



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ANA MARIA CUNHA BAX

A VIVÊNCIA DOS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO
ENFERMEIRO EM UNIDADE CARDIOINTENSIVA:
TRADUZINDO A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DO CLIENTE.

RIO DE JANEIRO

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ana Maria Cunha Bax

A VIVÊNCIA DOS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO
ENFERMEIRO EM UNIDADE CARDIOINTENSIVA:
TRADUZINDO A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DO CLIENTE.

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Rio de Janeiro

2010

Bax, Ana Maria Cunha

A vivência dos sentidos sociocomunicantes do enfermeiro em Unidade cardiointensiva: traduzindo a comunicação não-verbal do cliente/ Ana Maria Cunha Bax – Rio de Janeiro:UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2010.
xiv, 241 f. ; "il"; 31cm.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

Orientador: Silvia Teresa Carvalho de Araújo.

1. Comunicação. 2. Sentidos Corporais. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Unidade cardiointensiva. – Teses. I. Araújo, Silvia Teresa Carvalho (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III.Título.

CDD 610-73

Ana Maria Cunha Bax

A VIVÊNCIA DOS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES
DO ENFERMEIRO EM UNIDADE CARDIOINTENSIVA:
TRADUZINDO A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DO CLIENTE

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em...../...../.....

.....
Presidente: Profª Drª Silvia Teresa Carvalho de Araújo
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

.....
1º Examinador – Profª Drª Enedina Soares
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO

.....
2ª Examinador – Profª Drª Isaura Setenta Porto
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

.....
Suplente- Profª Drª Margarethe Maria Santiago Rego
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

.....
Suplente – Profª Drª Ana Carla Dantas Cavalcanti
Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa / UFF

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Ao Alexandre, à Juliet, à Giselle e ao Andreas entrego este exemplo
de vitória da persistência, de amor e dedicação, na esperança
de ser sempre um futuro melhor...

Quero colo!
Vou fugir de casa
Posso dormir aqui
Com vocês
Estou com medo
Tive um pesadelo
Só vou voltar
Depois das três...

Meu filho vai ter
Nome de santo
Uummhum!
Quero o nome
Mais bonito...

É preciso amar haahaa as pessoas
Como se não houvesse amanhã
Porque se você parar
Prá pensar
Na verdade não há...

Legião Urbana

Composição: Dado Villa-Lobos / Renato Russo / Marcelo Bonfá

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A *Deus*, pelo dom da vida, pelo amor e por tudo que recebo em minha vida. Ao Mestre Jesus que me orienta com sua doutrina de Luz. Aos Mentores Espirituais, sempre presentes confiantes em meu aprendizado e melhoramento.

À minha mãe, *Nilda Pirath Cunha*, em memória, por me incentivar a perseverar sempre para alcançar o melhor bem para mim e minha família.

Ao meu pai, *Adelino Cunha*, que tanto me ajudou para que hoje eu possa vencer mais esta etapa de realizações.

Ao meu esposo, *Alexandre Medeiros Bax*, que esteve sempre ao meu lado em todos os momentos, dividindo a angústia da coleta de dados, ouvindo minhas constantes conjecturas sobre as análises, ou naqueles momentos em que eu me encontrava dispersa em pensamentos ou cansada pela sobrecarga de trabalho, assumindo a condição de *Pãe*, pai e mãe, para que eu pudesse desenvolver este estudo.

Aos meus filhos, *Andreas*, *Giselle* e *Juliet* que sempre compreenderam a minha necessidade de permanecer frente ao computador ou entre livros com os quais dividiram as atenções.

À *Profª Drª Silvia Teresa Carvalho de Araújo*, minha querida orientadora, que me auxiliou na realização deste estudo e no meu crescimento como ser reflexivo. Abrigou as minhas perspectivas sonhadoras, dando forma, corpo, cheiro e cor a esse sonho.

Às Professoras Doutoras *Enedina Soares*, *Isaura Setenta Porto*, *Margarethe Maria Santiago Rego* e *Ana Carla Dantas Cavalcanti* que me conduziram transformando o meu caminhar mais consistente e produtivo.

Obrigada por acreditarem em mim

.

A todos os *Docentes da EEAN* que com seus conselhos, debates, aulas, estão ensinando sempre.

Aos amigos da *Biblioteca e da Secretaria da Pós-graduação da EEAN*, que me auxiliaram tantas vezes.

À *Direção do Hospital dos Servidores do Estado* e à respectiva *Diretoria de Enfermagem*, que me proporcionaram a oportunidade de dedicação exclusiva a este estudo, pois, sem esse apoio não teria conseguido realizá-lo. Agradeço a confiança na minha capacidade de desenvolver uma pesquisa de valor, levando o nome de nossa Casa.

Agradeço aos amigos enfermeiros da Unidade cardio-intensiva que participaram da pesquisa, entregando-se de coração à minha confiança. A todos os demais amigos, enfermeiros e todos os profissionais da unidade que não participaram diretamente dos grupos, mas que me facilitaram sempre, e de toda forma, para que esse estudo se realizasse.

Ao *Grupo CEHCAC* através do qual construí o arcabouço do projeto, onde amadureci minhas idéias e somente a partir deste pude desenvolver este estudo. Vocês são muito importantes.

Bax, Ana Maria Cunha. **A vivência dos sentidos sociocomunicantes do enfermeiro em unidade cardiointensiva: traduzindo a comunicação não-verbal do cliente**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.

O estudo trata de investigar como os enfermeiros na Unidade cardio-intensiva percebem as manifestações não-verbais do cliente sob seus cuidados. Valorizamos destacar o enfoque subjetivo considerando que o cuidado de enfermagem prestado ao cliente nesta unidade está predominantemente dirigido às alterações relativas ao órgão coração. Traçamos como objetivos: Identificar com quais sentidos corporais o enfermeiro percebe essas manifestações e discutirmos como essa comunicação não-verbal subsidia um cuidado singular de enfermagem. Descrever as diferentes manifestações não-verbais desta clientela através de sua vivência na prática assistencial. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido utilizando a técnica da Vivência dos Sentidos Sócio comunicantes de Araújo e o método do Grupo Pesquisador de Gauthier. Foram desenvolvidas dinâmicas criativas como o relaxamento, o desenho e a dramatização; aplicadas a 14 enfermeiros atuantes em unidade cardiointensiva em um hospital federal no Rio de Janeiro no período de junho a setembro de 2009. **Resultados:** A análise dos dados nos levou a descrição de várias manifestações não-verbais deste cliente e o significado destas pela interpretação do enfermeiro. O sentido visão foi identificado como o mais utilizado para a percepção da comunicação não-verbal, seguido da audição, tato e olfato e em menor proporção paladar e coração. Os sentidos corporais, durante o processo de observação e tradução destas manifestações, apresentaram-se compartimentados, adquiriram características próprias de acordo com o seu objetivo; visão radar, visão interna, audição paciente, audição sensível e transversalidades. Identificadas pelos enfermeiros a partir das dramatizações, destacaram pistas através das imagens expressivas para a realização do cuidado de enfermagem singular. A contra-análise destacou categorias temáticas relativas ao paciente e ao enfermeiro. Relacionadas ao paciente sobressaíram: os sentimentos do paciente portador de cardiopatia, o paciente internado na unidade cardio-intensiva e o “ser” paciente pelos olhos e sentidos do enfermeiro. As categorias temáticas referente ao enfermeiro e sua prática destacaram o enfermeiro como ser humano e a comunicação verbal e não-verbal no seu dia-a-dia. O repensar da prática do enfermeiro a partir do espaço transversal construído pela pesquisa e as dificuldades de desenvolver um cuidado integral do ser. **Considerações:** O reconhecimento da ação dos sentidos corporais dos enfermeiros no diagnóstico da comunicação não-verbal e de enfermagem nos níveis psicobiológico e psicossocial. Além de promover a reflexão sobre a prática, também gerou crítica sobre a valorização desta compreensão no cuidado menos automatizado. Verificamos a importância da criação de um espaço transversal ao cuidado, desenvolvendo reflexões sobre a prática pessoal e coletiva do enfermeiro, promovendo a capacidade de intervir alterando atitudes e posturas e construindo conceitos para um cuidado dinâmico e singular através do qual a comunicação não-verbal do cliente comunica necessidades interpessoais a serem atendidas durante o cuidado.

Palavras-chave: Comunicação. Sentidos Corporais. Cuidado de Enfermagem. Cardiointensiva.

Bax, Ana Maria Cunha, **The socio-communicating senses of the nurse in the Cardiac-intensive Unit: Translating non-verbal communication of the patient.** Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ Rio de Janeiro, 2010.

The present study is intended to investigate how nurses working in the Cardiac Intensive Care Unit perceive non-verbal manifestations of the patients under their care. We wanted to highlight the use of the subjective focus because we consider that the nursing care provided in this unit is predominantly directed to patients with alterations of the heart. We set the following objectives: To identify which of the five senses of the nurse is involved in the perception of this non-verbal communication and discuss how this results in exceptional nursing care. To describe the different types of non-verbal communication of these patients during the care provided. Methodology: The study was conducted using Araujo's social communicant senses experience technique and Gauthier's research-group method. Several creative dynamics were developed, such as relaxation, drawing and drama. They were applied to 14 nurses working in the cardiac-intensive care unit at a federal hospital in Rio de Janeiro, in a period that comprises June to September of 2009. Results: The analysis of the data led us to describe various non-verbal communication interchanges of these clients and what these expressions meant to the nurse. Vision was identified as the sense most widely involved in the perception of non-verbal communication, followed by hearing, touch, and to a lesser extent, smell and taste. During the process of observation and interpretation of these manifestations, the five senses appeared segmented, and they acquired particular characteristics according to their objective or purpose. Radar vision, internal vision, calm listening, perceptive and transverse hearing were identified in the dramatizations by the nurse, thus the images expressed highlighted the clues necessary to achieve this singular nursing care. The counter analysis emphasized thematic categories related to both the patient and the nurse. In relation to the patient, the following categories were identified: the feelings of the patient with heart disease, the patient admitted into the cardiac-intensive care unit and what it means "to be" a patient in the eyes and senses of the nurse. In the thematic categories related to the nurse and nursing care, the counter-analysis mentioned the nurse as a human being and the verbal and non-verbal communication in her/his daily routine. Rethinking the practice of nursing from the transverse point of view constructed from this research and the difficulties of developing a comprehensive plan for the care of the human being were pointed out. Final Considerations: This study acknowledged the role of the five senses of the nurse involved in the identification of non-verbal communication and the psychobiological and psychosocial aspects of nursing care. Besides being an element that promoted the analysis of the practice, this study also generated criticism about the evaluation of these aspects when less precise care is required. We emphasized the importance of creating a space transversal to care through the development of analysis of the personal and collective practice of the nurse, especially on her/his ability to intervene by changing attitudes and postures to create concepts for dynamic and singular nursing care through non-verbal communication that becomes an important factor within the interpersonal relation with the patient and must be met during the course of the nursing care.

Keywords: Communication. The body senses. Nursing Care. Cardiac-intensive.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	16
1.1. Trajetória Profissional	16
1.2. Problematização	18
1.3. Sujeito, Objeto, as Questões Norteadoras, os Objetivos e as Contribuições do Estudo	21
1.4. Relevância do Estudo	25
CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
2.1. A Comunicação	30
2.1.1. O Processo da Comunicação	32
2.1.2. A Comunicação, a Semiologia e o Diagnóstico	35
2.1.3. A Comunicação Sutil, os Ruídos e as Variáveis	37
2.1.4. A Comunicação, a Enfermagem e o Ambiente Intensivista... ..	42
2.2. A Necessidade de Transformação na Visão Profissional Mediante Paradigmas Emergentes: a Necessidade de Transformação do Mundo Mecânico para o Mundo Intrínseco e Dinâmico	44
CAPÍTULO 3 – CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA	60
3.1. Sob a Lente dos Sentidos: Ancoragem da Técnica da Sociopoética	60
3.2. O Grupo Pesquisador	66
3.3. O Cenário, os Sujeitos, Os Critérios de Inclusão e Exclusão e a Relevância para a Escolha do Cenário	67
3.4. Produzindo com a Metodologia	69
• Os Momentos do Grupo Pesquisado na Unidade Cardiointensiva	74
3.4.1. O Primeiro Momento: Formando o Grupo Pesquisador	74
3.4.2. O Segundo Momento: Encontro de Produção do Grupo Pesquisador	75
3.4.3. O Terceiro Momento: Ampliando a Produção com o Grupo Pesquisador	76
3.4.4. O Quarto Momento: Reclusão para Tratamento dos Dados	79
3.4.5. O Quinto Momento: A Contra-análise dos Dados	80
3.4.6. O Sexto Momento do Grupo Pesquisador	81
3.4.7. Reações do Grupo Pesquisador.....	81

(continua)

(continuação)

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS DA PESQUISA.....	85
4.1. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa.....	85
4.2. O Processo de Análise dos Dados.....	92
4.3. Análise dos Dados.....	97
4.4. Contra-análise.....	130
4.4.1. O paciente.....	131
4.4.2. O Enfermeiro e a sua Prática.....	136
CAPITULO 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS.....	159
APÊNDICES	
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	165
B – Quadro nº 4 - Relação da Observação da CNV na Prática e a Expressão do Cuidado Singular.....	167
C – Quadro nº 5 - Frequência das Unidades Relacionais do Paciente em Unidade Cardiointensiva.....	185
D – Quadro nº 6 - Os Sentidos Corporais Utilizados pelos Enfermeiros na Identificação da Comunicação Não-verbal do Cliente e seus Significados e Bases para o Diagnóstico na Unidade Cardiointensiva.....	186
E – Quadro nº 7- Os subsídios para o Cuidado Singular do Enfermeiro..	199
F – Quadro nº 8- Subsídios da CNV para o Repensar a Prática do Enfermeiro.....	201
G – Questionário de Caracterização do Sujeito da Pesquisa.....	206
H – Figuras de Produção de Dados do Grupo Pesquisador (1 a 14).....	207
ANEXOS	
A – Solicitação de Autorização ao CEP / Hospital dos Servidores do Estado.....	209
B– Solicitação de Autorização ao CEP / EEAN / UFRJ.....	210
C– Autorização do CEP / Hospital dos Servidores do Estado.....	211
D–Autorização do CEP / EEAN / UFRJ.....	212

