vez mais que a comunicação influencia no ambiente em que nos encontramos, dependendo do que está inserido nele para se obter um ambiente agradável.

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES DAS CATEGORIAS

O trabalho da busca de respostas às questões que norteiam um estudo “primeiro” deve ser sempre considerado como possível de afirmativas. É assim que pensamos neste momento sobre o que produzimos como dados analisados com rigor e cuidado o N da pesquisa (31 clientes e 11 enfermeiros) o espaço de produção dos dados e as nossas próprias limitações de pesquisadores em observar por pouco tempo o cuidado realizado pelos enfermeiros. Por isso, discutimos essas categorias com precaução, mas entendendo que elas nos dão pistas para pensar e ampliar nosso conhecimento sobre o que sentem os clientes e o que as enfermeiras falam sobre suas ações de cuidar, do ambiente intermediado pela COMUNICAÇÃO. Tentamos nessa discussão, encontrar nas pistas das categorias as IMPLICAÇÕES (nossas implicações) para o que é e não é comunicação no cuidado prestado aos clientes. Nesse sentido é preciso melhor explicitar o que é IMPLICAÇÃO a partir do teórico Rene Lourean in: Rene Barbier, que nos apóia nesta explicação, que tem origem na pesquisa das crenças humanas e suas ligações com a animação e a pesquisa-ação em ciências humanas. Depois de muitas críticas, a pesquisa em ciências humanas que entendiam a vulnerabilidade das mesmas e a ação subterrânea da subjetividade na elaboração e desenvolvimento de pesquisa que não era reconhecida pela tradição científica no século XIX a Redescoberta no século XX por uma x weberque aprofundar sua reflexão, com fins de atender a objetividade científica. Esse teórico definiu e considerou três níveis de abordagem do conceito de implicações como: psicoafetivo; histórico-existencial; estrutural-profissional. São eles que agem sobre a instituição (no nosso caso hospitalar) principalmente a instituição dos estágios de formação que se refere à intervenção que é examinada em duas dimensões: Dimensão sistêmica e Dimensão Libidinal.

Quadro 07 - QUADRO DESCRITIVO SOBRE OS NÍVEIS DE IMPLICAÇÃO

O NÍVEL

A EXPLICAÇÃO

1. Implicação Psicoafetiva



Algumas dificuldades do pesquisador não conseguiram restringir sua economia libidinal e nem controlar a contratransferência.

Aqui estão envolvidas pulsões sádicas, desejos que podem se esconder sob a aparência de autoridade científica e pedagógica (de cuidar)

Dificuldade de reconhecer a influencia do inconsciente individual nos dispositivos analisados.

Desejo inconsciente de mostrar o poder carismático de um líder do grupo (de enfermagem), por meio de uma técnica excepcional que se força a autoridade institucional que é atacada por uma fração de grupo, e diminuindo a própria angústia.

A investigação sempre questiona os fundamentos da personalidade profunda, baseado no desenvolvimento da relação humana, espécie que supõe este tipo de implicação em não saber ajudar às famílias, os clientes e os próprios profissionais que se sentem pouco a vontade diante dos problemas que não sabem resolver, muitos se sentem culpados.

Os dispositivos fazem emergir os fenômenos afetivos, muito reprimidos, por exemplo, pelo Staff de animação numa sessão de aconselhamento recíproco.

Nas ciências humanas existe sempre um pesquisador que se veja as voltas com a problemática (poder) da autoridade.

Não há como se esconder dos mecanismos interferências da elucidação psicanalítica que destacamos na pesquisa.

Quando o pesquisador se sente interrogado, o seu desejo de saber que investe na atividade de pesquisa e ao mesmo tempo GENITAL (preencher espaços vazios, fechar espaços do não saber) e ORAL porque o saber é alimento, como bom leite oferecido generosamente.

Finalmente Lourean nos diz: “reconhecer a dimensão psicoafetiva da implicação e circunscrevê-la através da via psíquica, modificar não significa paralisar-se na sua pesquisa. Talvez seja possível até utilizar a IMPLICAÇÃO PSICOAFETIVA para ir mais além na COMUNICAÇÃO. O que envolve o prazer que o terapeuta (enfermeiros) e pesquisadores (de

enfermagem) sentem em suas relações com os participantes (clientes e equipe de enfermagem) como fundamental para a mudança.

2. Dimensão-IMPLICAÇÃO HISTORICO-EXISTENCIAL



Animação, pesquisa de grupos, de encontros, leva a um estado de transe libertador das inibições e dos desejos.



É possível dizer que quando estou cuidando não estou ali para resolver meus problemas pessoais de profissional de saúde e sim para ajudar os participantes a resolverem os deles (doentes constrangidos e em sofrimento)



Se durante o cuidado enfrento com serenidade os meus problemas, é que me torno mais disponível para eles, pois estou pronto a entrar na briga com eles de forma real, não superficial.



Nessa hora tornam-se inacessíveis ao monitor (ao enfermeiro) que não estiver consciente e aos participantes (os clientes) a quem não é permitido que

Essa implicação se articula com a primeira porque o pesquisador-animador está totalmente engajado na equipe, no aqui e agora de sua pesquisa, no presente e no projeto dos grupos dos quais é animador (o enfermeiro) que ele não pode escapar a esta implicação.

Trata-se de um jogo recíproco e existencial onde cada parceiro (enfermeiros e clientes) animador e estagiário, aceita questionar a sua existência quanto aos fundamentos, tudo está ligado à própria vida, à história de vida de cada um, onde a existência está em jogo e onde trabalho o mais profundamente possível os meus problemas.

Se estou pronto para ajudá-los, o contato entre eles e eu é o de uma verdadeira troca de serviços (de cuidados), meus limites existem de qualquer maneira. Até costumes estão camuflados pela máscara da eficácia profissional. Pelo código moral de trabalho dedico a eles (os outros), pela deontologia.

cheguem a tomar consciência.



Levar em conta o ethos e o habitus da nossa classe social de origem.

Um monitor (enfermeiro) engajado num trabalho de mudança pessoal, visivelmente falível, situado, é acessível e localizável. Pode-se servir dele se for útil, abandoná-lo se inútil, fugir ou atacá-lo se prejudicial ou tentar mudá-lo.

3. DIMENSÃO ESTRUTURAL-PROFISSIONAL



Atividade profissional e seu princípio de realidade permitem avaliar a importância das duas dimensões anteriores



Toda profissão apresenta um não dito institucional que é a sua posição no campo das relações de produção e do sistema de valores que lhe dá coerência interna.

Essa implicação e por excelência e da **MEDIAÇÃO** (possíveis – família, religião, política, sexualidade, jogos, etc.)

O ser numa sociedade capitalista, membro de um destacamento militar ou operário metalúrgico militante já indica bem as diferenças que existem nas duas implicações anteriores de cada um dos indivíduos.

Essa implicação consiste na procura dos elementos que tem sentido com referência do trabalho social (a enfermagem é uma prática social) do pesquisador e ao seu esvaziamento socioeconômico na sociedade contemporânea.



A realidade institucional da ação profissional tem funções e limites econômicos, políticos e científicos. É possível observar o impacto dessa **IMPLICAÇÃO** estrutural-profissional junto aos colegas que animam a formação de monitores (que ensinam e fazem o cuidado), quando problemas

A definição enfim, de implicação pode ser definida como engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica em função de sua história familiar e libidinal, de sua

vividos nas experiências de estágio (de cuidados) mostram comportamentos latentes. posição passada e atual nas relações de produção e de classe, de seu projeto sócio-político em ato de tal, modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento”

Ao decidir explicitar porque tentamos encontrar as implicações deste estudo a partir de nós, pesquisadores, podemos ampliar nossas opções pelo termo e de nossas “probabilidades de entrar num estado de fusão com o campo pesquisado. ”

De nos esquecer das dimensões sistêmicas e libidinais que povoam nosso ser e nossa existência como pesquisadores, a qual tem desejo de ordem e contraordem do desejo.

Também é preciso dizer que na análise e discussão das categorias nos esquecemos da dimensão sistêmica que supõe a análise de vários níveis, como: os meios, os produtos (base material); os homens e suas práticas (base social); o código das linguagens funcionais (base comunicacional); as práticas proclamadas (base ideológica).