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráficos

1 – Frequência de Internações e Óbitos no SUS com Diagnóstico de Doenças Cardiovasculares – Período de jan - jul. 2008 – Município do Rio de Janeiro	26
2 – Frequência de Internações e Óbitos no SUS com Diagnóstico de Doença Cardiovascular – Período de 1997/2007 – Município do Rio de Janeiro	27
3 – Distribuição dos Enfermeiros da Unidade Cardiointensiva por Gênero (N=14)	85
4 – Titulação dos Enfermeiros da Unidade Cardiointensiva (N=14).....	87
5 – Tempo de Formação Profissional dos Enfermeiros (N=14)	88
6 – Tempo de Atuação Profissional dos Enfermeiros da Unidade Cardiointensiva . (N=14).....	88
7 – Distribuição dos Enfermeiros em Relação ao Estado Civil.(N=14).....	89
8 – Distribuição dos Enfermeiros da Unidade Cardiointensiva em Relação a Filhos. (N=14)	90
9 – Distribuição dos Enfermeiros em Relação a Outro Vínculo Empregatício. (N=14).....	90
10 – Distribuição dos Enfermeiros em Relação à Especialidade do Outro Vínculo Empregatício. (N=9).....	91
11 – Frequência dos Procedimentos Destacados pelos Enfermeiros da Unidade Cardiointensiva. (N=26).....	98
12 – Frequência de Expressões da CNV Observadas por Enfermeiros na Unidade Cardiointensiva. (N = 87)	101
13 – Frequência da Expressão do Cuidado do Enfermeiro para o Paciente em Unidade Cardiointensiva.(N = 38)	105
14 – Utilização dos Sentidos Sociocomunicantes na Observação da CNV em Unidade Cardiointensiva. (N=58).....	109
15 – Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Visão. (N = 20).....	111

(continua)

(continuação)

16 – Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Audição. (N = 17)	113
17 – Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Tato. (N = 6).....	115
18 – Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Olfato. (N = 12).....	117
19 – Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Paladar (N = 4)	118
20 – Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Coração (N = 16)	119

Figuras

1 – Relação dos Sentidos no Diagnóstico da Dimensão Psicossocial	125
2 – Relação dos Sentidos no Diagnóstico da Dimensão Psicobiológica...	126

LISTA DE QUADROS

1 – Programação e Execução da Produção com os Copesquisadores na Unidade Cardiointensiva, Primeiro Encontro.....	76
2 - Programação e Execução da Produção com os Copesquisadores na Unidade Cardiointensiva, Segundo Encontro	79
3 - Programação e Execução da Produção com os Copesquisadores na Unidade Cardiointensiva, Terceiro Encontro	81
4 – Relação das Observações da CNV na Prática e a Expressão do Cuidado Singular	167
5 – Frequência das Unidades Relacionais do Paciente em Unidade Cardiointensiva.....	184
6 – Os Sentidos Sociocomunicantes Utilizados pelos Enfermeiros na Identificação da CNV do Paciente e seus Significados e Bases para o Diagnóstico	185
7 – Os Subsídios para o Cuidado Singular do Enfermeiro	198
8 – Os Subsídios para o Repensar a Prática do Enfermeiro	200
9 – A Imagem do Paciente Cardiopata Construída pelos Sentidos dos Enfermeiros	131
10 – Relação dos Sentimentos do Paciente Internado em Unidade Cardiointensiva	133
11 – Relação dos Sentimentos de “Ser Paciente” Construída pelos Enfermeiros	135
12 – Relação das Reações Positivas da Comunicação Verbal e Não-verbal no Dia a dia do Enfermeiro	139

EPÍGRAFE

*Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos,
e não tivesse Amor,
seria como o metal que soa ou como o sino que tine.
E ainda que tivesse o dom da profecia, e conhecesse todos os mistérios e
toda a ciência,
e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e
não tivesse Amor, nada seria.
E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e
ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado,
se não tivesse Amor, nada disso me aproveitaria.
O Amor é paciente, é benigno;
o Amor não é invejoso, não trata com leviandade, não se ensoberbece, não
se porta com indecência, não busca os seus interesses, não se irrita, não
suspeita mal, não folga com a injustiça, mas folga com a verdade. Tudo
tolera, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.
O Amor nunca falha.
Havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo
ciência, desaparecerá; porque, em parte conhecemos, e em parte
profetizamos; mas quando vier o que é perfeito, então o que o é em parte
será aniquilado.
Quando eu era menino, falava como menino, sentia como menino, discorria
como menino, mas, logo que cheguei a ser homem, acabei com as coisas de
menino.
Porque agora vemos por espelho em enigma,
mas então veremos face a face;
agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou
conhecido.
Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor,
estes três; mas o maior destes é o Amor.*

Paulo de Tarso
I Epístola aos Coríntios

CAPITULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Trajetória Profissional

A aproximação do contexto do cuidado de Enfermagem deu-se, para mim, a partir da experiência em vislumbrar a maravilhosa obra do corpo humano em funcionamento, ao ingressar no curso de instrumentação cirúrgica. Pude compreender assim, sua pluralidade nas diversidades e na riqueza subjetiva das pessoas nele envolvidas, concebendo a Enfermagem como uma profissão na qual me realizo ao prestar cuidados à clientela.

Em busca de conhecimento teórico, para entender esta obra maravilhosa, cada vez mais fui me capacitando e atuei em unidades consideradas altamente tecnológicas. Apesar destes aparatos oriundos do desenvolvimento de técnicas invasivas, empregadas na manutenção da vida. Pude observar a existência de uma grande estrutura de cuidados a serem prestados pela Enfermagem que valorizavam este cliente como um ser multidimensional.

Neste contexto, muitas reflexões suscitaram dessas experiências e, a partir delas, fui me aproximando, cada vez mais, dos conceitos teóricos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que visualiza o indivíduo como multidimensional em constantes interações, não um corpo estático aguardando ser assistido.

A medicina oriental pontua a importância da observação semiológica para a construção do diagnóstico, que envolve mais que simples sintomas, mas a busca da raiz destes, sua causa primária. A Medicina Tradicional Chinesa organizou as várias constituições físicas do homem em cinco tipos, (relativos

ao aspecto mental e físico do indivíduo), referentes aos cinco elementos do universo (Fogo, Terra, Metal, Água e Madeira).

O diagnóstico na MTC avalia os desequilíbrios energéticos, que levam à implantação de doenças. Destaca ainda que o exame do exterior do indivíduo possui correlatos importantes com os sistemas internos, auxiliando em nossos diagnósticos (MACIOCIA, 1996).

Fazemos este parêntese, com referência a outras culturas que não sofreram influência da revolução científica e valorizam até hoje todo o tipo de expressão do indivíduo, corporal, verbal, física, entre outras, na busca de compreender o seu interior, conhecendo-o por inteiro.

Muitas leituras me permitiram imergir em uma visão de mundo capaz de vislumbrar o ser humano como o único emotivo e singular homem. Pessoa esta composta de inúmeros atributos e cujo corpo, para ser entendido, deve abranger mente e espírito ao mesmo tempo, fazendo parte integrante da natureza e do Cosmo.

Um ser dinâmico, assim como deve ser para o cuidado de Enfermagem, que exige constante observação, análise, avaliação e reavaliação do quadro clínico e emocional do cliente, independente do grau das necessidades que ele apresenta.

Parece-nos, porém, que a enfermagem está mais atenta ao cliente em estado de dependência total, valorizando mais suas alterações e manifestações, do que ao cliente que se apresenta com uma dependência parcial. Deste se espera a comunicação de suas alterações e sintomas, embora nem sempre ocorra desta forma.

1.2. Problematização

A atuação da pesquisadora deste estudo como enfermeira em unidade cardiointensiva aflorou suas inquietações ao considerar o cuidado de Enfermagem prestado ao cliente admitido nesta unidade e o enfoque que lhe é dado. Observo ao longo da trajetória profissional, que o cliente inúmeras vezes traz consigo o medo manifestado no comportamento, cinesias e corporalidades. Esse medo se justifica, a nosso ver, tanto pela aproximação imaginária da morte, como pela possibilidade real ou iminente da impotência diante da vida, imposta pela cronicidade da doença.

A terapêutica na unidade cardiointensiva tem enfoque predominante na patologia cardíaca, ocorrência essa singular nas unidades especializadas. A internação nesta unidade tem como diagnóstico médico: precordialgia, arritmias, síncope ou a própria cirurgia cardíaca. O indivíduo geralmente é identificado como a “arritmia”, como a “cirurgia de hoje”, como “bloqueio atrioventricular” (BAVT). A partir desses predicativos e siglas, frequentemente deixa de possuir uma identidade, uma história o que resulta na objetivação desse sujeito, como refere Lima (2006).

Por vezes, esquecemos das funções de outros órgãos que se integram no corpo do indivíduo, que se harmoniza em suas funções, (MACIOCIA, 1996). Comumente, o cliente cardiopata necessita fazer uso contínuo e programado de medicações. Estas são diluídas no soro e administradas com o auxílio de bombas infusoras por períodos ininterruptos superiores às 24h. São exemplos de medicações de uso contínuo, na situação descrita: antiarrítmicos, anti-hipertensivos, vasodilatadores coronarianos, entre muitos outros.

São medicações que contraindicam sua suspensão abrupta ou a deambulação do cliente, pondo-o em risco de possíveis acidentes com quedas, por alteração da pressão arterial, ou resultando no retorno da precordialgia, (ZANINI, 1985). Por essa razão, este cliente fica impossibilitado de realizar o autocuidado, principalmente os relativos à higiene e às necessidades básicas. As eliminações intestinais, a higiene corporal, passam a ser realizadas no leito, o que para muitos é constrangedor.

É visível a alegria estampada nas cinesias do paciente quando a dor no peito cessa, quando se encontra livre da infusão contínua de medicação, e quando novamente pode assumir seu autocuidado. Mas, se a dor no peito retorna... A negação verbal da dor pode ser percebida por manifestações corporais, expressões faciais, movimentos de fricção no peito, imobilidade, sudorese, palidez e alterações nos sinais vitais (CORRÊA, 1997).

Isto nos faz refletir sobre tais mecanismos de defesa, quando são adotados: a negação, o silenciar ou a não informação. Indicam a associação da dor ao fato da restrição no leito. Essa atitude pode desenvolver um quadro clínico perigoso, de rápido desdobramento e, às vezes, de difícil estabilização, podendo levá-lo ao óbito.

Mas existe ainda o cliente internado na unidade cardiointensiva, em condições de deambular e proceder ao seu autocuidado de forma independente. Nesta condição, a falta de confiança no profissional poderá gerar comportamentos adversos como a não informação de suas reais condições fisiológicas.

A negação pode ser de possíveis alterações clínicas causadas pelo evento da doença cardíaca, ou pelo uso de medicações que podem gerar

sintomas adversos como os desvios urinários, como diminuição ou ausência da diurese. Há, portanto, necessidade de avaliação constante da ingestão e eliminação hídrica, analisadas através das anotações no balanço hídrico nas 24 horas. Desta forma, deve-se voltar à atenção para o efeito de algumas drogas e a existência de eventos patológicos sobre a filtração glomerular, podendo ocasionar a retenção de líquidos, extremamente perigosa na presença da doença cardíaca (ASSAD, 1999).

Na unidade cardiointensiva, muitas expressões corporais foram observadas durante os cuidados de Enfermagem prestados a esta clientela no percurso da trajetória profissional. Acredito ser um comportamento adotado por outros clientes em condições semelhantes. E, ao compreendemos o cuidado de Enfermagem neste contexto de cuidados intensivos cardiológicos, é essencial investigar as percepções dos enfermeiros, relativas às manifestações não-verbalizadas do cliente sob seus cuidados.

Ao considerar as manifestações não-verbais, é mister e essencial entender o que acontece com o cliente, considerando suas dúvidas, anseios e medos. É preciso refletir e identificar esses indícios. Observar o que aflige este ser e compreender como reage e se defronta singularmente com as diversidades clínicas durante os cuidados.

Dessa forma, essas questões já nos inquietavam, suscitando a necessidade de estudar a comunicação não-verbal do cliente admitido na unidade cardiointensiva.

Após aprovação em concurso público, em 2007, para uma Universidade Federal, desenvolvi atividades como docente no Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, numa renomada escola de Enfermagem no Rio de Janeiro.

No ensino de graduação, focando a visão no cuidado, observamos a reprodução, por nós docentes, do sistema mecanicista no cuidado.

Observei que o aluno, mesmo possuindo uma visão pouco instrumentalizada do cuidado, via o cliente como um ser multidimensional, no primeiro momento. Porém, em atividades nos setores intensivos, este era induzido a vê-lo como uma seqüência de procedimentos a serem realizados em um determinado período de tempo, o que levava o acadêmico que estivesse no setor a privilegiar a técnica, e não o cliente.

Meyer, Waldow e Lopes, (1998) referem que existem ensaios de uma abordagem holística na enfermagem os quais recomendam uma prática que alcance a totalidade do ser humano. Porém, a própria formação, o ensino de graduação, visa o ser doente, enfatizando o processo terapêutico que prioriza a cura, colocando assim, o físico como procedente e associado à tecnologia na atividade de enfermagem. Estes são exercícios do modelo biomédico que acabam sendo reproduzidos na prática diária nos setores fechados de cuidado intensivo, levando ao mito da valorização do tecnicismo em detrimento do cuidado direto ao cliente.

1.3. O Sujeito, o Objeto, Questões Norteadoras, Objetivos e Contribuições do Estudo.

O enfermeiro foi escolhido como sujeito desta pesquisa por possuir a incumbência de planejar e avaliar os serviços de assistência de Enfermagem, segundo a lei 7.498/1986, de exercício da profissão (COFEN, 1986). Além da possibilidade de proceder ao cuidado de enfermagem utilizando-se de um modelo assistencial integral, que proporcione observar as manifestações do

cliente, por encontrar-se presente na realização de todos os procedimentos diretos e indiretos.

Valorizando ou não essa manifestação não-verbal, torna-se ainda assim, o melhor porta-voz da condição clínica do cliente. O enfermeiro é o profissional da classe de enfermagem que possui maior cabedal científico para avaliar essas informações e facilitar o intercâmbio destas para com o restante da equipe. Este possui autonomia para discutir e barganhar com os demais membros da equipe multiprofissional.

Abre-se exceções como mudanças nos horários das rotinas, suspensão de procedimentos, extensão do horário de visita, entre muitas atitudes. Estas podem facilitar a manutenção ou promover o reequilíbrio das condições clínicas e emocionais satisfatórias deste cliente. A questão “discutir e barganhar” é uma prática utilizada em alguns setores; geralmente ocorre durante o *round* da equipe multidisciplinar, já que a assistência ao paciente não cabe somente ao profissional de enfermagem; esta é uma atitude que gera comunicação e crescimento por fortalecer vínculos e respeito entre os seus membros.

Considerou-se, portanto neste estudo a necessidade de refletir com o enfermeiro sobre a comunicação com este cliente multidimensional (biológico, social, imaginário, emotivo, espiritual) para que pudessem ser identificados comportamentos e manifestações que traduzissem necessidades a serem atendidas pelo redirecionamento do cuidado prestado.

Para tal, seria necessária a criação de um espaço de pesquisa, em um ambiente (transversal de pensar, pesquisar e cuidar), que permitisse ao enfermeiro expressar suas observações e experiências relativas à comunicação não-verbal

(CNV) do cliente ao descrever seus comportamentos de fuga, defesa ou enfrentamento.

A necessidade de compreender como os enfermeiros percebem e traduzem essas manifestações não-verbais, relativas às vivências do cuidado e as atitudes do cliente diante da internação e tratamento, levou a pesquisadora a construir as questões norteadoras do estudo, as quais foram:

(A) Como o enfermeiro percebe e traduz a CNV do cliente em unidade cardiointensiva?

(B) Como a identificação da CNV do cliente interfere nos cuidados prestados por ele (enfermeiro)?

Considerando as peculiaridades dos cuidados de Enfermagem em unidade cardiointensiva, traçamos como objeto de pesquisa a investigação das pistas, expressões não-verbais do cliente, com o enfermeiro, que dará indicativas essenciais para redimensionar o cuidado.

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Descrever as diferentes manifestações não-verbalizadas dos clientes, através da vivência da prática assistencial do enfermeiro.
- Identificar com quais sentidos corporais o enfermeiro percebe as manifestações da comunicação não-verbal do cliente na unidade cardiointensiva.
- Discutir como essa comunicação não-verbalizada subsidia um cuidado de enfermagem singular.

A pesquisa possibilitará que o enfermeiro reflita sobre as expressões não-verbalizadas do cliente na sua prática, apontando expressões indicativas de necessidades e/ou dificuldades. Nesse contexto, cabe destacar que as

pesquisas desenvolvidas na Enfermagem por e sob orientação de Araújo (ARAÚJO, 2000; ARAÚJO 2003; ARAÚJO, et al., 2004^a; ARAÚJO, et al., 2004^b; SAES, ARAÚJO; 2004; DUQUE, ARAÚJO, 2005; ARAÚJO, COELHO ,2008) com abordagem produtora de subjetividades, tem permitido um redimensionamento da prática do cuidado na profissão.

As principais contribuições do estudo estão voltadas para:

- A construção do conhecimento sobre a comunicação não-verbal do cliente, relativa ao comportamento humano na unidade cardiointensiva, de forma a ampliar o acervo bibliográfico para o núcleo de pesquisa da instituição EEAN/UFRJ para o NUPENH¹/DEMEC e CEHCAC (Grupo de Pesquisas-Comunicação na Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade).
- A compreensão da interpretação dada às situações vividas pelos clientes em uma Unidade de Terapia cardiointensiva, segundo a ótica do enfermeiro.
- A construção de conhecimento, como referência para outros enfermeiros graduandos e pós-graduandos que atuam com essa clientela.
- Valorização da comunicação não-verbal em todos os setores de atuação do enfermeiro como fonte de um cuidado singular.
- A possibilidade da criação de um espaço transversal, pesquisar-fazendo, para refletir e discutir sobre as expressões do cliente e a tradução dos significados a elas atribuídos nas situações do cuidado.
- Apresentação, em forma de palestra e seminário, dos resultados da pesquisa na Instituição geradora a fim de fortalecer a utilização da

¹ Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

comunicação não-verbal como embasamento para uma prática de enfermagem singular.

- A divulgação da pesquisa em âmbito de instituições de Graduação e Especialização em Enfermagem despertando para a criação de um espaço transversal, pesquisar-fazendo, para refletir e discutir sobre as expressões do cliente e a tradução dos significados a elas atribuídos nas situações do cuidado.

1.4. Relevância do Estudo

Com este estudo, vislumbramos a oportunidade de buscar junto aos enfermeiros e suas percepções relativas às manifestações não-verbais dos clientes, indicativos de pistas que subsidiem o cuidado de enfermagem na área. A valorização das expressões não-verbais subsidia um cuidado singular, tanto para o cliente quanto para o profissional. A formação de um espaço de pesquisa transversal ao cuidado, através da pesquisa, pode favorecer uma difusão do conhecimento que ajude o enfermeiro a compreender e apontar o contexto experienciado das expressões não-verbais do cliente na unidade cardiointensiva. Tornando possível compartilhar com o grupo experiências e conhecimentos que possibilitem a adequação mais consciente do ato comunicativo na prática de enfermagem.

A relevância em construir uma tipologia das expressões não-verbais do cliente cardiopata, encontra apoio no aumento da incidência da doença cardiovascular, sendo esta a segunda causa de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Município do Rio de Janeiro em uma população crescente (ALBANESI,2004).

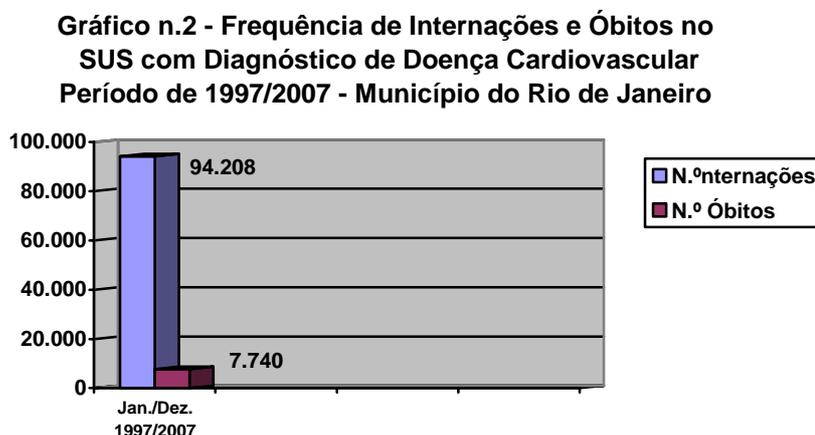
Os dados estatísticos (DATASUS, 2008) mostram um total de três mil oitocentos e sessenta e nove (3.869) internações no Município do Rio de Janeiro no Sistema Único de Saúde (SUS) no período de janeiro a julho de 2008. A população pesquisada se encontra na faixa etária de vinte (20) a mais de oitenta (80) anos com diagnóstico de: transtornos de condução elétrica, arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração. Neste período, os casos de óbito foram de duzentos e sessenta (260) para clientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas; e de vinte e nove (29) para diagnósticos de transtornos de condução e arritmias cardíacas. Este percentual de óbitos equivale, aproximadamente, a sete e meio por cento (7,5%) do número de internações. Para melhor compreensão, construímos o gráfico a seguir.

Gráfico n.º 1 -Frequência de Internações e Óbitos no SUS com Diagnóstico de Doenças Cardiovasculares Período de jan-jul 2008 -Município do Rio de Janeiro.



Nova pesquisa foi realizada na mesma fonte de dados, no período de 1997 a 2007, com a mesma faixa etária da população da qual foi obtido um montante de noventa e quatro mil, duzentos e oito (94.208) internações com os mesmos diagnósticos, e um total de sete mil e setecentos e quarenta (7.740) óbitos, aproximadamente, o que significa oito vírgula dois por cento (8,2%) do

total das internações no mesmo município (DATASUS, 2008), conforme demonstra o gráfico 2.



Analisando as estatísticas descritas anteriormente, observa-se o significativo número de casos de morbidade pelo advento da doença cardíaca, levando-se em conta o alto índice de internações: 3.869 nos primeiros seis meses de 2008, somente no Município do Rio de Janeiro.

A perspectiva do montante de clientes com morbidades cardiológicas a serem assistidos nas unidades cardíacas, alerta para a necessidade de um estudo sobre as manifestações não-verbais desses clientes visando, através dessa identificação, criar estratégia para a melhoria da assistência de enfermagem direcionada a essa clientela reduzindo os agravos da doença e da internação.

Bax e Araújo (2008) identificaram vários estudos, nos quais observaram a percepção e a tradução, pelos enfermeiros, da comunicação não-verbal do seu cliente. Estes estudos geraram implementações para a prática, reduzindo agravos, quer na internação hospitalar de longa duração de crianças ou em seu pré-operatório, com atenção extensível a seus pais.

Implantaram-se também ações que produziram o alívio rápido da dor no idoso. Comprovando-se, assim, que o conhecimento prático na profissão de enfermagem se associa ao conhecimento teórico adquirido e se fundamenta reafirmando ou refinando a teoria, conduzindo-a a uma retro-alimentação constante de ações e situações vividas na prática, gerando novos conhecimentos (BENNER, 1999).

Na tentativa de encontrar estudos anteriores com esta temática, realizamos o Estado da Arte, levantamento de artigos científicos, dissertações e teses nas bases de dados: BVS de Enfermagem (Biblioteca Virtual de Saúde) e Base de Dados Minerva/ UFRJ, na busca de trabalhos científicos atuais. Vale ressaltar que foi aplicado recorte temporal de dez anos com a finalidade de obter maior número de publicações.

A busca produziu resultados nulos na BVS de Enfermagem com a combinação dos descritores: enfermagem / comunicação / sentidos corporais / cardiologia. Utilizando os unitermos: *nursing / communication / sense corporal*; na mesma base de dados não houve resultado. Combinando somente os descritores: *enfermagem / comunicação/ cardiologia*, o resultado foi nulo. Refazendo a combinação dos descritores em: *enfermagem / sentido corporal*, obtivemos outro resultado nulo. Somente quando trabalhamos com os descritores: *sentidos corporais* obtiveram-se vinte e dois (22) resultados, mas apenas onze (11) tinham relação com nossa temática e com os assuntos: cuidados de enfermagem (5); percepção (3); comunicação não-verbal (3). Somente um texto novo sobre o tema percepção, mas este não se relacionava com nossa temática por isso não pode ser utilizado.

Utilizando o descritor, comunicação não-verbal, encontramos três (3) resultados, porém eram textos já identificados na busca anterior. Com os descritores *comunicação/cardiologia*, encontramos duzentos e cinquenta e quatro (254) resultados. Analisando estes artigos por assuntos, obtivemos um total de vinte seis (26) artigos: comunicação (15); especialidade de enfermagem (2); comunicação em saúde (2); relação enfermeiro-paciente (2); tato (1); enfermagem (1); cuidados intensivos (1); cuidado crítico (1); barreiras de comunicação (1). Após a leitura de todos, somente um texto aproximava-se de nossa temática, porém datava de 1986, fora de nosso recorte temporal.

Utilizando a bases de dados Minerva com o descritor: sentidos corporais, obtivemos cinco (5) trabalhos, sendo quatro (4) dissertações de mestrado e uma (1) tese de doutorado, que referenciaram em alguns momentos a pesquisa. Continuando a pesquisa na mesma base de dados, utilizando o descritor *cardiologia*, obtivemos quatro (4) teses como resultado, porém estas não focaram o mesmo objeto. Com um novo descritor, *comunicação*, obteve-se doze (12) publicações, sendo sete (7) dissertações de mestrado e cinco (5) teses de doutorado; destas, somente duas foram citadas no estudo.

Observamos, com este levantamento, que na profissão de enfermagem existe uma busca por melhores práticas associadas às teorias, uma relevância à comunicação, porém, nenhuma relacionada à decodificação da comunicação não-verbal do cliente em unidade cardiointensiva e a sua associação a alterações na prática, produzindo um cuidado singular a este cliente. Atentamos para a lacuna na produção científica sobre a temática da comunicação em unidade cardiointensiva e seu desvelar na interação enfermeiro-paciente de forma a efetivar o cuidado singular integral.

CAPITULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A Comunicação

O ato de comunicar é necessário e inerente a todas as espécies do planeta. A comunicação humana se desenvolveu a partir da necessidade de interagir na vida com o bando. Porém, sua capacidade inteligente criou outras formas de comunicação e análise desta. Inicialmente, para transmitir os seus instintos, e na medida em que evoluía, transmitia o pensamento e depois o raciocínio. E assim, as formas de comunicação modificaram-se, ganhando, cada vez mais instrumentos, motivada pela necessidade de se fazer entender. Desde a emissão de grunhidos, de gestos à criação dos desenhos. Passando da fala à escrita, da música à interpretação (GONTIJO, 2004).

O desenvolvimento da retórica como técnica de explanação das idéias e para influenciar o meio, é atualmente uma das mais eloqüentes maneiras de dissimular a verdade das intenções ao se comunicar (GONTIJO, 2004).

Hoje em dia analisamos todos os artifícios, intencionais ou não, usados pelo homem durante uma comunicação. Assim, reconhecemos o receptor da mensagem, qual a mensagem enviada, qual o seu valor para mim e sua relação com o meu contexto. Ao percebermos o outro, consideramos desde o corte de cabelo, a maquiagem, a cor e o tipo da roupa. Os gestos, o cheiro, o tom de voz aos maneirismos ao falar. Nada passa despercebido por nossos sensores corporais (ACKERMAN, 1990; BERLO, 2003).

O desafio no relacionamento é tentar descobrir qual a autenticidade de tudo isso. Valemo-nos de nossa capacidade inconsciente de analisar o outro e reconhecer tal contexto através de nossos sentidos, porém, não nos damos conta de como isso se processa e que valor científico se pode atribuir a eles. Nossa forma “científica” de pensar exige que tal valor seja analisado à luz de várias referências e do conhecimento que circula a respeito dos assuntos.

Qual o valor que podemos atribuir à vivência pessoal e individual de cada um? Esta nossa capacidade de analisar o outro por nossos próprios sensores, construções da vivência prática, não são fontes bastante fidedignas para serem acreditadas?

Esta impossibilidade de confiar no veículo e na mensagem como verdadeira se dá pela dissimulação do indivíduo que, muitas vezes, apresenta um estereótipo que é aceito pela sociedade. Semelhantes ao mimetismo se camuflam para se adaptarem ao meio. Dessa forma, podem obter proteção durante a competição travada entre a própria espécie.

Esses sortilégios que são utilizados pelo homem para velar as suas reais intenções e sentimentos, deixam-no vulnerável aos incautos desavisados, quando os desafios são impostos (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007). A utilização da ciência da comunicação pelos profissionais de saúde deve nos auxiliar no conhecimento a ser adquirido para transpor essa muralha entre o cliente e nós.

Assim, sobre o patamar, o homem, como a raça mais evoluída no planeta, ainda não percebeu sua própria natureza e tampouco a realidade na qual se encontra inserido, que o envolve, o sustenta e o nutre. Neste contexto, ainda persegue a idéia de dominação e se comunica através de sinais.