Quanto à dimensão libidinal é a mais abafada pelos pesquisadores em ciências humanas porque representa o grão de areia que bloqueia a engrenagem arduamente elaborada pelo pesquisador para tornar racionais os elementos do campo. Se entendermos como analistas institucionais, no nosso caso o hospital, é preciso saber que estamos a “perseguir principalmente a constelação do poder que vai do centro até a periferia, não pode ignorar que o poder possui uma carga erótica, um imaginário delirante, a realidade do irracional, a irrealidade do racional que mais amedronta o poder constituído. É que a loucura nas estruturas sociais revela as estruturas sociais da loucura: insuportável revelação”

Todos estes fundamentos sobre IMPLICAÇÃO estão no meio do nosso estudo sobre comunicação (dimensão sistêmica) que envolve sujeitos e ambientes de trabalho em saúde, onde enfermeiros se encontram com seus clientes para se encontrarem no momento do cuidado. Nossa preocupação implica em nos posicionarmos, ou em firmar posições com cautela, porque não podemos e não devemos esquecer que estamos num jogo de poder e nem esquecer que outras questões veiculam os dados, como subjetividade, interações humanas e estrutura e natureza do trabalho da enfermagem.

● **Sobre a primeira Categoria - A IMAGEM E AS FALAS DA COMUNICAÇÃO SÃO INADEQUADAS PARA OS CLIENTES.**

Essa categoria contém: a) imagens observadas durante o cuidado que faz parte dos dados organizados; b) contem 03 gráficos que compõem as unidades de análise, as quais envolvem as falas dos clientes que indicam como se sentem durante a internação e o surgimento de seus sentimentos e de comunicação, quando se dizem: preocupados, assustados, com medo, ansioso/nervoso, constrangidos e envergonhados. Vergonha decodificada na figura 03; c) também relaciona o ambiente e a comunicação como fatores desencadeadores de tensões sentidas por eles, como se apresenta no quadro síntese.

Figura 03: Banho do cliente contrariado ao sentir dor



Figura 04: Cliente chorando durante o banho



Figura 05: Não utilização de equipamentos adequados



Figura 06: Procedimento estéril sem o uso de equipamento adequado



Figura 07: Higiene inadequada da região a ser feito um curativo estéril



Esta é uma categoria que mostra o que “NÃO É CUIDADO” como preconizamos no ensino e na prática. É a constatação de que as ações de

enfermagem sentidas pelos clientes e observadas pelo pesquisador podem causar sentimentos diversos nos corpos dos clientes, com conseqüência danosa como apareceu nos dados desta categoria. Inicialmente destacamos a não compreensão, por parte dos clientes, do que os enfermeiros falam e quando falam, provocam nos clientes muitos sentimentos. Quando perguntamos aos clientes sobre a comunicação não compreendida, quando ela é real e sensorial, nos encontramos “quando o pensamento e a percepção sensorial são uma existência só; assim ao contemplar o mundo (sua realidade de estar se comunicando no hospital, o homem supera o pensamento da realidade, que vai se manifestar em outro lugar, no interior da alma, por exemplo. (STEINE, 2004)”. Na verdade, eles não sabem muito bem o que é comunicação, mas expressam algo que está além da resposta, que acaba indicando um sofrimento que é real, que expressa constrangimento, estresse, ansiedade, nervosismos...

Acreditamos que existe algo no plano de “ser” enfermeira que deveria saber que o cliente quando busca o atendimento hospitalar, traz não só seu corpo para ser tratado, mas ele traz suas emoções, manias e costumes. A situação que envolve a Equipe que o atende, que atua no seu restabelecimento e assim deveria captar as dificuldades do cliente. Além disso, ele também se preocupa com o estado de sua saúde e com a qualidade do atendimento recebido pelas pessoas que trabalham no hospital. Pode-se observar nestes relatos, que a hospitalização é um momento crítico e extremo, que envolve vasta quantidade de acontecimentos, que está dentro do processo de comunicação em corpos que falam ou se expressam através dos signos e dos sinais. (FIGUEIREDO,2012) Nos dizem que “estar diante do corpo é estar diante do primeiro e maior mistério, e por isso é preciso reconhecer que somos um corpo em sua imensidão de complexos processos, que nos fazem ricos em sua consciência e inconsciência desconcertantes e pragmáticas, e em suas atitudes, que são sempre corporais” Assim é imprescindível acreditar o quão é complexo o processo de cuidar do outro e de como somos, agimos diante do corpo de nossos clientes e de como lançar mão de nossas habilidades física e mental para cuidar deles o melhor possível.

Se segundo, Nightingale, somos os principais responsáveis pelo alívio do sofrimento humano, como fazer exatamente o contrário? Por que se sente constrangido e inseguro diante da enfermagem? É possível acreditar que não

estamos captando adequadamente o que o cliente nos diz e não mostra através do seu corpo quando estamos cuidando dele. Como não se emocionar diante de sua dor como acontece na figura do banho? Provavelmente, as enfermeiras não “sabem” olhar ou não sabem usar os sentidos. Os mesmos autores citados anteriormente dizem que: é preciso treinar os sentidos, que se inicia “olhando” profundamente para dentro de nós e de nossos clientes para captar o que está dentro dele, fora dele, incluindo os profissionais que cuidam. Isto é comunicação não verbal. Se o doente está envergonhado é possível inferir que ele está “descuidado” e o quão desumanizada está a enfermagem e o quanto ela está desviada daquilo que deveria fazer. Como aliviar o sofrimento e proporcionar conforto a seus clientes como uma pessoa que está doente, necessitando de apoio e quando dizem que é proibida de vomitar, de chamar, de chorar. Como ser indiferente ao apelo ou situação de um cliente cujo cuidado é de sua responsabilidade? Esta é uma situação que surge neste estudo e merece ser mais investigado.

É difícil entender como se pode responder a uma pessoa que está frágil e debilitada, que o mal-estar passa com o sono e que se dormir um pouco ela irá melhorar, pois isso vimos muitas vezes durante a coleta dos dados. Os pacientes relatam que os problemas sentidos por eles e suas expectativas em relação à equipe de Enfermagem recaem mais na área expressiva, pois queixam-se da separação da família, do ambiente desconhecido e agressivo, da quebra nos hábitos de alimentação e hidratação, do medo de morrer, da dependência de outrem, do desrespeito à privacidade e da falta de atenção individualizada. (WRIGHT, 2002)

Fazendo um trocadilho, esta categoria também constrange a enfermagem, não por que ela não percebe e capta algo nos clientes, mas porque não se dá conta do real, do que ele diz e mostra.

“Captar é um tipo de aprendizado difícil de ensinar, mas que necessita de treino a partir do conhecimento sobre o que é o corpo. Comunicar-se, para nós, ultrapassa a fala, a linguagem, é preciso treinar, saber a cartografia do corpo, mapear através de exercícios práticos do permanente olhar para o corpo. ” (FIGUEIREDO, 2012)

Há algo não explicitado que nossa presença está a incomodar constranger, por medo em nossos clientes. O padrão comunicar não faz parte do processo de

cuidar, como instrumento da prática a comunicação cria problema e não resolve como deveria. “Somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrenta-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento”. (SILVA, 2005)

O processo de enfermagem é a principal metodologia para a prática profissional desses profissionais. É caracterizado por cinco etapas inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução) e acrescenta qualidade ao cuidado e possibilita a avaliação da assistência de enfermagem, aumentando o reconhecimento profissional (HERDMAN, 2010). O processo envolve a comunicação como fundamental nas interações humanas e não há cuidado sem comunicação. “Toda comunicação existe com o sentimento de aumentar a compreensão, transmitir ideias e sentimentos, promover o auto entendimento entre homens (entre enfermagem e seus clientes). O conteúdo de um processo de comunicação é exatamente aquilo que queremos transmitir. É a mensagem que temos para passar. Não existe comunicação sem conteúdo. Por mais que seja aprimorada a técnica ela não se sustentará se não houver algo para comunicar.” (ELTZ,2006)

Assim, dentro dessa contextualização, os diagnósticos de enfermagem são elementos fundamentais para a prática profissional, pois são julgamentos clínicos sobre as alterações de saúde ou eventos da vida que direcionam o planejamento dos cuidados prestados aos pacientes (GARCIA, 2009). Como diagnosticar se os profissionais que ali se encontram não dão valor ao que é dito pelos clientes, tratando-os muitas vezes com arrogância e com postura desumana.

Os clientes confirmam a desumanização da prática da Enfermagem e, acrescentam a arrogância, como o segundo elemento da comunicação ineficaz- sem humanidade e com arrogância, conforme mostra no quadro 2:

Quadro 08 – Respostas ao se questionar se algo poderia melhorar na postura dos enfermeiros

SIM: Humanizar (dar mais atenção aos clientes): 18

26

Arrogantes:08

NÃO: 05

Na internação, o cliente recebe atendimento de uma Equipe de Profissionais, sendo que cada um é designado a uma determinada tarefa. Talvez possa ser ambiente novo, que propicia abundância de novas experiências, que acarreta angústia e inquietude, pois não sabe o que será solicitado ou feito com ele, já que ao entrar no hospital temem pelo seu futuro. Se a comunicação foi efetiva e afetiva, essas informações poderiam ser amenizadas. Estes dados ampliam nosso conhecimento sobre “o que não é cuidado de enfermagem”, colocando no centro das questões saber o que acontece ou está acontecendo com a enfermagem que constrange, ameaça, provoca medo e estresse nos clientes. Esta realidade não é comunicação como entendemos, aprendemos e ensinamos. Estudando a experiência da hospitalização da pessoa acidentada, evidencia a ansiedade, a insegurança, a desinformação e o medo do desconhecido com que a pessoa adentra num mundo que lhe é estranho, onde convive e é tratado por pessoas desconhecidas, além do rompimento dos laços familiares e seus planos (GRAÇAS, 1996).

Gerar conhecimentos a respeito da humanização em instituições de saúde deduz-se, nesse contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo e participativo, com intenção de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção. Logo, os profissionais de saúde, para estabelecerem um contato efetivo com os usuários, necessitam dispor de condições básicas tanto materiais como humanas para desenvolver as suas atividades, de forma digna e justa. (SELLI, 2003)

Paralelamente a esta constrangedora realidade, existe outra justificativa (que não nos convence) para que isso esteja acontecendo com estes clientes. Como justificar o injustificável?

São questões constantes que surgem nesta categoria. Como um doente chora sentindo dor durante um banho e a enfermagem não se sensibiliza? Provavelmente há algo que está anestesiando esses profissionais; há algo na esfera do conhecimento e do afeto pelo outro; há algo no conhecimento prático e legal, que se perderam no processo de trabalho de Enfermagem e em seus fundamentos.

As implicações desta categoria são de ordem sensível, que não considera os valores humanos, o cultivo da sensibilidade, a desconstrução da relação e confiança; que não promove a aceitação e expressão de sentimentos e que não está preocupado com o seu método científico, com resolução de problemas e tomada de decisão.

Como é possível ter que ensinar profissionais, se assim podem ser chamamos, a incluir em sua essência a sensibilidade e humanização? Como doutrinar pessoas que dedicaram anos de suas vidas dentro de faculdades, onde o que lhes é ensinado é que a enfermagem é uma profissão cuja sua especificidade é a assistência e cuidado ao ser humano?

●Sobre a segunda Categoria – INTERFERÊNCIA DO AMBIENTE NO TRABALHO E NA COMUNICAÇÃO – o discurso e a prática dos Enfermeiros.

Esta categoria traz a posição dos enfermeiros sobre o que eles lhes dizem sobre o seu fazer e o seu por que não preenche espaços vazios de cuidados apontados pelos clientes. Ela mantém a relação entre comunicação e ambiente pelo ponto de vista dos enfermeiros. Não há nenhum constrangimento por parte delas. Afirmam que todo o procedimento é explicado aos clientes e justificam dizer que para eles é uma forma de conforto, diminuir a ansiedade, por que eles perguntam e para que eles autorizem. Também afirmo conversar com eles para que fiquem

menos tensos, para melhorar a assistência, para distrair e acalmar, no momento que fala de suas necessidades e melhor desenvolvê-las.

No entanto, ao iniciar sua rotina de trabalho, se apresentam aos clientes, quando são novos, por que é obrigação, não falam com os outros por que estão sempre correndo e que muitos deles passam despercebidos. A comunicação é citada na passagem de plantão, justificada como influenciadora na assistência, atenção às necessidades plenas consciência sobre ele naquilo em que se fundamenta e se expressa o olhar deixa de ser clinico para ser algo que está mergulhado na correria do trabalho, na solidão que se instala nos espaços de cuidar acompanhado de indiferença que é causada no processo de trabalho. Isso está confirmado na sua escala de Likert utilizado no estudo, no qual de modo geral, a pontuação dada confirma que existe interferência do ambiente em todos os fatores da Escala com pontuações de respostas baixas ou muito altas, para os 24 fatores da escala, surgindo a primeira categoria do estudo – Interferência do Ambiente na Comunicação: os clientes mostram os motivos sentidos quando estão internados. Pontuações de Escala de Likert sobre Interferência do ambiente conferida pelos Enfermeiros e pelas técnicas e comunicações realizadas, e pelas próprias aflições dos clientes em relação a família e do tratamento.

Quadro 09 - Pontuações de Escala de Likert sobre Interferência do ambiente conferida pelos Enfermeiros

NI- 207
IP – 87
I – 156
IE - 294

Legenda:

NI: Não Interfere

I: Interfere

IP: Interfere Pouco

IE: Interfere Extremamente

As respostas que fazem parte dos fundamentos de cuidados, como cuidado técnico definem-se como: “um conjunto de processos de uma arte: maneira ou habilidade especial de exercer ou fazer algo específico, por exemplo, lavar as mãos; tecnologia como processo de exercer com conhecimento científico, a técnica que envolve aparelho ou método” (FIGUEIREDO,2012).

Os outros cuidados técnicos começam quando se instala uma necessidade em que o cliente depende de ações diretas da enfermagem como aquilo que se expressa objetivamente através de sinais e sintomas do corpo. Como cuidados de higiene, aferição de sinais vitais, ordem no ambiente e cuidados com riscos que norteiam espaços e procedimentos. Se as enfermeiras estão correndo para darem conta do que devem fazer, compreendo sua total ausência de sensibilidade quando cuidam de um doente que precisa de ajuda, de conversa, de alívio de seu sofrimento; o que aumenta a complexidade e a sensibilidade da ação.

Os enfermeiros no plano de suas falas acerca da necessária comunicação, além de se preocuparem com o medo, estresse, a angústia, constrangimentos. Mas eles não falam muito de cuidados especificados aqui no início quando se comunicam, mas ela não é rotineira e nem ida do processo de cuidar, com desdobramentos frágeis, mas que dão pistas e não fundamentamos naquilo que estamos dependentes de posição e das ações do que exercem a enfermagem e suas “dúvidas sobre verdades” as colocam no caminho de incerteza, ao não instigar não temos o direito de acreditar em nenhuma verdade filosófica ou científica como se fossem um porto seguro. Quem assim procede excede no fundo a uma angustia não resolvida. O que não possibilita a filosofia é assumimos o medo e o desamparo. “Quem por ela se deixar “morder” fica condenado a viver na insegurança ou a só se instalar no repouso do movimento”. Tudo isso nos serve para, pelo menos inferir, que os enfermeiros quando cuidam e respondem sobre este cuidado não destacam nem a filosofia e nem a ciência em seus modos de cuidar.

O discurso, recente, constante está sempre a fortalecer dificuldades estruturais e sociais que atrapalham o que devem fazer. Essa falta de se utilizar de conhecimentos científicos tem colocado os enfermeiros em “saias justas”, formando-se muitas vezes em “algozes” e não aqueles que cuidam. O que foi observado com muita frequência que as relações interpessoais deveriam acontecer de pessoa a

pessoa, reconhecendo e valorizando cada um em sua esfera, estimulando o potencial de criatividade e liberdade para a construção e transformação da realidade do ambiente vivenciado. Para que esta transformação ocorra, torna-se necessário que haja reflexão, diálogo, escuta e autossensibilização em forma de ações igualitárias e participativas, envolvendo todas as pessoas que compõe o ambiente. A responsabilidade pelo tratamento do cliente internado é compartilhada com a equipe. A sua vida é confiada a pessoas estranhas, e por isso ele perde a privacidade e liberdade, além de ser imposto a uma adaptação rápida a um ambiente diferente. Isso traz uma vivência nova e estranha, complicada e delicada. Muitos fatores contribuem para o aparecimento de aborrecimentos e descontentamentos, ocasionando sofrimento, aflição, sensação de abandono, medo do desconhecido, o que provoca temores. O cliente chega até a se admirar se alguém se interessa por sua opinião em relação à maneira pela qual foi recebido e atendido. A falta de comunicação e atenção aos clientes é tão absurda, que o que vimos é que se espera apenas que cliente (somente) não prejudique a rotina de serviços e que se comporte passivamente, sem nada questionar. Contudo, vimos que as menores informações amenizam idealizações feitas nessas relações tanto no profissional com seu forte sentimento de poder quanto o cliente em sua submissão. É necessário, portanto, que o pessoal de enfermagem adquira conhecimentos sobre comunicação humana e comunicação terapêutica para realmente compreender e atender as necessidades do paciente. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares estão em constante comunicação com o paciente e o modo como esta ocorre tem influência decisiva no ajustamento da pessoa a sua nova condição de vida - internação, tratamento, limitação e possibilidades (STEFANELLI, 1993).

Apesar de entenderem que o ambiente pode ser desencadeador de dificuldades no processo de trabalho, elas não têm nenhuma opinião ou conceito sobre ele. No momento acontece com o cuidado, mas conseguem saber que podem melhorar se ajudarem os clientes a ficarem mais tranquilos.