Perpassa fenômenos fragmentados a serem compreendidos e ajustados. Hoje alguns desses seres humanos começam a ver o nosso planeta como um ser vivente, que se comunica, não verbalmente e que a todo o momento sinaliza conseqüências de nossa própria intervenção em nome do progresso científico, (MORIN, 2008). Como destaque, ressaltamos o aquecimento global, a destruição de vários ecossistemas e a nossa incapacidade de sobrevivermos sem eles. Logo, toda a natureza nos fala e devemos estar dispostos a entendê-la.

2.1.1. O Processo da Comunicação

A comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. As mensagens no processo de comunicação enfermagem-paciente são objetivas, comportam um cenário profissional e possuem um significado real, individual, dentro da ocorrência de um fenômeno, do contexto e de um corte temporal (BRAGA; SILVA, 2007).

Contudo, o processo da comunicação adquire várias formas. A forma verbal ou lingüística, paraverbal ou paralingüística e a forma não-verbal ou não lingüística (STEFANELLI, 1993). A forma verbal refere-se à linguagem falada e escrita. A forma não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, destacando as expressões faciais e corporais identificadas por Silva (2007) e Araújo (ARAÚJO, 2000; ARAÚJO et al., 2004_a; ARAÚJO et a., 2004_b). Dessa forma, os aspectos subjetivos se apresentam sob as formas: proxêmica, tacésica, cinésica, paralinguagem e no próprio silêncio manifestado pelas pessoas. Todas as formas de comunicação são fortemente influenciadas pela cultura e experiências pessoais e familiares.

A forma de comunicação proxêmica corresponde à posição dos corpos dos atores nas interações, engloba a aproximação ou o afastamento mantido entre as pessoas durante a mesma. Hall (1986) identifica as distâncias em íntima (45 cm), pessoal (de 45 cm a 125 cm), social (de 125 cm a 360 cm) e pública (acima de 360 cm). Pode-se exemplificar com a seguinte situação: quando pergunto ao meu cliente como ele está se sentindo, mas o faço da porta do box ou da enfermaria, a metros de distância, e este está deitado no seu leito, essa distância demarca o meu interesse. Esse posicionamento corporal demonstra o nível de interesse parcial em relação ao outro, visto que a opção foi pela manutenção de uma distância social. Desta forma, a influência desse aspecto na nossa interação pode suscitar também uma resposta parcial, e por isso, evasiva.

A forma táctica é definida como o toque, que pode ser o toque afetivo ou expressivo e o toque funcional/profissional na realização dos procedimentos de enfermagem, (KNAPP; HALL, 1999). O toque funcional/profissional não precisa ser mecânico, pode ser eficiente, porém cuidadoso. Durante um procedimento, o toque pode demonstrar a preocupação do profissional em tentar reduzir as sensações desagradáveis geradas pelo procedimento. O toque afetivo ou expressivo tem a intenção de demonstrar confiança, mostrar-se presente, apoiar e evidenciar o interesse em compreender, auxiliar o cliente a passar por momentos difíceis, (WALDOW, 2004). Este se sentirá mais seguro quando segurarmos a sua mão, durante os procedimentos de punção de acesso profundo, durante o curativo, na drenagem do tórax ou na paracentese, na punção lombar, entre muitas outras ações de cuidado.

A forma cinésica envolve os movimentos do corpo, e reforçam o entendimento da orientação dada pela enfermeira, ou podem, ainda, tais cinesias não serem coerentes com as informações de outros canais de comunicação, negando, assim, a informação transmitida verbalmente.

São, através das manifestações cinesicas do rosto, que podemos encontrar mais facilmente expressa a verdade da intenção das palavras. Visualizadas através da abertura, brilho e direção dos olhos, consideradas as janelas da mente. É a face, a primeira região de contato na interação. Araújo (2000) distingue a corporalidade da cinesia. A corporalidade, definida em seu estudo como manifestações, gestualidades de proteção. Estas assumidas pelos clientes em recepção pré-cirúrgica como o fechar os olhos ou o cobrir a cabeça com o lençol.

A paralinguagem é entendida como todo som produzido pelo aparelho fonador, que não seja traduzido como palavras. São exemplos os gemidos, os sussurros e tantos outros sons que tentamos decifrar nas solicitações de nossos clientes, que se encontram entubados ou traqueostomizados (ARAÚJO et al., 2004b).

Segundo Braga e Silva (2007) durante a comunicação os indivíduos participam de duas dimensões existenciais, decorrentes de duas formas de relação com o mundo. A forma de relacionamento verbal, com o repertório psicolinguístico, para a exteriorização do ser social; e a forma não-verbal, proporcionando a exteriorização do ser psicobiológico. Morin (2002) atenta para a degradação das relações pessoais, a solidão, a não aceitação do desconhecido, daquilo que está por vir, a insegurança do futuro. Essa condição gera internamente um mal subjetivo que resulta em doenças psicossomáticas, como as insônias, as dificuldades respiratórias, as úlceras de estômago e os desassossegos, cuja dimensão resulta

de um estado coletivo, e que remete o indivíduo a buscar tratamento com um médico, um psicoterapeuta ou um guru.

2.1.2. A Comunicação, a Semiologia e o Diagnóstico

A comunicação, como já explicitado anteriormente, é a emissão de uma mensagem, porém acompanhada de um envoltório, veículos como o olhar, o sorriso, os gestos, as corporalidades, as entonações. Estes colore e enfatizam a mensagem, dando-lhe vida e forma única. Como a mensagem é formada pela comunicação verbal e não-verbais alguns autores não consideram coerente tal estudo isoladamente.

Mas, buscamos traduzir o que o silêncio diz e na ânsia de compreendermos nosso cliente, procuramos constantemente as pistas comunicativas para a tradução das necessidades nela embutidas. Quando na presença de outra pessoa, estamos constantemente emitindo sinais para informar nossos sentimentos e emoções. Alguns adquirem a capacidade de perceber e interpretar esses sinais mais facilmente que outros e por isso, nesse estudo, o interesse em identificar como se encontram os enfermeiros da unidade cardiointensiva em relação à percepção das pistas comunicativas (KNAPP; HALL, 1999).

Silva (2001) ressalta que podemos estudar a comunicação não-verbal pelos movimentos do corpo, sendo este um centro de informações. Através da postura corporal revelamos o que pensamos a respeito do mundo que nos cerca, sem receios de estar indo contra aquilo que já foi estabelecido pela sociedade. A própria aparência e forma de nosso corpo traduzem signos (SILVA, 2007).

Signos são estímulos que transmitem uma mensagem, e a semiologia é a ciência dos sistemas de significação (FERREIRA, 2005).

Silva (2007) refere também ser a cinesia do rosto a mais consciente, e por isso são freqüentes as tentativas de controle; porém, quando adoecemos, nossas máscaras sociais caem e revelam nossos sentimentos para aquele que se dispuser a nos compreender (WALDOW, 2007).

Demonstrar a dimensão complexa do ser humano, cujas informações quando comparadas nas interações, podem ampliar a compreensão sobre o outro que cuidamos ou interagimos. É uma visão influenciada pelo mundo oriental sobre o ocidental; uma das técnicas é conhecer e diagnosticar as condições de saúde pela observação do corpo, A fisionomia procede ao diagnóstico por sinais do rosto. Baseando-se na existência de marcas, manchas, sinais, rugas, dilatações, inchaços, descamações, coloração e formato natural de cada área da face (VACCHIANA, 2000).

Segundo a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o homem é a representação do universo em miniatura, é parte do todo. Cada parte do homem pode representar o próprio homem, parte da face pode indicar o estado de sistemas orgânicos (SEO, 2000). Observou-se que a língua também possui regiões que correspondem aos sistemas internos e órgãos, além de estruturas como o pavilhão auricular, as mãos, os pés e o crânio.

Pela puctura de áreas correspondentes aos órgãos, pode-se tratar a doença neles instalada. A pulsologia é outra técnica e das mais importantes para o diagnóstico da Medicina Tradicional Chinesa. Ao analisar o pulso pelo tato, obtêm-se informações das condições dos sistemas internos, energéticos e fluídicos do indivíduo (MACIOCIA, 1996). O corpo fala, comunica e manifesta o

que a mente pensa e o corpo sente, dando importantes informações das condições internas que, através da observação, permitem-nos mais fácil e rapidamente atendê-lo.

2.1.3. A Comunicação Sutil, os Ruídos e as Variáveis

A comunicação efetiva é aquela que tenta diminuir desentendimentos e conflitos e atingir o objetivo pré-estabelecido para a resolução de problemas observados na inter-relação com o cliente (SILVA, 2007). Deve existir uma disposição dos envolvidos que, atentos para a compreensão e partindo de uma relação interpessoal, produza a progressão dessa mensagem (BRAGA; SILVA, 2007).

Araújo et al. (2004a) referem que, ao perceber o outro ativamos nossos sentidos corporais, assim estamos receptivos ao processo de comunicação. Os nossos sentidos são como radares com os quais nos aproximamos da compreensão do mundo, (ACKERMAN, 1990). A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos a um contexto. Permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente, (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Infelizmente, uma comunicação eficiente não depende somente dos dois atores. Existem os “ruídos”, que são elementos prejudiciais no envio ou na compreensão da mensagem. O ruído se insere no canal da comunicação e pode alterar e distorcer nossa capacidade de enviar ou receber mensagens. Os ruídos podem estar associados aos sons do ambiente ou gerados por desconfortos físicos, e/ou psicológicos, alterando a capacidade de entendimento dos atores, (STEFANELLI, 1993). Silva (2007) completa as afirmativas, referindo que o ser

humano tem a qualidade de ser indivisível, não podendo separar o emocional do fisiológico, e no qual todas as reações físicas obedecem ao comando mental. Logo, de acordo com as condições emocionais do indivíduo, ocorrem alterações não só na forma como ele emite, mas também como compreende a mensagem.

Há de se considerar no cliente admitido em uma unidade cardiointensiva, que ele possa estar assustado, apreensivo não só pelos exames a serem realizados, quanto ao diagnóstico, como também por conta do ambiente desconhecido. A imaginação, nessas condições, influencia seus instintos de autodefesa e autopreservação. Sendo assim, pode haver certa dificuldade em assimilar as mensagens compartilhadas por profissionais também desconhecidos. Somam-se a esses, o barulho da própria unidade, advindo de aparelhos, carrinhos, alarmes, conversas, passos, dentre outros.

Cada pessoa é um mundo único, possuidor de um subjetivismo formado por seus valores, construídos a partir de suas experiências, interesses, expectativas e cultura. Isso faz com que o ouvir e o pensar sejam seletivos, individuais. A percepção age e condiciona a mensagem segundo nossa própria vertente e assim, ouvimos e vemos o que nos agrada, (SILVA, 2007).

Desta forma, podem-se explicar os gestos do cliente no período de pós-operatório cardíaco, quando ao se encontrar lúcido e entubado, faz menção de retirar o tubo por compreender acerca da necessidade de permanecer nesta condição no pós-operatório, ou por não ter compreendido o significado da mensagem no momento em que esta lhe foi dita.

As variáveis da comunicação são elementos que podem influenciar o processo, facilitando ou dificultando a compreensão da mensagem. Estas podem

ser: a própria pessoa da enfermagem, o cliente, a linguagem utilizada, o ambiente e a disponibilidade de ambos.

A disponibilidade se refere ao senso de oportunidade, que nos parece ser uma capacidade de avaliar a compreensão e a predisposição do cliente naquele momento para entender as orientações (STEFANELLI, 1993). Como exemplo, citamos as condições em que se encontra o cliente após o procedimento do cateterismo cardíaco, ainda sob o efeito do impacto causado pelo frio da sala de hemodinâmica, ou pelo estresse do exame; ou mesmo as condições do cliente que retorna do centro cirúrgico.

Entubado e obnubilado adaptado ao aparelho de ventilação mecânica, até estar lúcido e em condições estáveis para ser extubado. Nestes momentos, as informações devem ser as mais simples e objetivas possíveis, transmitindo calma e confiança tanto nas cinesias faciais, como na pronúncia e no tom de voz, e através de toque seguro, tanto instrumental como afetivo, transmitir segurança.

O estudo da comunicação não-verbal, pode nos levar ao resgate da capacidade de os profissionais em perceber (adquirir conhecimento de, pelos sentidos, os sentimentos) as dúvidas do cliente sob nossos cuidados e a dificuldade em verbalizá-las (FERREIRA, 2005; SILVA, 2007).

A comunicação não-verbal é toda informação advinda de gestos, posturas, expressões e corporalidades, associada ainda à relação de distância mantida pelos indivíduos. Portanto, traduzir a comunicação não-verbal do indivíduo compara-se a mergulhar na parte submersa de um iceberg e nela desvelar os seus significados (SILVA, 2007).

Buscamos investigar como o enfermeiro descreve as expressões não-verbais do cliente e como estes direcionam suas ações para atender as necessidades nelas

implícitas; e, ainda, qual a amplitude dos cuidados frente às exigências decorrentes desse novo contexto.

Inaba, Silva e Telles (2005) consideram que a comunicação não-verbal é essencial ao cuidado humano. A comunicação verbal e a interpretação da comunicação não-verbal auxiliam a capacidade do profissional enfermeiro em sua prática diária. Essa conjugação é utilizada no processo do diagnóstico, através da observação e da análise de sinais e sintomas objetivos e subjetivos para perceber as dificuldades do cliente, suas dúvidas e emoções.

É no decodificar das mensagens que se encontra o recurso para entender o comportamento do cliente, quando integramos a comunicação não-verbal à assistência, visto como um instrumento, esta necessita ser uma habilidade a ser desenvolvida, uma capacidade interpessoal para a realização do cuidado integral (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Corrêa (1997) refere em seu estudo, as características do diagnóstico da dor e seus sinais e sintomas não-verbais. Nesta relação de trinta e dois itens, encontramos incorporados estados psicológicos como: frustração, irritabilidade, ansiedade, depressão e insônia. Além das cinesias de proteção no local da dor.

Trata-se de sintomas que podem ser identificados pelo enfermeiro através da observância objetiva do comportamento, faces e atitudes. Esta análise diagnóstica resulta em uma ação, uma intervenção do enfermeiro, um cuidado de enfermagem, o alívio da dor, restaurando o equilíbrio físico e emocional do cliente. Quanto mais rápido for a decodificação desta mensagem, mais rápidas serão as ações e o resultado desejado; o alívio da dor.