No entanto, as respostas do check-list (quadro 06) nos dão pistas fundamentais sobre clientes e ambiente e para os profissionais que merecem um debruçar sobre elas para entender o que os enfermeiros nos falam.

Não há nenhum registro sobre Florence Nightingale, quando elas, profissionais de enfermagem, falam do ambiente quer dizer ser estressante, desorganizado, que é quente e barulhento, “sintomas ambientais” que eles não associam como “antiterapêutico”, como adoecedor, e, muito menos está associado a cultura, políticas, como é afirmado em na definição de que “o ambiente é o contexto, o espaço interno e externo em que nascem e vivem, coexistem e convivem as pessoas e coletividades. É o espaço político de ações, de prática e de saberes, onde se encontram as pessoas que cuidam e são cuidadas” (FIGUEIREDO,2012) É nesse ambiente que se encontram as preocupações de Nightingale, sobre a temperatura, ruídos, iluminação, higiene e relações humanas; também os teóricos do trabalho falam dos riscos físicos, químicos e biológicos presentes no ambiente e adoecedores se os cuidados não forem ausentes de riscos.

A comunicação no ambiente ainda é pouco estudada e compreendida em seus aspectos subjetivos e provavelmente uma implicação a ser entendida testada. Quando os enfermeiros se apropriam da frase “cliente total, cliente singular”, cliente único, invisível, histórico, cultural ela se fundamente no que, isto significa no plano do conhecimento. Assim, numa primeira orientação dos autores e de que devemos “fazer o exercício de olhar e de assumir que o doente só se expressa porque tem um corpo e que seu objeto de cuidado é o corpo-sujeito. Deve olhar para o corpo que cuida, pensa, vê e escuta ruídos que vêm de dentro do corpo e do ambiente como também sentir odor, calor, luz. Ampliando isto, para compreensão da subjetividade presente no corpo e da dificuldade de muitas vezes, o cliente nos compreender a comunicação do enfermeiro e é preciso conhecer esse corpo/expressão “que tem sua própria estética, que é rico de subjetividades, movimentos de contágio e afetos, de relação com o outro”. O corpo é a expressão da subjetividade que permite responder às questões que envolvem seus espaços, suas aberturas, que se misturam no coletivo e se tornam máquinas biológicas, subjetivas, buscando novos caminhos de redefinição e de heterogeneidade. Esse corpo é definido para quem cuida e para quem é cuidado.

Não se comunicar porque estão apressadas, com a desculpa que os recursos oferecidos pelo Hospital muitas vezes são escassos, e as pessoas que ali estão confinadas para tratamento de saúde, algumas vezes não reconhecem isso, relacionando a falta de estrutura do hospital com os profissionais que ali estão. Em

contrapartida, os profissionais de saúde, algumas vezes revoltados com a falta de estrutura, não desempenham satisfatoriamente suas atribuições, tendo como consequência a má qualidade na assistência prestada, como podemos ver em nossos resultados, não justifica o “descuidado” identificado e muito menos o constrangimento provocado.

Se o processo de trabalho está desorganizado é estressante, os enfermeiros apenas reclamam, mas não indicam intervenções, o que fazem para melhorar, mesmo quando falam de micro processos. “Quanto a isso dizemos que os processos fazem parte de desorganizações. E eles expressam a cultura organizacional, os objetivos e estratégias, e as normas políticas organizacionais”. (MARINHO in FIGUEIREDO, 2012). Mesmo assim, não há preocupação clara com a comunicação, mas com a tecnologia da informação. Comunicar se apresenta como uma implicação, por que as enfermeiras estão sempre apressadas e quando os doentes solicitam sua presença eles reclamam.

Provavelmente se elas estão seguindo o que está relacionado nos processos como mostramos:

1. Processos técnicos: 31 itens de cuidar de clientes com problemas diversos;
2. Processo de trabalho administrativo: com 10 itens que envolvem gerência e organização;
3. Processo de trabalho de apoio aos processos assistenciais com 10 itens;
4. Processo de trabalho de apoio aos processos administrativos com 22 itens.

Tais itens identificados como ações de cuidar, são motivos suficientes que adoecem (também) os profissionais, que se quer tem tempo de saber quem é aquele que cuida. Assim, vão criando convivências problematizadoras que influenciam no ambiente e na comunicação, porque não existe convivência sem comunicação, não se constrói afinidades. “Detectar um problema de relacionamento não é uma tarefa fácil. Na maioria das vezes, os problemas de

relacionamento são percebidos a partir das ações do comportamento e do modo de agir entre os membros de uma equipe, no relacionamento entre si e entre grupos. A habilidade de perceber as diferenças entre as pessoas está diretamente relacionada á qualidade de estabelecer uma boa relação interpessoal” (LOURENÇO in FIGUEIREDO, 2012). Isso pode nos induzir a pensar que essas relações não estão nos planos dos enfermeiros: elas são pontuais acerca do tratamento médico e de procedimentos que a enfermagem faz.

Para nós é inconcebível a enfermagem nos dizer que é obrigado a se comunicar com os clientes e às vezes quando pode com os outros e nos indica que não exige gestão que oriente os modos e maneiras dos enfermeiros se comunicarem com seus clientes.

Se muitas vezes os doentes não informaram que não compreendem o que os enfermeiros lhes falam, nos lembramos que nos “relacionamentos a informação precisa ser bem comunicada e bem compreendida. O gerente precisa considerar as diferenças existentes dos interlocutores, e os valores e há leitos incorporados ao longo de vivencia e experiencial pessoal” LOURENÇO ET al, (2012)

É impossível cuidar de alguém sem considerar as experiências de se comunicar que estão em processo de cuidar, é mais que necessário se comunicar uma vez que tantos atos são desempenhados pelos enfermeiros a cada momento, a cada dia, a cada hora.

CAPÍTULO 6 – Considerações sobre as CATEGORIAS e suas implicações

Baseado nos dados produzidos e em nossa observação durante os cuidados prestados, identificamos implicações:

a) da ordem do afeto e do sensível (psicoafetivo) marcada pelo sofrimento humano e fragilidades relacionais com o profissional. A maioria dos relatos que tivemos revelam histórias de descaso profissional. É necessário refletir, sobre a possibilidade de modificar as condutas profissionais. Há ainda, a necessidade de incorporar, na formação, além dos conhecimentos técnicos, outras formas que envolvem a psicanálise, de saber: significados e sentidos da realidade do paciente, seus sentimentos e fragilidades, seu estilo e condições de vida cultural, social, pessoal. Construir uma relação, não de superioridade (de poder), mas de respeito, afeto e vínculo, que é o grande desafio, entre muitos outros, para uma conduta profissional solidária e uma gestão ética a fim de construir um hospital humanizado. Enfatizam a interação com pacientes, mas não conseguem associá-la ao seu dia-a-dia, queixando-se de falta de tempo para tal. Este é um fator preocupante, uma vez que, sempre que distúrbios emocionais ou manifestações de doença mental vêm à tona, os padrões comunicativos das pessoas afetadas sofrem alterações (Stefanelli, 1993) O que vimos e ouvimos nos indicam que há um “DESCUIDADO” não programado, não percebido pelos enfermeiros, mas sentidos pelos clientes que nos afetam, e nos implicam, pelos atos que nos constrangem ao olhar a imagem do cliente que toma banho. Um doente que pede ajuda, que está reagindo a um cuidado que ele não quer e não tem forças físicas e emocionais, e nem poder para reagir;

b) tem uma implicação técnica o modo de fazer os cuidados e prevenir riscos, quando é possível elementos da dimensão sistêmica quando profissional não utiliza o equipamento necessário ao manusear o paciente durante a realização do curativo de úlcera por pressão. Durante a realização desse procedimento, os profissionais não seguiram as recomendações preconizadas na literatura com relação ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) que são máscara, óculos de proteção, gorro, luva estéril, luva de procedimento, jaleco e realizar uma técnica estritamente asséptica. Vale ressaltar, na prática observada, que os equipamentos de proteção individual (EPIs) mais utilizados durante a realização do curativo foram os capotes, e ao serem questionados por que usavam o capote, a maior parte deles disse que

“com o capote se evita de molhar a roupa”. E somente um profissional citou a importância da vestimenta e material corretos. Todos os outros viam somente os benefícios para eles mesmos e não com o corpo do cliente. De acordo com a Norma Regulamentadora – NR 6, “[...] considera-se Equipamento de Proteção Individual (EPI) todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”. Este equipamento deve ser aprovado por órgão competente do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e é de fornecimento gratuito e obrigatório aos empregados que dele necessitarem. Fabricante e importador, empregado e empregador têm obrigações com relação a seu uso (BRASIL, 2004, p. 13)

Observou-se também que os profissionais lavam pouco as mãos antes e depois de realizar procedimentos, destacando a necessidade de sistematização do cuidado prestado ao cliente, com o objetivo de evitar infecções. Para isso, salientamos a necessidade treinamento. Os profissionais que prestam assistência direta aos clientes e realizam procedimentos invasivos, podem disseminar infecções por meio do contato direto das mãos, sobretudo em clientes mais suscetíveis a infecções por microrganismos multirresistentes (KAMPF & KRAMER, 2004). Portanto, se a técnica correta não é realizada compromete a eficácia da HM (BOYCE,2002), conseqüentemente a segurança do cliente;

c) Implicações da comunicação que é libidinal (afetiva), mas *inadequada* com conseqüências no corpo dos sujeitos do estudo, visto que a comunicação não ocorre como deveria, sendo geradora de desconforto. O não saber pode ser mais angustiante e assustador, pois deixa o outro submisso a este desconhecido, o que remete a total perda de controle de tudo, e nesse caso, de seu corpo, de sua vida. Do contrário, como lutar contra uma doença, se ela "não existe"? E o que a fez não existir, não "poder" existir, ou ainda, não poder existir como ela de fato é? (NEME, 2003). Uma doença conseqüente de comunicação que o deixa com medo, ansioso, estressado. Com o avanço tecnológico, muito da subjetividade implicada na relação paciente – família – equipe deixou de ser considerada, o que acaba dificultando uma compreensão multidimensional deste paciente. O psicólogo enquanto profissional inserido em instituições hospitalares pode escutar pacientes, familiares e

profissionais, sabendo que a palavra pode ajudar o ser a suportar melhor a condição humana (KITAJIMA E COSMO, 2008).

d) Diante do que foi visto, temos as *implicações estruturais/recurso*, que diante de todas as medições possíveis (família, religião, política, sexualidade...), a atividade profissional e seu princípio de realidade permitem avaliar a importância das duas dimensões. É chocar-se com a cada instante com o muro da contradição, entre a realidade estrutural com suas injunções e seus limites (BARBIER, 1985). O que nos parece é que os enfermeiros estão no limite por falta de tempo, pela correria diária de dar conta das ações de cuidar ou por implicações éticas e legais em não fazer o que tem que ser feito;

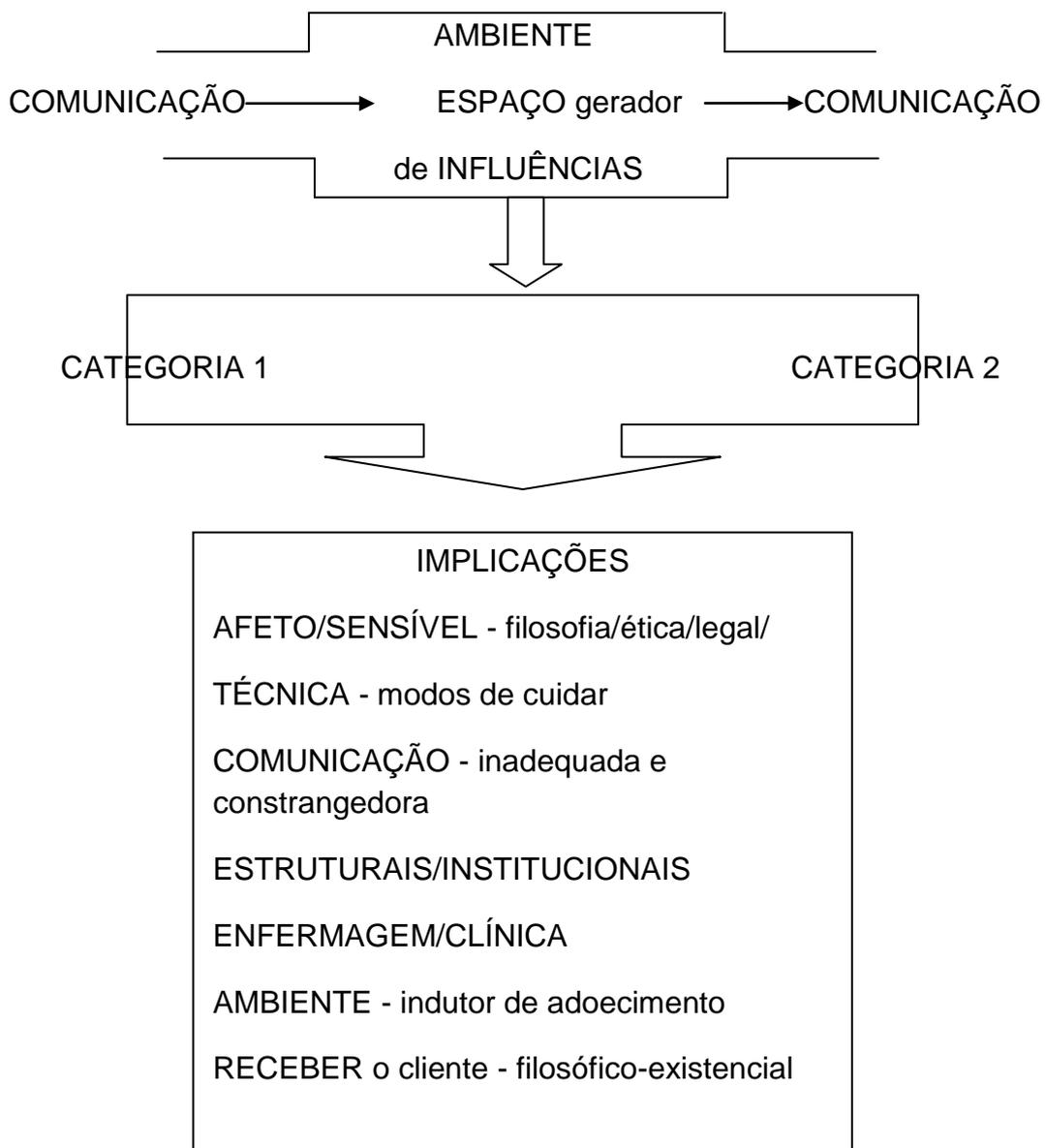
e) a outra implicação é de uma enfermagem clínica que não inicia seu primeiro contato com o cliente de forma clara e científica e que o mais importante é o contato do profissional com o cliente, ocorre, na maioria dos casos, quando este está sob efeito de crise aguda ou tensão. Desse modo, é provável que suas ansiedades se intensifiquem e pareça estar mais perturbado ou na defensiva do que em outros momentos. Se o profissional poder conter o excesso de ansiedade que o paciente não pode enfrentar nesse momento, proporcionará alívio e dará oportunidade de compreensão. Qualquer atitude de um profissional pode repercutir sobre o paciente de forma positiva ou negativa, sendo terapêutico ou não

f) a outra implicação está no ambiente, identificado na filmagem e nas falas sobre ruídos (apêndice C e D), foi possível constatar como se apresentavam os enfermeiros antes, durante e após a realização do cuidado ao cliente internado, e as respostas da equipe de enfermagem não condizem com as suas atitudes durante a rotina de trabalho, pois quando os questionamos se utilizam vestimentas adequadas, materiais apropriados para determinados procedimentos e técnicas ideais as respostas sempre são positivas e quando nos deparamos com os profissionais diante de certas situações vimos que isso não acontece. O risco para a saúde desses profissionais corresponde ao contato direto com os micro-organismos transmitidos a partir de fontes de infecção não identificadas, como pacientes com diagnósticos não definidos ou ainda problemas estruturais, que, freqüentemente, são encontrados nas unidades hospitalares (BENATTI, 1997)

g) uma última implicação que é filosófico-existencial em relação ao cliente que acredita que será informado, minimiza o medo do estranho ambiente hospitalar. Não basta transmitir a informação, é preciso esclarecer o sentido das palavras para que se entenda como o uso de palavras técnicas dificulta o entendimento. A informação deveria ser transmitida livremente, não guardada, negada ou encoberta. Todos os profissionais deveriam prestar informações, visto que o leigo não diferencia quem sabe o quê; ele procura dicas para navegar dentro da instituição, para saber o que acontece e acontecerá com ele. Não há uma sistematização de cuidados e nem uma filosofia do trabalho de Enfermagem.

Para melhor esclarecimento apresentamos uma imagem síntese deste estudo de nossas implicações:

Figura 08- Síntese do estudo



Acreditamos que docentes, pesquisadores e profissionais com conhecimento na área de saúde, devem ter a responsabilidade de estimular reflexões dos profissionais de enfermagem que propiciem mudanças na prática de cuidado aos clientes com comorbidade clínica, tornando-se necessário que os profissionais exijam da instituição na qual trabalham apoio ao desenvolvimento profissional e aperfeiçoamento na área de atuação.