A sensibilidade da equipe de Enfermagem pode descrever o padrão de comunicação do cliente frente a situações de estresse, de dor. Frente ao isolamento

dos seus familiares. Ante o medo da morte ou da impotência causada pela cronicidade da doença, pela dependência de outros para o próprio asseio e para sua alimentação.

Cada ser humano é um cosmos, cada indivíduo é uma efervescência de personalidades virtuais, cada psiquismo secreta uma proliferação de fantasmas, sonhos, idéias. Cada um vive, do nascimento à morte, uma tragédia insondável, marcada por gritos de sofrimento, de prazer, por risos, lágrimas, desânimos, grandeza e miséria. Cada um traz em si tesouros, carências, falhas, abismos. Cada um traz em si a possibilidade do amor e da devoção, do ódio e do ressentimento, da vingança e do perdão. Reconhecer isso é reconhecer também a identidade humana. (MORIN, 2002, p.59)

Ackerman (1990) diz que o cérebro é surdo, mudo e nada sente; o corpo é o transformador. Transformando nossas sensações em impulsos elétricos e nos apresentando o mundo. Assim, também identificamos o outro, quando através de nossos sentidos, vemos sua fisionomia, ouvimos seu tom de voz, sentimos seu cheiro, o calor da sua pele.

Ao sentido paladar, relacionamos nossa socialização, a facilidade ou não de sermos aceitos e fazer parte de um grupo. Desenvolvemos relações entre sabores e pessoas, palavras e atitudes, que nos transmitem doçura, amargor, azedume, o picante, entre outros. Utilizando o coração como símbolo de referência aos sentimentos, desejamos amar e ser amados.

Nós, profissionais enfermeiros, utilizamos os nossos sentidos auxiliando ou diferenciando o diagnóstico. Avaliamos as características: a cor, o cheiro, a consistência, a temperatura, a elasticidade. A umidade do corpo, a sensação de pele pegajosa. Acrescenta-se o odor cetônico, a ausculta, a apalpação. Utilizamos nossos sentidos a todo o momento, na vida pessoal e profissional, talvez na maioria das vezes, inconscientemente. Existe, desta forma, a necessidade de o enfermeiro refletir sobre a importância da comunicação não-verbal dando-lhe maior atenção. Segundo Silva (2007), alguns autores propõem desenvolvê-la como treinamento.

A visão mística oriental compreende que todas as coisas e acontecimentos captados pelos sentidos estão inter-relacionados, conectados à nossa realidade interna (CAPRA, 1986). Os órgãos possuem relações com os sentidos. Os sabores, os cheiros, as cores, os sentimentos, os sons. E ainda, o clima e os pontos cardeais (MACIOCIA, 1996). É a interligação do ser humano com o Todo através da comunicação, utilizando linguagens diversas a serem desvendadas.

2.1.4. A Comunicação, a Enfermagem e o Ambiente Intensivista.

A unidade cardiointensiva faz parte das unidades de atendimento de alta complexidade e especialização, e atende a clientes que apresentam alterações no sistema cardiovascular como: arritmias e alterações na condução elétrica cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doenças hipertensivas e complicações cardíacas, além de assistir o cliente em pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas (revascularização do miocárdio, trocas valvares, fechamento da comunicação interatrial).

A terapêutica tem enfoque predominante na doença cardíaca, ocorrência essa, singular nas unidades especializadas, uma visão reducionista, porque se dirige mais ao órgão afetado do que ao ser humano doente.

Os princípios ocultos da redução-disjunção que esclareceram a investigação na ciência clássica são os mesmos que nos tornam cegos para a natureza ao mesmo tempo social e política da ciência, para a natureza ao mesmo tempo física, biológica, cultural, social, histórica de tudo o que é humano. (MORIN, 2008, p. 30)

Observa-se, portanto, que Morin refere à necessidade de um novo princípio, que possua a característica de distinguir e analisar da ciência clássica, mas que procure estabelecer o diálogo entre aquilo que é distinguido ou distinto; o objeto e o ambiente, a coisa observada e o observador. Como ele mesmo nomeia o princípio de complexidade. Essa complexidade faz do enfermeiro, o responsável pelo cuidado

do indivíduo e pela manutenção de um ambiente interno e externo que desenvolve a segurança do “ambiente do cuidado” (WATSON, 2002; MORIN, 2008).

A identificação desse ambiente interno, pelo enfermeiro, é indispensável ao seu cuidado, e implica em um desgaste de energia adicional. Necessitando assim, da amplitude dos sentidos corporais para captar, decodificar e atender as subjetividades comunicadas, principalmente pelo que não é verbalizado diante dos cuidados prestados por nós (ARAÚJO, 2000).

Araújo (2000), também compartilha das idéias de Barbier (1994), agregadas à visão do homem como ser complexo, indissociável em sua totalidade (dinâmica, biológica, psicológica, social, cultural e cósmica), e refere que para entender o homem, devemos utilizar a técnica da escuta sensível. Escuta baseada na empatia, utilizando todos os sentidos para captar o “não dito” nas interações. Desvelar as estruturas escondidas, o mal da alma, que desequilibra física, psíquica e emocionalmente o indivíduo.

O pesquisador-enfermeiro deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro, para compreender seu interior, suas atitudes e comportamentos. Entender o sistema de idéias, valores, símbolos e mitos, ajuda nessa compreensão (ARAÚJO, 2000). Meyer, Waldow e Lopes (1998), referem que o cuidado está ligado ao contexto, ao relacional e ao existencial, uma construção entre o cliente e a enfermagem, ocorrendo o encontro dos indivíduos com sua subjetividade e sua sensibilidade.

O enfermeiro utiliza todo esse desprendimento de energia e atenção para desenvolver o cuidado. Referido por Boff (1999), o cuidado deriva do latim *cura*, usado em um contexto de amor e amizade; ou deriva de *cogitare-cogitatus*, que é o mesmo que curar, cogitar, pensar, colocar atenção.

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

Para desenvolver o cuidado holístico (*holos* = totalidade), é preciso saber que o processo de comunicação entre enfermeiro-cliente está diretamente relacionado à finalidade desse objetivo (SIQUEIRA et.al., 2006). Indo mais além, Pontes, Leitão e Ramos (2008) destacam que a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem, estando presente em todas as ações, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Sendo assim, a comunicação é um instrumento e uma das ferramentas com as quais o enfermeiro desenvolve e aperfeiçoa o saber-fazer profissional.

Decodificar, decifrar e perceber o significado das mensagens dos clientes é tarefa do profissional de saúde para através da compreensão dessa mensagem, estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades atuais e futuras (SILVA, 2007).

2.2. A Necessidade de Transformação na Visão Profissional Mediante Paradigmas Emergentes: a Necessidade de Transformação do Mundo Mecânico para o Mundo Intrínseco e Dinâmico.

Em parte, este ensaio é uma tentativa de suprir o nosso próprio saber através de fatos históricos, para entender a realidade do cuidado de enfermagem atual. Cuidado, a nosso ver, ainda mecânico. Atendendo muitas vezes a necessidades derivadas de nossas próprias realidades e nossos “achismos”. Necessidades do que acreditamos ser o melhor para o cliente sem que o questionemos sequer. Buscar na essência histórica o surgimento e o desenvolvimento deste movimento científico que nos dita como pensar e agir, é primordial para que possamos compreender e mudar

a visão de mundo. Um mundo interligado, multidimensional e dinâmico, assim como o homem, o cliente, o cidadão, o pai ou a mãe de família. É inevitável a interação para o cuidado.

As descobertas desencadearam transformações na história ao longo do progresso da humanidade, levaram à alternância da visão do mundo através dos paradigmas instituídos, e das concepções dos termos saúde e doença que refletem o seu modelo assistencial em cada época.

Vários autores (FOUCAULT, 2001; HORTA, 1972; WALDOW, 2008) referem que as práticas de saúde, assim como a educação, são produtos do contexto social. Assim, sofrem influências e são orientadas pelos conhecimentos da época, como exemplo, evidenciadas atualmente pelas formas de apropriação dos meios de produção da sociedade capitalista.

As descobertas geraram transformações na história ao longo do progresso da humanidade, levaram a mudanças nas concepções e alterações sucessivas da visão do mundo, o que resultou em diferentes paradigmas instituídos. A palavra paradigma derivado do grego *parádeigma*, que significa modelo, padrão. Conjunto de regulamentos de sucesso nas situações de problemas e soluções decorrentes de descobertas científicas reconhecidas universalmente. Esse modelo de pensamento passa a ser copiado pela comunidade científica como uma forma de verdade. (VASCONCELLOS, 2002; KUHN, 2009).

Alguns autores, como Vasconcellos (2002), delineiam o surgimento do pensamento científico do paradigma atual, moderno, no desenvolvido de idéias através das épocas, iniciando na Grécia, de Mileto, a Sócrates, até Descartes, na França do século XVII a XVIII. Chauí (2003) refere que a ciência antiga era apenas contemplativa da natureza e de seus seres; já a ciência clássica ou moderna busca,

além do conhecimento teórico traz a intervenção prática; intervir para se apropriar e dominar a natureza.

A melhor forma de entendermos nossas atitudes na atualidade é mergulhar na história e visualizar a perspectiva do homem em vários momentos. Esse panorama do homem no contexto se apresenta mais consistente em alguns momentos da história, e nos permite a distinção de um paradigma.

Também a concepção dos termos saúde e doença tenham refletido e refletem ainda hoje o modelo assistencial de saúde em cada época. Desta forma, também o modelo assistencial da enfermagem sofreu, ao longo da história, mudanças que correspondem ao conhecimento armazenado até então pela humanidade (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2008).

No entender do homem pelo princípio filosófico antigo, para conhecer o mundo era preciso estar sujeito às vontades do divino, às forças naturais, às inspirações, o *ex-abrupto*, e somente alguns iniciados tinham tal acesso. Isso até a descoberta do *logos*, a alma racional, que seria usada como um princípio explicativo para o descobrimento das coisas e do mundo.

A idéia dos filósofos pré-socráticos somente veio a se tornar clara com o argumento de Sócrates. A desconsideração da opinião (*doxa*) como forma legítima de conhecimento, rotulada de senso comum, produto de sensações, e não sendo medida pela razão se torna uma simples opinião, designada assim por Platão e Aristóteles.

Iniciou-se desta forma, a perda dos valores dos sentidos e sentimentos do indivíduo (VASCONCELLOS, 2002). A noção do mundo orgânico, vivo e espiritual, a cosmologia de Aristóteles, mundo onde o Sol e todos os planetas cumpriam uma órbita em torno do centro a Terra, observado e confirmado pelo sistema de

Ptolomeu, perdurou até o início dos tempos modernos. Até então, o conhecimento era baseado na visão filosófica, mas a partir de Copérnico Kepler e Galileu, (século XVII) a Terra deixou de ser o centro do universo e se tornou um planeta como os demais em órbita em torno do Sol, em um subúrbio do universo (MORIN, 2002). Os paradigmas da física se tornam os paradigmas da ciência, o homem inicia o processo de deixar de ter origem divina, perde sua posição de destaque do teocentrismo e o antropocentrismo para passar a ser manipulável e estudado.

O conceito de saúde e doença por muito tempo foi baseado em causas sobrenaturais, assim como seu tratamento. Os males eram entidades a serem exorcizados. Os conhecedores das terapias eram os pajés, os sacerdotes que se encarregavam dos rituais. Já nas civilizações, da Idade Antiga à Idade Média, os reis, os sacerdotes, os feiticeiros, as bruxas e os religiosos eram intermediários dos deuses e recebiam a inspiração para a cura, com o uso de banhos, sangrias e inalações.

A magia era a única forma de cura. O uso das ervas e seu poder curativo foi se tornando conhecido. A Igreja e o clero, na Idade Média, ascendem como autoridade financeira, moral e intelectual, e passam a deter o saber da cura. O conceito de doença como castigo divino, o sofrimento e a dor do corpo, este objeto de desejo, idealizou a doença como sendo necessária para a libertação do espírito.

Os que se prestavam ao cuidado deste enfermo ou eram santos (o clero) ou buscavam a salvação de sua alma através desta assistência. Tratava-se de uma atividade caritativa que se perpetuou mesmo após os movimentos do Renascimento, e que resultaram na revitalização das práticas supersticiosas pagãs (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2008). O desenvolvimento da anatomia e outras técnicas de

estudo da fisiologia humana, desenvolveu o cabedal de conhecimentos da medicina e este passa a ser propagado através do ensino em escolas.

Os atendimentos e tratamentos médicos eram realizados nas residências para aqueles que podiam pagar e os hospitais, até então, representavam casas de exclusão, retirando os doentes da comunidade, (FOUCAULT, 2001).

Com a perda de poder da Igreja, em face das reformas religiosas, o fechamento de mosteiros e a retirada dos religiosos dos hospitais fizeram com que estes recrutassem pessoas leigas, religiosas e até pessoas de má reputação para auxílio aos doentes. Os confrontos armados e o tempo investido no treinamento destes soldados geraram a necessidade de promover a sua recuperação para que retornasse à frente. Inicia-se assim a organização dos hospitais como instrumento de terapêutico, primeiramente a partir das ordens militares. O atendimento médico passou a ser realizado no hospital. Devido ao aumento cada vez maior de afazeres médicos, gerou-se a necessidade gradativa de capacitar tecnicamente auxiliares para realizarem algumas de suas tarefas, iniciou-se, assim, o treinamento de pessoas para tal (FOUCAULT, 2001).

A partir dos séculos XVI e XVII, a visão do mundo mudou radicalmente. Mudanças decorrentes das descobertas no campo da física, matemática e astrologia deram origem à Revolução Científica, no século XVII, tendo como precursores Galileu, Bacon, Descartes e Newton. Novo paradigma chamado cartesiano-newtoniano substituiu a noção do mundo orgânico pelo mecânico, (CAPRA, 1986; CREMA, 1989).

À época, Galileu Galilei, restringiu a ciência a fenômenos a serem medidos e quantificados, utilizando o raciocínio teórico, a observação experimental e rigorosa linguagem matemática, expressão dos primórdios do paradigma moderno (CREMA,

1989). Essa concepção de natureza unicamente racional a concebe como um sistema ordenado de causa e efeito com bases puramente matemáticas. Galileu nos oferece um mundo morto: “Extinguem-se a visão, o som, o sabor, o tato e o olfato e junto com eles as sensibilidades estéticas e éticas, os valores, a qualidade, a alma, a consciência, o espírito”, (CAPRA, 1986, p.25).

Francis Bacon, formulador do método indutivo, cuja metodologia parte da experimentação para produzir conclusões científicas, e conhecimento científico, tinha como finalidade, servir ao homem e promover o poder sobre a natureza, enfatizando que “saber é poder”. Estabeleceu o “*imperium hominis*”. O pensamento baconiano se encontra ainda hoje presente no mundo tecnocrata, e apesar de ter obtido enorme avanço, desencadeou a ganância do predador humano pelo controle do ambiente. (CREMA, 1989).

O método racionalista dedutivo e a visão analítica de partes para entender o funcionamento do todo, base do pensamento de Descartes, considerado por este como o único método científico; duvidar é pensar.

Descartes (1975) desenvolveu para estudo próprio, uma forma de buscar o verdadeiro conhecimento sobre as coisas, referindo que os homens possuem dois tipos de mentalidades inconvenientes para a obtenção do conhecimento verdadeiro. Descartou a precipitação (juízo precipitado sem ordenação dos pensamentos) e o preconceito (idéias que se tornaram enraizadas por homens que se consideram menos capacitados a questionar os que lhes ensinam).

Descartes associou seus conhecimentos sobre a lógica, a geometria analítica e a álgebra como contribuição para o desenvolvimento do método Cartesiano, abrangendo as vantagens das três ciências, (*Cartesius* é a tradução latina do nome Descartes).

A primeira regra consiste em aceitar o que é reconhecido como evidência e evitar a precipitação e a prevenção. A segunda, em dividir as dificuldades, o conhecimento, em parcelas menores, o mais simples quanto possível para entendê-las. A terceira regra, em ordenar gradativamente os pensamentos, a partir dos mais simples e fáceis aos mais complexos. A quarta e última regra, em fazer revisões gerais e completas de todas as etapas para cada conhecimento obtido, com a certeza de não haver esquecido nenhuma das fases, (DESCARTES, 1975).

Na visão cartesiana, a natureza se divide em partes independentes: mente e matéria, ambas subordinadas a uma terceira substância eterna e infinita: Deus. O homem na antropologia cartesiana, enquanto organismo é uma máquina que possui uma alma que tem como essência o pensamento. Surge a concepção mecanicista: o homem-máquina que habita um universo-máquina, regido por equações matemáticas perfeitas.

A grande aspiração é atuar nas causas para se produzir efeitos desejáveis. A experiência científica verdadeira é controlada, podendo-se obter resultados esperados; o determinismo. Morin (2008) lembra que o princípio da explicação da ciência clássica em reduzir o conhecível ao manipulável, levou à abordagem dualista sobre o homem. Permitiu a incidência de um olhar objetivante sobre seu corpo, reduzindo-o a uma lógica mecânica, fragmentando-o em partes, em sistemas.

Isto requereu a necessidade de classes especialistas para curar cada uma dessas partes. Frente às novas idéias, qual a concepção de saúde e doença? A medicina delimita seu objeto de estudo na doença e seu objetivo é a cura.

Florence Nightingale instituiu a Enfermagem Moderna, como profissão de preparo sistematizado para a aquisição de conhecimentos diferentes do profissional médico. Podemos observar em seus preceitos, indícios da visão científica da época.

A importância na manutenção das condições ambientais favoráveis ao organismo de forma que este não contraísse doenças, o que também favoreceria a sua recuperação, deixando a natureza agir. Segundo Espírito Santo e Porto (2008), alguns autores cogitam tais indícios como princípios do processo de enfermagem. Em sua vanguarda, Florence utiliza a estatística, comprovando com base científica quantitativa seu progresso. A partir desta demonstrou que a qualidade reduziu a mortalidade de soldados assistidos por ela durante a guerra da Criméia.

Refletiu sobre a importância das enfermeiras identificarem as doenças psicossomáticas, como a ansiedade, resultado do efeito da mente sobre o corpo. E da influência das cores sobre a psique humana, além da importância em ouvir o paciente e em dispensar atenção ao emocional. Concluindo que o indivíduo, mesmo no estado de doença, precisa ser compreendido, correlacionando os aspectos físico, sociais e psicológicos. Porém, não desvencilhou de toda a enfermagem do cunho religioso, idéia prevalente naquele tempo, que se encontra na concepção caritativa de suas atividades e na definição das características de uma boa enfermeira, (NIGHTINGALE, 1989; ESPIRITO SANTO; PORTO, 2008).

As idéias modernas de Bacon, Descartes, Buffon e Marx transformaram o homem em um ser sobrenatural, que assume o lugar de um deus com a missão de dominar a natureza e reinar sobre o universo (MORIN, 2002). Associando ao postulado de Augusto Comte, o progresso pelo progresso, conceito no qual a civilização se movimenta sempre numa mesma direção segundo uma ordem como lei causal.

Impulsiona a sucessão dos acontecimentos e cria a ideologia do progresso como um bem para todos. Assim, dissipou-se a teologia e a metafísica, enfatizando-se a filosofia verdadeira como aquela aplicada aos fenômenos naturais controlados

pelas leis causais imutáveis (CREMA, 1989). A evolução da consciência não acompanhou o desenvolvimento do progresso científico-técnico e como podemos notar o homem não compreende a natureza do próprio homem; com uma compulsão cega pelo progresso, destruindo o ecossistema planetário, passou à objetivação, à coisificação do próprio homem.

O desenvolvimento do capitalismo, a revolução industrial associada ao paradigma cartesiano trouxe a competência científico-tecnológica para o dia a dia e para o atendimento à saúde. Transforma o homem em uma máquina, sujeito a avarias e a troca de peças com a necessidade de constante supervisão médica. O capitalismo necessita de corpos saudáveis, produtivos, bens de produção. Morin (2008) lembra que a árvore do conhecimento de Descartes possui raízes na filosofia (a lógica) e na matemática, e em um dos seus galhos desenvolveu-se a medicina. Esta, com os preceitos mecanicistas e metafísicos do século XIX, deterministas na busca da causa e efeito. Porém, o desenvolvimento científico apresenta traços negativos, efeitos ambivalentes que não foram valorizados.

Estes parecem aos cientistas, assim como para nós, como inconvenientes secundários, ou de menor importância. Relacionamos como exemplo: os efeitos adversos dos medicamentos e dos procedimentos invasivos. A especialização para o super entendimento do órgão trouxe a fragmentação do saber. O desligamento da ciência da natureza do homem, tendo como resultado a exclusão do espírito e da cultura, da sociedade e da história deste homem.

Essa tendência à fragmentação leva à tendência ao anonimato e à ignorância. Esta especialização não procura o intercâmbio e desconhece o que não concerne à sua disciplina. Isso demonstra a renúncia a qualquer possibilidade de refletir sobre o mundo, a sociedade e a própria ciência.

A Enfermagem ciência, em seu saber, se aproxima da medicina, e assim como algumas profissões de saúde, utilizam o modelo biomédico. Sob esta ótica, privilegia a doença presente no indivíduo, passando para segundo plano sua subjetividade. A transferência da lógica da máquina artificial ocorre para todos os segmentos da vida humana e resultam em um pensamento tecnocrata e econocrata:

A lógica artificial quando aplicada ao ser humano desenvolve o programa em detrimento da estratégia, a hiper-especialização em detrimento da competência geral, a mecanicidade em detrimento da complexidade organizacional; a estrita funcionalidade, a racionalização e a cronometrização que impõe a obediência a organização mecânica da máquina. (MORIN, 2002, p.89)

Percebendo uma casualidade mecânica, reduz-se tudo ao quantificável, levando a generalização ao comum, assim como a “hiper-especialização” produz a “cegueira”, tanto em relação ao individual, ao subjetivo, como ao global, ao contexto. Essa relação produz uma diluição e a perda de responsabilidade, facilita a rigidez da razão e o minorativo das indiferenças.

Através da visão fragmentada do ser, do paradigma vigente, direcionada ao órgão, sistema ou tecido no qual se encontra a doença, concepção da ciência clássica, a enfermagem foca seus esforços e investe suas ações em procedimentos. Meyer, Waldow e Lopes (1998) corroboram este pensamento, quando se referem ao fato de que o cuidado de Enfermagem centraliza suas ações em ações terapêuticas, que se solidificam em rotinas padronizadas, com generalização.

O cliente passa a ser um indivíduo de quem se espera um comportamento conformista perante as orientações, a terapêutica, as ações impostas e decididas pela equipe multiprofissional. O cliente geralmente não é participante, nem opinante do tratamento instituído. Ele é destituído do universo de suas relações sociais, afetivas, políticas, dos direitos e deveres de outros. Ainda, segundo os mesmos autores, a prática de enfermagem tem ênfase na doença, na sua cura e a maioria de

suas ações, desenvolvendo procedimentos terapêuticos com aparelhos de alta tecnologia, distanciando-se do cliente. Morin (2002) atenta para o fato do empobrecimento das relações pessoais causado pelo próprio desenvolvimento tecnológico. A valorização do aparato tecnológico em detrimento do cliente. Fortalecendo esta idéia, quando refere que além de produzir a solidão, a incapacidade de assumir as incertezas, este estado de isolamento alimenta um mal das almas. Escondido no âmago do ser emerge na forma de doenças psicossomáticas como insônias, úlceras estomacais, dificuldades respiratórias e outras. Doenças de dimensão civilizacional coletiva.

Quando institucionalizado pelo sistema hospitalar, o cliente passa a sofrer o que chamamos de hospitalização. O indivíduo fica sujeito às normas e horários previamente estabelecidos e a terapêuticas que muitas vezes desconhece ou que sequer consente. Constituem-se estes alguns dos poderes da instituição, representados e utilizados pelos membros da equipe multidisciplinar. Mas o enquadramento desse indivíduo é também resultante do conceito determinista em que saber é poder; e julgamos saber o que é melhor para o nosso cliente.

Precisamos e devemos como enfermeiros nos posicionarmos frente a essa realidade opressiva. Segundo Boal (2008), oprimidos e opressores não podem ser considerados anjos e demônios. Este define um ser oprimido como todo aquele a quem é imposto o silêncio e de quem se retira o direito à existência plena. Refere à existência de opressores que possuem a consciência do mal que praticam e que dele retiram benefícios. E existem opressores que sabem o que fazem e se defendem, dizendo-se obrigados a fazer tais ações, não lhes restando outra escolha mesmo que não possam pactuar com o sistema (Boal, 2008).

Vestimos a pele do lobo quando somos representantes do sistema da hospitalização, quando não abrimos exceções para visitas, objetos pessoais, telefonemas, fotos e cartas... Possuímos o livre arbítrio e uma consciência; logo, somos responsáveis pelas escolhas que fazemos. “Seremos sempre aliados dos oprimidos... ou cúmplice dos opressores” (BOAL, 2008, p.25).

Graças à descoberta do mundo subatômico pela Física Quântica, revelou-se a todos a natureza intrínseca e dinâmica da matéria e seus constituintes. Os átomos não constituem sua existência como entidades isoladas, mas como partes integrantes de uma estrutura de interações inseparáveis e coexistentes (CAPRA, 1986).

Mostra-nos a complexidade do homem e da sua natureza (do homem como energia e matéria, matéria/espírito). Essas interações envolvem um constante fluir de energia, que se representam na transmutação da partícula, da objetivação do ser ao seu subjetivo. Um grande teatro dinâmico contínuo de destruição e criação de partículas sem fim corrobora com a visão oriental milenar intrinsecamente dinâmica. Esta concebe o tempo no homem com suas mudanças, num incessante fluir de energia, e uma constante busca da harmonia e do equilíbrio. O Cosmo passa a ser uma realidade em movimento vivo, orgânico, espiritual e material simultaneamente (CAPRA, 1986). Entende-se, portanto, que as escolas orientais, as quais reforçam a unidade básica do universo, têm o objetivo primordial de se tornarem conscientes dessa unidade em mútua inter-relação de todas as coisas.

A partir da transcendência da noção de indivíduo isolado, identifica-se a realidade da interação. “A realidade descortinada pela nova Física apresenta-se viva e essencialmente dinâmica. Não há inércia, não há passividade e nem imutabilidade. Tudo vibra e renova perpetuamente” (CREMA, 1989, p.43). A verdade encontra-se

no estado de dinâmica, confirmando a visão de Heráclito de Éfeso (CAPRA, 1986). O mundo passa a ser unificado, interligado, globalizado, inseparável da intrincada teia de relações em que os fenômenos passam a ser determinados pelas interações com o todo.

Estas interações podem ser imprevisíveis, introduzindo a noção de causalidade estatística. O observador volta a ter local de destaque na ciência. Na Física Quântica, o observador é imprescindível para observar os fenômenos atômicos e como ocasioná-los. Não há realidade que não seja possível aos olhos de um observador. Logo, cada indivíduo projeta seu próprio mundo.

Nossa subjetividade única e nossos valores são imprescindíveis para a percepção dessa realidade. Nossa realidade é singular. “Toda descrição do mundo é uma auto-descrição” (CREMA, 1989, p.43). O corpo é formado não somente por órgãos e um cérebro. Os sentimentos e as emoções qualificam as informações obtidas pelos sentidos na leitura do ambiente ou nas informações recordadas. Essa qualificação está associada a um modo de pensamento positivo, que possui alterações rápidas, idéias ricas, quando em uma faixa agradável; e lentas e repetitivas, quando em modo de pensamento negativo. O fato de o ambiente ser um resultado de nosso próprio organismo (mente e corpo) demonstrando a intrínseca interação do mesmo: “Existo e sinto; logo penso” (DAMÁSIO, 1996).

A partir dessa idéia da concepção do mundo único, reflexo subjetivo de cada indivíduo, há a necessidade da valorização de nossos sentidos, como profissionais de saúde que assistimos o indivíduo, de forma a podermos compreender como o outro em seu mundo se encontra em relação ao processo de saúde/doença. Devemos abandonar para sempre o Universo como uma máquina determinista,

estável, programável, e abraçar a idéia do imprevisível (ordem, desordem e organização), a noção da incapacidade de definir e de determinar (CAPRA, 1986).

Encontramo-nos no momento de articulação da ciência entre o paradigma moderno e o novo-paradigma. A crise vivenciada na atualidade em vários segmentos da sociedade é resultado da adoção da ciência moderna como base na organização da sociedade contemporânea. O desenvolvimento tecnológico não só transformou a eficácia do homem, como modificou sua relação com a natureza e sua dependência, cada vez maior da ciência e da técnica. O “objetivismo” como fonte única da verdade dissociou o conhecimento da ética (VASCONCELLOS, 2002).

A incapacidade da ciência moderna em resolver questões do próprio homem, devido a complexidade do homem; os fenômenos humanos são de natureza subjetiva, assim como os fenômenos naturais, incapazes de serem captados em sua totalidade pela objetividade. Como distinguir o homem fragmentado? Como um ser biológico ou como um ser social e cultural? Como abordá-lo cientificamente? Ignorando-o como sujeito do conhecimento, como *res cogitans*?