Deve-se priorizar a criação e manutenção de programas de avaliação para capacitação de recursos humanos a fim de desenvolverem ações de qualidade em saúde, tendo o programa de educação permanente mais ativo, em busca de saberes teórico-práticos para a equipe de enfermagem a fim de conferir a qualidade do cuidado, e por conseguinte, a satisfação profissional e dos clientes. As atividades de educação permanente efetivamente desenvolvidas, constituem-se em uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação à assistência de enfermagem (KRISTJANSON & SCANLAN, 1992)

Os resultados nos permitiram rever ao nos assustar e constranger com situações de cuidado, cujas implicações são nossas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J.S, VIEIRA, M.J. **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização.** Rev. Bras. Enferm. 2005;58(3):261-5.

ANJOS, M.F. **Dignidade humana em debate.** Bioética 2004; 12(1): 109-14.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. **Manual de segurança do paciente – higienização das mãos em serviços de saúde.** Brasília: ANVISA/MS; 2008. 100 p.

ARAÚJO, M. M. T., SILVA M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP.** 2007

_____, M. M. T., SILVA M. J. P. **Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil.** J Clin Nurs. [periódico na Internet]. 2006]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118794484/abstract>

_____,M. M. T, SILVA M. J. P., FRANCISCO M. C. P. B. **The nurse and the dying: essential elements in the care of terminally ill patients.** Int Nurs Rev. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 nov 16]; 51(3): [cerca de 11p]. Disponível em:<http://pt.wkhealth.com/pt/re/inrr/abstract.00004396-200409000-00012.htm?jsessionid=JmrGGJxnbLykQxcdhyBvxyk30hsQC9Rh3PhYC6sKWszWZpJXnlvSw!1945311642!181195628!8091>.

ARAÚJO, S. T. C. **Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da sociopoética.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

ARTZ, C. P.; MONCRIEF, J. A.; PRUIT-Jr, B. A. **Queimaduras.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1980

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

Aurélio, F.S. **Ruído em unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais.** Rev. Paul. Pediatr, São Paulo, jun. 2010;28(2): 162-9.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

_____, L. **Análise de conteúdo.** 3. Ed. Lisboa:Edições 70, 2004.

BAUER, M. W. , GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** RJ;Editora Vozes, 2013, p.24.

BAZON, F.V.M, CAMPANELLI, E.A. , BLASCOVI-ASSIS, S.M., **A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências.** Psicologia: Teoria e Prática - 2004, 6(2): 89,99.

BENETTON, L.G. **Temas de psicologia em saúde: a relação profissional-paciente.** 2.ed. São Paulo, 2002.

BERLO, D.K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática.** 9ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1999.

BORDENAVE, L. **O que é comunicação.** São Paulo, Brasiliense, 1985.

BOYCE, J.M., PITTET D, **Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force.** Infect Control Hosp Epidemiol. 2002;23(Suppl.12):S3-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF, 2004.

_____, **NR-6- Equipamento de Proteção Individual- EPI.** In: EQUIPE ATLAS. Segurança e medicina do trabalho. 54. ed. São Paulo: Atlas, 2004c.

CAMINITI, C., SCODITTI, U., DIODATI, F., & PASSALACQUA, R. **How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice.** BMC Health services Research, 5, 62. Acesso em 10 de Fevereiro de 2016, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/62>.

CAVALCANTI, A.C.D.; COELHO, M.J. **O cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca: a interação como ferramenta do cuidado.** Rio de Janeiro (RJ): EEAN/UFRJ; 2006

CAVALCANTI, P.B. **Qualidade da iluminação em ambientes de internação hospitalar.** Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Porto Alegre. 2002

CERQUEIRA, A. T. A. R. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação,** Rev. Interface vol.13 no.29 Botucatu Apr./June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200018. Acesso em 02 Set 2013.

CHIAVENATO I., **Gerenciando pessoas. O passo decisivo para a administração participativa.** São Paulo: Makron Books; 1992.

CHIATTONE, H. B. C. (1988). **A criança e a hospitalização.** Em V. A. AngeramiCamon (Org.), Psicologia hospitalar (pp. 95-102). São Paulo: Pioneira.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo; Editora Atheneu, 1ª ed. 2003

COHEN, M.R. **Preventing Medications Errors Related to Prescribing**. In: Cohen MR. Medication Errors Causes, Prevention, and Risk Management. Washington: American Pharmaceutical Association; 2000. p.8.1-8.23.

COSTA, R.A, SHIMIZU, H.E. **Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005;13(5):654-62.

CUNHA, A.E. **Afeto e Aprendizagem, relação de amorosidade e saber na prática pedagógica**. Rio de Janeiro: Wak 2008.

DESSEN, M. A. C.; BORGES, L. M. **Estratégias de observação do comportamento em Psicologia do Desenvolvimento**. In: ROMANELLI, G.;BIASOLI-ALVES, Z. M. Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 31- 49.

DÍAS, B.,J.E. **O que é Comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2007

DIAS, M. A. S.; VIEIRA N. F. C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. **Rev Bras Enferm**. 2008.

ELTZ, I. **Qualidade na comunicação preparando a empresa para encantar o cliente**. Acta. Paul. Enferm. V.19,V.4,p.379-386. 2006

FERRARO, A. Psicoprofilaxis quirurgica. **Revista Crescimento Interior** 66 , 2000.

FERREIRA, M. M. T. G. B. **Informações prestadas a clientes sobre benefícios, riscos e conseqüências da assistência de enfermagem: um estudo exploratório** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

FIGUEIREDO, N. M. **Tratado de Cuidados de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2012.

_____, N. M. ; MACHADO, W. C. A. **Corpo e saúde: Condutas Clínicas de Cuidar**.William César Alves Machado. Editora Águia Dourada. 2009

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

FILSTEAD, W. J. **Qualitative Methods: a Needed perspective in evaluation reaserch**. In: COOK, T.D. & REICHARDT, C. S. (orgs.). *Qualitative and quantitative Methods in Evaluation reaserch*. Beverly Hills, CA: Sage. 1979.

Freyre, K. (2004). **Era uma vez: laboratório de sonhos**. Recife: Editora Universidade de Pernambuco - UPE

FREITAS, G.F.;OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2008.

_____, G.F. **Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GARCIA, T.R, NOBREGA, M.M.L.D. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa**. Esc Anna Nery. 2009; 13(1):188-93.

GILL, D. e ADAMS, B. **ABC of Communication Studies**. Second edition. Walton-on-Thames: Thomas Nelson & Sons, 1998.

GOIS C. F. L., DANTAS R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2004.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GRAÇAS, E.M. **Experiências da hospitalização- uma abordagem fenomenológica**. São Paulo, 1996, 317p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

HEIVEIL, I. **Videoterapia: o uso do vídeo na psicoterapia**. São Paulo: Summus, 1984.

HERDMAN, T.H, editor. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2009- 2011**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

HEWITT, J. - **Psycho-affective disorder in intensive care units: a review**. J Clin Nurs, 2002.

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

HUDAK, M.C.; GALLO, M.B. Cuidados intensivos de Enfermagem – uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 29-28.

KAMPF, G, KRAMER, A. **Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs**. Clin Microbiol Rev. 2004;17(4):863-93.

KENSKI, V. M. Aprendizagem mediada pela tecnologia. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 10, p. 47-56, 2003.

KITAJIMA, K., & COSMO, M. (2008). **Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI**. In: Knobel, E.; Andreoli, P. B. de A., & Erlichman, M. R. Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves (pp.101-112). São Paulo: Atheneu.

KNOBEL, E; NOVAES, P.F.A.M; KAM, H.C. **Humanização do CTI: uma questão de qualidade – experiência do CTI do Hospital Israelita Albert Einstein.** Rev. Âmbito Hospitalar, n. 2, p. 19- 27, fev, 1999.

KRISTJANSON, I.J.; SCANLAN, J.M. **Assessment of continuing nursing education needs: a literature review.** J. Contin. Educ. Nurs., v.23, n. 4, p.156- 160, 1992

LEAPE, L.L., BATES, D.W.; CULLEN, D.J., COOPER, J., DEMONACO, H.J., GALLIVAN, T., et al. **System analysis of adverse drug events.** JAMA 1995; 274(1):35-43.

LINTON, P. E. **Creating a total healing environment.** In: Symposium on Healthcare Design, San Diego. Innovations in Healthcare Design: selected presentations from the first five Symposia on Healthcare Design. New York: Sara O. Marberry, 1995. p. 121 – 132.1992.

LOPES, M.I.V. ET AL. **Epistemologia da comunicação.** São Paulo: Loyola, 2003.