Na assistência à saúde encontra-se presente o modelo biomédico com a valorização da doença, legado do paradigma cartesiano. São várias as teorias e modelos assistenciais na enfermagem, alguns baseados em teorias administrativas e/ou comportamentais. Arraigadas à idéia de produtividade do sistema capitalista, não visando à qualidade ou o verdadeiro bem do indivíduo cuidador ou cliente.

Observamos que o modelo assistencial dirigido ao enfoque funcional é existente na maioria das instituições hospitalares. É baseado na fragmentação de tarefas, construção de normas rígidas e inflexíveis, na hierarquização e centralização, e resulta no desvio ou no afastamento de uma visão que valorize o ser e sua subjetividade. A satisfação da clientela e a qualidade não é o fator

preponderante; o essencial é o aumento na produção de bens e serviços empregando menor tempo. O planejamento da assistência é baseado em procedimentos, e não na necessidade real do cliente. Há a escassez ou inexistência de uma comunicação horizontal com a equipe de enfermagem e com os demais profissionais que atendem a clientela.

O modelo organizacional do cuidado em equipe, quando desenvolvido em sua íntegra pelos profissionais de enfermagem, enfoca a capacidade de liderança do enfermeiro, a comunicação entre os elementos da mesma equipe e as necessidades do cliente e seu progresso na terapia. Devendo também ser retroalimentado com o estudo de casos para o desenvolvimento do conhecimento científico, embasando a responsabilidade da tomada de decisões. Gerando a união e participação dos demais grupos profissionais a fim de produzir um cuidar integral e conscientemente voltado para o cliente. No padrão de atendimento global, todas as ações são desenvolvidas por um enfermeiro na tentativa de integração das ações; mas este modelo prioriza a execução de tarefas e, em menor proporção, a necessidade do cliente. A fragmentação e a descontinuidade do cuidado ocorrem na mudança de plantão, o que pode evidenciar uma comunicação ineficaz entre os plantões.

Ao observarmos alguns modelos assistenciais mais utilizados pela enfermagem, atentamos para a impregnação dos conceitos da ciência de fragmentação. Vemos o quanto esses conceitos se encontram arraigados em nosso dia a dia, e descobrimos que necessitamos desenvolver um modelo que atenda nossa solicitação, um cuidado com a visão multidimensional do ser.

Teóricos citados por Bitencourt (2007) desenvolveram, em suas pesquisas, caminhos que tentam reintegrar este ser multidimensional à visão do enfermeiro. Wanda Horta (1979) e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas; Rosalva Paim

(1986) e a Teoria Sistêmica de Enfermagem; Lilian F. Daniel (1983) e os Padrões de Assistência de Enfermagem; Myra E. Levine (1967) e os Princípios de Conservação e Energia e Integridade Estrutural Física, Pessoal e Social, dentre muitos outros, que estudam até hoje essa idéia de integralidade do ser, a fórmula mágica da assistência e do verdadeiro cuidado. (BITENCOURT, 2007). Acredito que estamos distante do ponto de partida, porém ainda mais afastados do ponto de chegada para produzirmos mudanças no atual paradigma.

As normas institucionais, as rotinas, os horários, o atendimento generalizado devido à grande demanda assistencial, a desvalorização da profissão pelo próprio profissional da área de saúde são algumas barreiras que ainda necessitamos transpor. Devemos como enfermeiros, resgatar os princípios básicos e abrangentes (humanístico, espiritual, social) de nossa profissão na compreensão do ser sob nosso cuidado, considerando todas as suas dimensões e possibilidades, assim como gerar a consciência de que também somos parte desta complexidade.

CAPITULO 3

CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

3.1. Sob a Lente dos Sentidos: Ancoragem da Técnica Sociopoética

Em função do objeto de estudo e da abordagem que valoriza a comunicação enfermeiro-cliente, identificamos as expressões verbais e não-verbais do cliente, fundamentando este estudo com a técnica da Vivência dos Sentidos Sócio comunicantes de Araújo (2000) com a utilização do método do Grupo Pesquisador, (GAUTHIER, 1999).

A técnica da Vivência dos Sentidos Sócio comunicantes construída a partir da pesquisa com a utilização do método da Sociopoética, traz em seu arcabouço concepções do mesmo método. Considerar impossível a divisão instituída entre poesia e a ciência, entre arte e a construção do conhecimento.

Assim parte dessa técnica a percepção dos sentidos, o desconhecido, o inconsciente das memórias sensoriais, como fonte de prazer e desprazer. Vivenciadas, as experiências são a construção da consciência de si mesmo e do mundo que o envolve. Formando assim uma enciclopédia gravada na memória sensitiva de sentimentos das relações com pessoas e contextos, estabelecendo constante vínculo com o já experimentado no passado para reconhecimento nas situações do presente. Estas memórias, acredito, iniciam-se ainda na fase intra-uterina, através dos sons emitidos pela mãe, e continua no primeiro conhecimento do mundo exterior e na construção dos primeiros laços afetivos.

No nascimento, a primeira expressão verbalizada da sensação é o choro após a primeira inspiração do ar, respondendo a todas as sensações da dilatação dos alvéolos, dos pulmões, do tórax e do expulsar o líquido amniótico do sistema

respiratório. O choque ao mesmo tempo do desligamento emocional e físico do corpo da mãe e da mudança brusca do ambiente; a temperatura, a luz, o toque nem sempre firme e amoroso, para depois de muitos estímulos re-conhecer o que já lhe era familiar. A sensação de segurança e acolhimento nunca mais esquecida desse colo, marcante pelo seu cheiro, o calor de sua pele, o prazer do paladar, ao sugar e a sensação de saciedade, a leveza do toque e o reconhecimento da voz.

A visão ainda um pouco borrada, com o passar do tempo, vai aos poucos delineando o rosto de quem nunca será esquecida pela memória sensorial. O desenvolvimento dessa memória dos sentidos ocorre com o desenvolvimento do conhecimento de si mesmo, a descoberta do seu corpo, de seus gostos, do mundo, das pessoas, do ambiente e de tudo que nele comporta. Prazeres e desprazeres marcados nos sabores, nos cheiros, no toque, na visão e nos sons. Estes produzem lembranças sensoriais que se formam através da sensibilização dos sentidos durante a vida, ficando estas gravadas latentes na memória e prontas a responder quando solicitada, (ACKERMAN, 1990). As experiências anteriores determinam valores que vão se acumulando também na prática da enfermagem.

A técnica dos sentidos sócio comunicantes desenvolvida por Araújo (2000), apresentou excelentes resultados em pesquisas, permitindo compreender a vivência em assistir o cliente queimado (COELHO; ARAÚJO, 2008), no cuidado de enfermagem através dos sentidos do cliente dialítico (SAES; ARAÚJO, 2004), os sentimentos do cliente em disfunção erétil (DUQUE; ARAÚJO, 2005), dentre outros.

Neste estudo, que demonstra a valorização da comunicação não-verbal pelo enfermeiro em unidade cardio-intensiva, a técnica das Vivências dos Sentidos Sociocomunicantes é utilizada para mergulhar com sensibilidade na percepção do enfermeiro e deixar emergir a intuição, buscando a subjetividade do sujeito

envolvido. Investiga a compreensão da subjetividade escondida sob a pele, sob as máscaras sociais, em uma relação de respeito e interação para captar o que normalmente não é dito na prática cotidiana do cuidado.

A técnica da Vivência dos Sentidos Sócio comunicantes traz à pesquisa qualitativa a valorização dos sentidos, fazendo emergir a marca deixada pelas vivências durante a interação social, do indivíduo consigo e com o grupo. As marcas sensoriais individuais e grupais. Esta técnica se utiliza da capacidade de reconhecimento e associação dos sentidos no trato com o tema em questão. Produz a oportunidade de uma abertura para os sentidos experimentarem e reconhecerem o ambiente, a situação que o paciente e o enfermeiro enfrentam, a partir de reflexões de sua experiência e prática. Desta forma, permitindo redimensionar o olhar do enfermeiro aos aspectos subjetivos existentes na interação com cliente.

Araújo (2000) refere-se à importância de se estar receptivo ao inesperado, a novas circunstâncias e ao respeito à individualidade de cada um. Receptivo à destituição do poder do conhecimento e à necessidade da utilização de diferentes técnicas para se desenvolver uma nova compressão desse conhecimento. Focalizar o grupo de pesquisa não como objeto, mas torná-lo também responsável pela produção, destituindo assim o pesquisador de um lugar privilegiado de poder. Produzir com o grupo um saber coletivo, aderindo aos dispositivos do diálogo e respeito como meio de interação mutuamente crítica. Somados a essa visão, destacamos Barbier (1994), com a sacralidade que é a escuta sensível e a capacidade de ouvir integrando todos os sentidos, a multirreferencialidade, produzindo a interação para compreender o outro em suas várias dimensões. Buscar nas atitudes o que se encontra velado no silêncio; o não-dito das emoções (ARAÚJO, 2000).

O desenvolvimento do conhecimento é dinâmico, e mesmo os especialistas em suas áreas não conseguem se manter atualizados frente às novas e constantes informações. Corrobora Araújo (2000, p. 194) "... É preciso que não saibamos tudo o que deve ser feito. É preciso não estarmos demasiados certos de nossas certezas. Nem por isso, porém podemos prescindir de propostas a fazer, a testar". A autora demonstra que não são fáceis as mudanças e enfatiza ter enfrentado esse movimento como um desafio, quando ao confeccionar o material de pesquisa e as dinâmicas, foi preciso rever concepções pedagógicas e refletir sobre as alterações necessárias ao seu estudo.

Ao examinar esse processo de criação de um novo saber, Araújo (2000) faz um momento de reflexão sobre a posição humilde em que se coloca agora o pesquisador, na comunicação de um saber relativo com a aceitação do saber relativo dos outros. "Toda a docência verdadeira exige um processo que busque com a investigação científica responder perguntas, indagações. Processo de pesquisar com curiosidade e criatividade; necessária ao aprendizado de ensinar, mas também de conhecer e aprender sempre" (ARAÚJO, 2000, p. 196). O pesquisar-fazendo libertou-se do modelo conservador da ação pedagógica no qual o professor, símbolo do poder do saber, é o responsável pela construção do conhecimento. São de importante valor as considerações feitas por Araújo sobre a relação pedagógica, mesmo não estando nós diretamente envolvidos com a docência. A profissão de enfermeiro encontra-se imbuída de um grande teor de orientação e aconselhamento, necessitando a valorização da interação com a nossa clientela, sempre em prol de melhoramentos na área da saúde individual ou coletiva.

Araújo (ARAÚJO, 2000; ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et. al, 2004; DUQUE; ARAÚJO,2005) propõe a percepção sensorial de seis sentidos: visão, audição,

olfato, tato, paladar e coração. Os quatro primeiros sentidos encontram-se bem esclarecidos, sendo o paladar referente à socialização, e o coração aos sentimentos e a emoção. Em seus estudos ocorrem o desvelando dos desejos e medos, e através das percepções dos sentidos dos clientes, o redimensionamento na prática da enfermagem, utilizando-se de uma relação de empatia sem a opressão dos papéis sociais. Os estudos de Araújo citados anteriormente, assim como as pesquisas sob sua orientação (SAES; ARAÚJO, 2004; DUQUE; ARAÚJO, 2005; CRUZ; ARAÚJO, 2006; COELHO; ARAÚJO, 2008), partem da identificação da percepção mecanicista do cuidado estabelecido pela preocupação, por parte dos profissionais, com o aspecto técnico relacionado aos procedimentos, como a diálise, o processo cirúrgico de clientes em pré-operatório de disfunção erétil e a recepção pré-cirúrgica de um hospital-escola. Essa valorização do saber técnico leva ao detrimento das necessidades emocionais do cliente em diálise (DUQUE; ARAÚJO, 2005) e das limitações físicas e emocionais relacionadas com o cuidado com o corpo, a autoestima e o impacto causado pela vivência da disfunção erétil (DUQUE, 2005).

Segundo Boal (2008), há a existência de uma diversidade de técnicas possivelmente aplicáveis em todos os campos do cuidado, mesmo diante de problemas pontuais mais diversos. Estas técnicas buscam desenvolver a capacidade de perceber o mundo através de todas as artes, palavras, imagens e sons. A utilização de jogos, segundo mesmo autor, é uma forma de desmecanizar o homem, sua mente e seu corpo da rotina diária que o torna alienado. Essa mecanização é a soma de comportamentos esperados pela sociedade e aprendidos com ela.

As reações e estímulos do corpo em suas atividades comuns constituem-se em uma máscara, que atua sobre o pensamento e as emoções, que se tornam “estratificados”, plásticos. Os jogos “são diálogos sensoriais” que obrigam o uso da criatividade, e assim, proporcionam a desmecanização. O teatro mudo, como toda arte, é a busca da verdade através de nossos órgãos sensoriais. Este tipo de teatro, teatro imagem, nos desobriga do uso da palavra e nos abre ao desenvolvimento a outras formas de percepção. Utilizando o corpo, cores, fisionomias e expressões para representar nossas emoções e pensamentos, segundo Boal (2008, p.18), ampliamos “nossa visão sinalética onde significantes e significados são indissociáveis... Não apenas a linguagem simbólica das palavras dissociadas das realidades concretas e sensíveis...”.

A proposta para a coleta de dados foi o uso da técnica de desenho e também da dramatização. Em nosso teatro, os atores, enfermeiros, antes expectadores dos dramas e alegrias dos clientes, são convidados a entrar em cena atuando teatralmente. Utilizando suas expressões corporais para revelar seus pensamentos, desejos, emoções, na “pele do outro”. “O espetáculo é o início de uma transformação social necessária e não um momento em equilíbrio e repouso. O fim é o começo!” (BOAL, 2008, p.19). Buscamos não somente a interpretação, mas a compreensão, a vivência na situação do outro e sua realidade. “Provoca-se a interpretação da ficção na realidade e da realidade na ficção” (BOAL, 2008, p.19).

A opção pelo uso de várias dinâmicas seguidas do momento de relaxamento na produção com o grupo favorece a exteriorização do imaginário; emoções, sentimentos e vivências vêm à tona através da memória dos sentidos, facilitando a compreensão das atitudes, comportamentos e reações (SANTOS et al., 2005). Neste estudo propusemos a criação de um ambiente, um espaço transversal ao

cuidado, favorável à produção de dados para discutir sobre a comunicação através da dramatização. A proposta fez com que a equipe de enfermagem assumisse o papel do cliente em situações de desconforto frente à rotinas de cuidados, para a análise grupal da cena sobre as ocorrências da comunicação no cuidado prestado. “O espaço estético é um espelho de aumento que revela comportamentos dissimulados, inconscientes ou ocultos.” (BOAL, 2008, p.31).