LUCENA, A. de F.; GOES, M. O. de. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, p. 37-48,1999. Número especial.

LYNCH, J. B.; LEWIS, S. R. (eds.) **Symposium on treatment of burns.** In: SYMPOSIUM OF THE EDUCATIONAL FOUNDATION OF THE AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGEONS, Texas, 1971. Proceedings. Saint Louis: C.V. Mosby, 1973.

McFARLAND, G. K.; NASCHINSKI, C. E. **Impaired communication e descriptive study.** Nurs. Clin. North Am., v. 22, n. 4, p. 775-85, 1985.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2a. ed. 1995

_____, M. C. S., DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento – epistemologia e método**, RJ; Editora Fiocruz, 2002, p. 195.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand; 2002.

NADZAN, D.M. **A System Approach to Medication Use.** In: Cousins DM. Medication Use: A System Approach To Reducing Errors. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 1998. p.5-18

NEME, C.M.B. (2003). **Manual de orientação para pacientes e familiares: abrindo portas para uma nova visão da doença oncológica e dos tratamentos.** Bauru: Unesp/ Proex.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a Enfermagem: o que é e o que não é.** 5° Ed. Louvres: Lusociência, 2004

OLIVEIRA, N.T. (2009). **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário.** Tese (Doutorado em serviço social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Organizacion Panamericana de la Salud e Organização Mundial de la Salud. **Critérios de salud ambiental – El Ruído.** México, 1980. Disponível em: <http://www.who.int/es>. Acesso em: 20 abr. de 2010

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Classe hospitalar: reflexões sobre sua práxis educativa.** 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

OLINISKI, S.R. & LACERDA, M.R. **Cuidando do Cuidador no Ambiente de Trabalho: Uma Proposta de Ação.** Revista Brasileira de Enfermagem. 59 (1): 100-104. 2006.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods.** London: SAGE; 1990.

PEPLAU HE. **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica.** Barcelona (ESP): Masson-Salvat; 1990.

PERES, M.H.C., Leite, M.M.J. **Sistemas de informação em saúde.** In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (2004). **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo: Loyola

POLIT, D. F & HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem,** 3a. Edição, Porto Alegre: Artes Médicas Ed. 1995.

_____, D. F., BECK C. T., Hungler B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004

POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, processos e prática.** Rio de Janeiro Guanabara Koogan; 1999.

QUILES, J. M. O. , & CARRILLO, F.X.M. **Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas .** Teoria y práctica. Madrid: Biblioteca Nueva

REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents.** Aldershot: Ashgate; 1997.

REYNA, C. P. **Vídeo e pesquisa antropológica: encontros e desencontros.** Biblioteca on-line de Ciências da Comunicação. 1997. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt>> Acesso em 20 de outubro de 2005.

RICHARDSON. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas.** São Paulo. Atlas, 1985.

ROEHRS H., MAFTUM M. A., STEFANELLI M. C. **A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental.** Online Braz J Nurs. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 out 22]; Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1053/230>

ROJAS, J. E. A. **O indivisível e o divisível na história oral.** In: MARTINELLI, M. L. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. p.87-94.

SANGLARD, G.; COSTA, R. . **Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31).** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Apr. 2004 .

SANTAELLA, I. **O que é a Semiótica.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

SCAPPATICCI, A . L. S. S.; IACOPONI, E.; BLAY, S. L. Estudo defidedignidade inter-avaliadores de uma escala para avaliação da interação mãe-bebe. **Revista de Psiquiatria**, v. 26, n.1, p. 39-46, 2004.

SCHELLES, S. A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. 2008. **Revista Esfera**

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SELLI, L. **Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado.** Mundo Saúde. 2003;27(2):248-53.

SILVA, D.C., Alvim, N.A.T., Figueiredo, P.A. **Tecnologias leves e cuidado em enfermagem.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 - 8

SILVA, E. B. C., CASSIANI S. H. B., MIASSO A. I. **Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação.**São Paulo. Acta Paul Enferm. 2007.

SILVA, L. M., BRASIL, V. V , BARBOSA, A. L. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev Latino-am enfermagem** 2000; 8(4): 52-58.

SILVA, M. J. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Loyola, 2003

_____. **“Comunicação tem remédio”.**Sao Paulo: Editora Loyola; 2002.

_____, **Humanização em UTI.** In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-11.

_____, **Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Editora Gente, 1996. 2ª ed.

_____, **Comunicação tem remédio.** 3º Edição. Ed. Loyola, 2005.

SIMINI, B. **Patients perceptions of intensive care.** Lancet, v. 354, p. 571-572, aug, 1999.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; **Brunner/Suddarth tratado de enfermagem medico-cirúrgico.** 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v. 3, cap. 52, p. 1275-305

SOUZA, J. P. **Elementos de Teoria e Pesquisa da Comunicação e dos Media.** Porto, 2003

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. **Comunicação e enfermagem.** In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (org.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Barueri, SP: Manole, 2005

_____, **Comunicação e enfermagem.** In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (org.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Barueri, SP: Manole, 2005.

_____, **Comunicação com o paciente - teoria e ensino.** 2.ed. São Paulo: Roche, 1993

STEINER, R. **O método cognitivo de Goethe: linhas básicas para uma gnosiologia da cosmovisão goetheana.** São Paulo: Antroposófica.

TIGULINI, R. de S.; MELO, M. R. A. da C. **A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico.** In: SIMPOSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. Anais... Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a113.pdf>>. Acesso em: 02 Set. 2013

TORRES, G., Nightingale. F. In: GEORGE, J.B. et. al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap.3, p.38-48.

TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; LOURENÇO, M.R., SHINYASHIKI, G.T. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Lat Am Enferm.** 2002;10(1):85-9.

VASCONCELOS, R.T.B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior.** Dissertação (Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.2004.

VIANNA, L.M.; BRUZSTYN, I. & SANTOS, M. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. 16(1):7-20. 2008

Watson J. **The theory of human caring: retrospective and prospective.** Nurs Sci Q 1997; 10 (1): 49-52

WATZLAWICK, P. ET alii. **Pragmática da comunicação humana.** São Paulo, Cultrix, 1967.

Wright LM, Leahey M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.

APÊNDICE A

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS EM 2013/2014/2015/2016	2013/2	2014/1	2014/2	2015/1	2015/2	2016/1
Submissão do projeto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado.	X					
Participação nas aulas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado.		X	X	X	X	
Participação nos seminários de projetos e subprojetos do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – NUPEEF		X	X	X	X	
Coleta de dados		X	X	X		
Apresentação dos resultados parciais no NUPEEF /Grupo de Pesquisa.		X	X	X		
Reunião com o professor orientador.		X	X	X	X	
Elaboração de artigos.		X	X	X	X	
Leitura e análise do documento de acordo com o referencial teórico.		X	X	X		
Qualificação da dissertação.					X	
Defesa da dissertação.						X

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CLIENTE

AMBIENTE como ESPAÇO gerador de influências: um estudo sobre a COMUNICAÇÃO na Enfermagem

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa realizada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), que tem como objetivos: Identificar no ambiente, ruídos e falas (comunicação) quando a equipe de enfermagem cuida através de gravação e entrevistas; destacar falas e ruídos relacionando influências e configuração do ambiente de cuidar discutindo implicações para a enfermagem e clientes. Utilizaremos o recurso da filmagem para garantir o registro fidedigno do fenômeno estudado. As imagens serão adquiridas durante a realização de qualquer procedimento nos clientes ou até mesmo ao somente se comunicarem com a equipe de enfermagem, durante a permanência da equipe no seu leito ou quando os clientes forem ao posto de enfermagem. Esclarecemos que as imagens obtidas através da filmagem servirão para o preenchimento do formulário da pesquisa, e, portanto, não serão divulgadas em quaisquer meio de comunicação. Além disso a filmagem será realizada apenas mediante a autorização do (a) **cliente**, após explicitação dos objetivos do projeto. Você também participará desta pesquisa respondendo a uma entrevista elaborada pela pesquisadora através de um questionário. Suas respostas serão tratadas de forma anônima, onde nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento por escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. A sua participação é voluntária, ou seja, você é livre para recusar a participação, e recusa do participante não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. Riscos mínimos a sua integridade física, moral ou emocional, pois o objetivo da pesquisa está voltado para a influencia que o ambiente pode gerar na comunicação entre clientes e enfermeiros. O que queremos são somente os movimentos do corpo nas ações de cuidar que tem a intenção de mensurar tempo, permanência, distancia e aproximação da enfermagem com ela mesmo, com os clientes durante o processo de cuidar. Em nenhum momento a fala será identificada, é apenas codificada para organização da análise dos dados, do mesmo modo que as imagens serão usadas com tarjas pretas, se por acaso aparecer o rosto. Garantimos o anonimato de todos os participantes do estudo, e estes serão informados de que a utilização das informações obtidas seria exclusivamente para fins científicos e que a divulgação dos resultados ocorreria em periódicos científicos da área de enfermagem. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa, e terá os seus resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Você não terá nenhum tipo de custo e nem gratificações. Você não terá nenhum tipo de custo e nem gratificações. Não haverá nenhum tipo de risco. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e email da pesquisadora podendo tirar suas duvidas sobre o estudo e sua participação, agora

ou a qualquer momento. Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sendo a aluna Lorena Paulo dos Santos Lima, a principal pesquisadora, sob orientação da Profª Drª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Caso deseje, consta também o telefone e email do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO (CEP-UNIRIO).

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito da pesquisa. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo; os procedimentos a serem realizados e as garantias de confiabilidade e esclarecimentos. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que não terei nenhuma remuneração ao participar desta pesquisa. Concordo voluntariamente participar deste estudo sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de minhas funções profissionais na instituição (HUGG).

Lorena Paulo dos Santos Lima

**Assinatura do participante da
pesquisa**

Pesquisadora

Telefone: (21)9901-3314/email:lorenapaulo@ig.com.br

CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br

**APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENFERMEIRO (a)**

**AMBIENTE como ESPAÇO gerador de influências: um estudo sobre a
COMUNICAÇÃO na Enfermagem**

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa realizada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), que tem como objetivos: Identificar no ambiente, ruídos e falas (comunicação) quando a equipe de enfermagem cuida através de gravação e entrevistas; Destacar falas e ruídos relacionando influências e configuração do ambiente de cuidar discutindo implicações para a enfermagem e clientes. Utilizaremos o recurso da filmagem para garantir o registro fidedigno do fenômeno estudado. As imagens serão adquiridas durante a realização de qualquer procedimento nos clientes ou até mesmo ao somente se comunicarem com os mesmos e durante a permanência da equipe no posto de enfermagem. Esclarecemos que as imagens obtidas através da filmagem servirão para o preenchimento do formulário da pesquisa, e, portanto, não serão divulgadas em quaisquer meio de comunicação. Além disso, a filmagem será realizada apenas mediante a autorização do (a) **Enfermeiro (a)**, após explicitação dos objetivos do projeto. Você também participará desta pesquisa respondendo a uma entrevista elaborada pela pesquisadora através de um questionário. Suas respostas serão tratadas de forma anônima, onde nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento por escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. A sua participação é voluntária, ou seja, você é livre para recusar a participação, e recusa do participante não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. Riscos mínimos a sua integridade física, moral ou emocional, pois o objetivo da pesquisa está voltado para a influencia que o ambiente pode gerar na comunicação entre clientes e enfermeiros. O que queremos são somente os movimentos do corpo nas ações de cuidar que tem a intenção de mensurar tempo, permanência, distancia e aproximação da enfermagem com ela mesmo, com os clientes durante o processo de cuidar. Em nenhum momento a fala será identificada, é apenas codificada para organização da análise dos dados, do mesmo modo que as imagens serão usadas com tarjas pretas, se por acaso aparecer o rosto. Garantimos o anonimato de todos os participantes do estudo, e estes serão informados de que a utilização das informações obtidas seriam exclusivamente para fins científicos e que a divulgação dos resultados ocorreria em periódicos científicos da área de enfermagem. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa, e terá os seus resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Você não terá nenhum tipo de custo e nem gratificações. Você não terá nenhum tipo de custo e nem gratificações. Não haverá nenhum tipo de risco. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e email da pesquisadora podendo tirar suas duvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento. Esta pesquisa possui vínculo com a

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, através do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, sendo a aluna Lorena Paulo dos Santos Lima, a principal pesquisadora, sob orientação da Profª Drª. Nélia Maria Almeida de Figueiredo. Caso deseje, consta também o telefone e email do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO (CEP-UNIRIO).

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo; os procedimentos a serem realizados e as garantias de confiabilidade e esclarecimentos. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que não terei nenhuma remuneração ao participar desta pesquisa. Concordo voluntariamente participar deste estudo sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de minhas funções profissionais na instituição (HUGG).

Lorena Paulo dos Santos Lima

**Assinatura do participante da
pesquisa**

Pesquisadora

Telefone: (21)9901-3314/email:lorenapaulo@ig.com.br

CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE PESQUISA CLIENTES

Sexo: Idade: Estado Civil:

Como você se sente quando a enfermeira fala termos que você não compreende?

Com quem mais você se comunica na enfermaria. Por quê?

Já aconteceu alguma situação que ficou envergonhado? Qual?

Acha que alguma coisa poderia melhorar na postura dos enfermeiros?

FATORES	Não Interfere (0)	Interfer e Pouco (1)	Interfere (2)	Interfere Extremamente (3)
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia				
Ser picado por agulhas				
Ter que usar oxigênio				
Não conseguir dormir				
Ter dor				
Ter sede				
Ter luz acesa constantemente				
Sons e ruídos altos				
Estar num ambiente muito quente ou muito frio				
Escutar o gemido de outros pacientes				
Ser acordado pela enfermagem				
Não ter privacidade				
Não ter explicações sobre o tratamento/procedimento				
Ser cuidado por profissionais sem ser apresentado a eles				
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia				
Não saber quando as coisas vão ser feitas				
Equipe falando muito alto				
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você				
Sentir que a enfermagem está muito apressada				
Ter a equipe falando termos incompreensíveis				
Contato com morte				
Postura arrogante dos profissionais da enfermagem				
Sentir falta de conversar				
Interromper ao estar falando				
TOTAL:				

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE PESQUISA ENFERMEIROS

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

FATORES	Não Interfere (0)	Interfere Pouco (1)	Interfere (2)	Interfere Extremamente (3)
Carga Horária de trabalho semanal				
Sentir odores estranhos				
Ser sempre chamado pelo cliente				
Não conseguir dormir				
Esclarecer as dúvidas do cliente				
Atendimento das necessidades do cliente				
Sair de um plantão e iniciar outro em seguida				
Sons e ruídos altos				
Estar num ambiente muito quente ou muito frio				
Escutar o gemido de clientes				
Sorrir para os clientes				
Expressar, com palavras, que entende o que o usuário está passando.				
Usar expressões para animar o cliente				
Demonstrar ironia ao falar				
Contato com morte				
Estimular o usuário expressar seus sentimentos				
Respeitar a privacidade do cliente				
Demonstrar respeito pela crença				
Ser breve ao falar				
Indicar o tempo do qual dispõe para falar com o cliente				
Olhar nos olhos do cliente enquanto conversam				
Falta de estrutura do hospital				
Interromper o usuário quando não concorda				
Dar ordens de maneira impositiva				
TOTAL:				

Faz parte da sua conduta profissional conversar com os clientes? Por quê?

Costuma explicar ao paciente o procedimento a ser realizado? Por quê?

Ao iniciar sua rotina de trabalho, tem o hábito de se apresentar aos pacientes?

Por que é importante a comunicação na passagem de plantão?

Como você descreveria o ambiente em que você trabalha?

Poderia me dizer algo sobre sua relação com seus colegas de trabalho? Para você, é importante manter boa relação com eles?

A comunicação entre a equipe de enfermagem e o cliente tem influencia do ambiente.

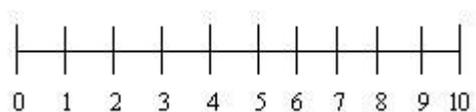
SIM

Explique por quê:

NÃO

Pontuações/dado para comunicação

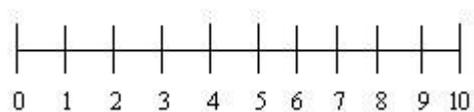
Dê uma nota de 0 a 10 para comunicação, ou seja, de como ela acontece entre você e seus colegas



Nota

Explique por que

Dê uma nota de 0 a 10 para a comunicação, ou seja de como ela acontece entre você e o cliente.



Nota

Explique por que:

**APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS.
OBSERVAÇÃO SOBRE A FILMAGEM**

Observação dos Signos expressos pela Equipe de Enfermagem no Ambiente de cuidar.

Como se apresenta? _____

Como se apresenta realizando o cuidado?

Como se apresenta após a realização do cuidado?

APÊNDICE G – O significado das FALAS E DOS RUÍDOS

A configuração do ESPAÇO e das AÇÕES:

a) UNIVERSO DAS AÇÕES E ATOS

	Procedimento	Análise das Imagens	Nº de evocações (o que falam)
1	Processos/Registro		
2	Cuidado com o corpo		
3	Cuidado com o ambiente		
4	Busca de material em outros espaços		
5	Atendimento aos familiares e/outros		