A escolha da dramatização para a produção de dados deve-se às reflexões de Araújo (2000, p. 42): “Quando os estudantes conseguiram interpretar seus próprios sentimentos, eles se mesclaram a ponto daqueles mais inconfessáveis poderem aflorar”. Utilizando do conceito de Heráclito, segundo o qual, o mundo e todas as coisas deste estão em constante transformação. Desta forma não poderíamos entrar no mesmo rio duas vezes, porque ao entrarmos a segunda vez, estaremos mais velhos e não seríamos os mesmos. As águas não seriam as mesmas, pois estão sempre fluindo, (BOAL, 2008). Desta mesma forma, os atores não sairão ilesos, levarão consigo algo a ser transformado, ou senão, algo para refletir. Essa dinâmica de grupo é também usada como auxílio do processo terapêutico, denominada psicodrama, (CASTILHO, 2002).

3.2. O Grupo Pesquisador

Nos apropriamos do Método do Grupo Pesquisador que, segundo Gauthier e Santos (1996), descrevem como o centro vivo da Sociopoética, onde a transformação das pessoas pesquisadas é uma exigência ética e política fundamental. O Grupo Pesquisador é formado pelo facilitador, que é o representante da academia, e pelos copesquisadores. Este método desenvolve-se em seis momentos e três encontros do grupo. Nesses encontros, incluímos o convite de

participação aos copesquisadores, detalhando as atividades e garantindo o anonimato, além de acordarmos os horários e datas dos encontros correspondentes à produção de dados, a contra-análise e a síntese.

As etapas de produção são mediadas por momentos de reclusão, quando a facilitadora trabalha na transcrição, leitura, releitura, classificação e nas pistas para a análise com a validação do grupo nos diferentes encontros com o Grupo Pesquisador. Através desse método chegamos aos temas e subtemas presentes nas estruturas dos pensamentos individuais e coletivos.

A etapa da contra-análise facilitou a ampliação da discussão e o entendimento dos significados, e pode ser na forma de quadro demonstrativo, desenho, conto ou poesia, como realizado nos estudos sob a orientação de Araújo (2000) e recomendam Santos, et al., (2005). Nesta etapa se deu a validação pelo grupo da produção coletiva.

Na última etapa, a facilitadora analisou e interpretou os dados à luz dos autores que mais se aproximaram dos resultados, e também foi escolhida a forma de socialização do estudo; a divulgação no meio social/ institucional dos copesquisadores e a apresentação da dissertação na Academia, ocasião em que normalmente se conta com a presença do grupo.

3.3. O Cenário, os Sujeitos, os Critérios de Inclusão e Exclusão e a Relevância para a Escolha do Cenário.

O cenário escolhido para a pesquisa foi o setor de unidade cardio-intensiva de um Hospital Federal na cidade do Rio de Janeiro. Esta Unidade possui doze leitos equipados com camas com funcionamento elétrico, rede de gases, bombas infusoras, balão intraórtico, respiradores e monitores multiparâmetros, todos em

comunicação com uma central no Posto de Enfermagem. Os clientes admitidos no setor são oriundos de suas residências, de transferências de outros hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O setor também dá suporte de internação a outros setores do hospital em casos de emergência, e ao setor do plantão geral, onde são admitidos os clientes já assistidos ambulatorialmente em quadro clínico emergencial. O Hospital não possui emergência aberta.

São atendidos na unidade cardiointensiva os clientes com diagnóstico de distúrbios cardiológico, pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas; por essa razão, é um setor diferenciado pela sua complexidade.

O quantitativo de pessoas da equipe de enfermagem no início da pesquisa foi de quatro enfermeiros diaristas e mais um total de trinta e três enfermeiros plantonistas e trinta e seis auxiliares de enfermagem. Estes se encontram organizados em seis plantões de doze horas trabalhadas por sessenta horas de descanso remunerado.

A equipe diurna é composta por um enfermeiro diarista, cinco enfermeiros plantonistas e três auxiliares de enfermagem por regime de plantão. A equipe noturna é composta de cinco enfermeiros e três técnicos, também no regime de plantão de doze horas trabalhadas por sessenta horas de descanso semanais, ambas as equipes com um total de três plantões semanais. Esse número foi modificado conforme a ocorrência de transferências de funcionários para outros setores.

O sujeito da pesquisa, como justificado anteriormente, foi o enfermeiro lotado no setor da unidade cardiointensiva. Consideramos como critério de inclusão, os enfermeiros da unidade cardiointensiva diurna e noturna. Quanto ao critério de exclusão, foram considerados os enfermeiros da equipe que estivessem em gozo de

férias, licença maternidade, ausentes por motivo de doença no período de produção de dados ou por incompatibilidade de horários. Os motivos que me levaram a escolher esta unidade como cenário para realizar a pesquisa encontram-se relacionados com o quantitativo de pessoal, a característica dos clientes internados, a inexistência de emergência ativa e na rara escassez de recurso material. Estes são fatores que geram desconforto e estresse na equipe, podendo apresentar-se como variáveis importantes e limitadores reais, tanto no aspecto emocional como estrutural no desenvolvimento da pesquisa.

3.4. Produzindo com a Metodologia.

Este item se refere ao caminho metodológico da pesquisa em si, a partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ em 16/12/2008, protocolo nº 111/08 (ANEXO D) e do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital cenário em 13/04/2009, protocolo n.º 000.363 (ANEXO C). Respeitando, assim, o princípio ético na pesquisa com humanos, segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que instituiu as normas de Pesquisa em Saúde no Brasil. Desta forma, iniciamos a produção de dados somente após a devida assinatura, pelos sujeitos, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Após liberação e aprovação do projeto por ambos os Comitês, convidamos pessoalmente os enfermeiros componentes do setor, como nos sugere o método do Grupo Pesquisador, configurando-se assim o primeiro momento. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu respeitando-se os seis momentos desta técnica, descritos anteriormente.

A coleta de dados ocorreu no período de 4 junho a 13 de setembro de 2009, sendo necessárias várias alterações não somente em nosso cronograma, mas

também no planejamento inicial, obtendo-se, assim, uma melhor adequação da pesquisa às atividades por eles desenvolvidas na unidade.

As características do setor levaram a ajustes em nosso planejamento, e estes se referem principalmente ao tipo de atendimento, a pacientes pós-operatórios de cirurgias cardíacas, as quais são realizadas numa média de duas por semana, ocorrendo mais freqüentemente a cada terça-feira e quinta-feira. Por esse motivo, estes dias da semana apresentaram-se praticamente indisponíveis para as atividades da coleta de dados.

O horário da manhã, pela maior demanda de cuidados com a higienização e administração da prescrição, da visita e do *round* da equipe multidisciplinar, foi excluído como período para o desenvolvimento das atividades de pesquisa com a equipe. O período da tarde, entre 15:00h e 16:00h, foi o escolhido para desenvolver a produção de dados, pois a equipe flexibilizou suas atividades, replanejando-as para outro horário. Ainda assim, algumas vezes não tivemos condições de desenvolver as dinâmicas conforme o horário previsto.

As intercorrências e internações de urgência, como também folgas, trocas de plantão, licenças e até a mudança de um enfermeiro do setor, foram os principais motivos. As alterações de dias, horários e componentes do grupo foram necessárias para assegurar a produção coletiva. Por estas razões, a pesquisa foi desenvolvida com enfermeiros plantonistas do serviço diurno que aceitaram participar das atividades, sendo que aqueles que se apresentaram impedidos, tanto pelo novo horário, como pelos outros motivos, foram excluídos do estudo.

O local escolhido para os encontros foi o auditório do setor, pela acessibilidade e conforto garantidos ao grupo. Durante o transcurso da produção, esse local também sofreu obras de manutenção, sendo necessário em alguns

encontros, improvisar um novo local, como a sala de preparo de medicação, ou o *star de enfermagem*.

Os co-pesquisadores escolheram os seus pseudônimos no primeiro momento de cada grupo, e, à medida que estes foram se repetindo, associamos números para distingui-los.

Muitos pesquisadores não desenvolvem suas pesquisas em cenários onde trabalham ou já atuaram, mas acredito ter sido este um ponto importante para facilitar a motivação na formação e manutenção do grupo ao longo da produção. A familiaridade com o setor e com os funcionários foi um fator facilitador, pela afiliação, pelo conhecimento das rotinas, respeito e solidariedade dos colegas, somados à capacidade de argumentação da sua importância no contexto do cuidado, do ensino e da própria unidade.

Outra questão observada foi à reação inicial dos enfermeiros à metodologia da pesquisa. O tema gerou curiosidade em um primeiro momento, mas ao descrever as dinâmicas, entre elas, o relaxamento e a dramatização, algumas pessoas, pelo que se observou, ficaram algo inseguras, pouco a vontade, e demonstraram resistências fisionômicas, corporais e cinestésicas em aceitar prontamente. A possibilidade de confiar e de se exporem de alguma forma, de serem somente pessoas, deixando vir à tona, na superfície da pele, possíveis sentimentos e sensações, acredito ter sido o embate responsável por esse primeiro desconforto.

O estranhamento causado pela técnica das Vivências dos Sentidos Sócio comunicantes, é necessário para fazer emergir áreas enraizadas e que não estão sob o nosso controle consciente. O extravasamento de emoções é um comportamento considerado e, no mínimo, inconveniente para uma boa parte das chefias de enfermagem e colegas enfermeiros, que atuam em setores intensivos.

Neste e em outros setores lhes são exigidos rituais de cuidado que conferem um perfil de controle sobre tudo e todos. Demonstrar segurança e estabilidade emocional constante é o que se espera de um enfermeiro de unidade de terapia intensiva; deixar os problemas pessoais fora dos portões da instituição e não se envolver com o cliente. Estas são atitudes defendidas por muitos como sendo a chave para um bom desempenho profissional. A facilitadora soube conduzir a dinâmica com a habilidade necessária ao resgate da confiança, imprescindível nessa etapa.

Em princípio, na elaboração do projeto, pretendíamos reunir um número de cinco integrantes ou até mesmo seis enfermeiros por grupo. Esse planejamento foi inviável desde a formação do primeiro grupo, integrado por enfermeiros que cuidam de clientes com desvios severos de saúde, e deslocá-los para participar da pesquisa não era condição prioritária. Assim, esse número foi reduzido para três e até dois componentes por grupo.

Essa redução se deveu à necessidade de continuar o atendimento na unidade, enquanto outros enfermeiros estivessem desenvolvendo a produção de dados. De forma a constituir um grupo de copesquisadores da unidade cardiointensiva, dividimos os enfermeiros em subgrupos de acordo com o plantão e a disponibilidade de cada um.

Outros contratemplos ocorreram durante o período de coleta de dados como dificuldade de comunicação com o setor para o agendamento dos encontros, devido a problemas telefônicos no mesmo. Os lanches de confraternização, em princípio, programados para ocorrerem no início dos trabalhos do segundo encontro, foram realizados entre todos os componentes do plantão após a dinâmica, justificado pelo horário de realização dos encontros logo após o almoço.

No último encontro, além da devolução dos dados escritos, apresentamos a filmagem da dramatização de outro subgrupo. Essa sugestão nos foi dada pelo primeiro subgrupo ao realizar a dramatização, e aceita por todos os demais. A exposição das filmagens facilitou a análise pelos co-pesquisadores e a validação dos dados.

A fim de esclarecer, evitando possíveis dúvidas, destacamos que foi possível a reunião de cinco subgrupos, totalizando 14 enfermeiros. No primeiro encontro, realizamos o relaxamento seguido dos relatos de experiências e seus registros e após, a exposição das idéias em cartolina.

Na primeira dinâmica, o relaxamento promoveu a sensibilização e ocorreu apresentação dos depoimentos sobre as vivências da prática.

A segunda dinâmica permitiu a construção de desenhos ou a simples relação dos sentidos usados pelos sujeitos.

No segundo encontro ocorreu a identificação da comunicação não-verbal do cliente quando realizamos o psicodrama.

No terceiro encontro procedemos à validação dos dados, trabalhando com um grupo de 12 enfermeiros reunidos em quatro subgrupos.

Aprendemos que nem sempre o que idealizamos e planejamos em nossos projetos, serão realizados exatamente. Necessitamos além da habilidade do pesquisador, ter a capacidade de aceitar os desafios que se antepõem à realidade dos laboratórios virtuais. Ao enfrentarmos os imprevistos impostos pela realidade, vivenciamos também a exigüidade da pesquisa, em parte ou em seu todo. As incontingências no processo de pesquisa no ambiente do cuidado devem ser previstas pelo pesquisador, não supondo este ser um impedimento para suas

realização, mas que diante dele possa com sua bagagem flexibilizar o seu planejamento, sem ferir a confiabilidade dos resultados.

Os Momentos do Grupo Pesquisador da Unidade Cardiointensiva.

Os momentos do Grupo Pesquisador, aqui citados, referem-se a todos os seis momentos sugeridos por Gauthier (1999), realizados com cada subgrupo e finalizado coletivamente.

3.4.1. O Primeiro Momento: Formando o Grupo Pesquisador.

No primeiro momento, os copesquisadores foram convidados pela facilitadora (pesquisadora) a participar do estudo, a qual detalhou as etapas da atividade, a garantia do anonimato, e acordou os horários e as datas dos encontros. O local para a realização da oficina foi o auditório no mesmo andar da unidade (3º andar), facilitando o deslocamento do grupo durante o plantão.

Nesta oportunidade foram montados os grupos como preconizam Santos et al. (2005). Visando propiciar a participação e o aprofundamento das discussões produzidas individualmente e aquelas plurais, do grupo. Proporcionando a participação de todos, promovendo a escuta sensível em todas as etapas da produção de dados e valorizando as singularidades e as subjetividades múltiplas.

A formação dos grupos nomeados de subgrupos se deu de acordo com as possibilidades e as preferências de cada um dos convidados. Foram programados três encontros para cada grupo a fim de contemplar as etapas previstas nas pesquisas com o Grupo Pesquisador

3.4.2- O Segundo Momento: Encontro de Produção do Grupo Pesquisador.

A técnica de relaxamento, segundo Gauthier (1999), traz à tona o que está escondido nas entranhas da pele. Essa técnica parte do mesmo princípio da Yoga, do Tai-chi; mas, como afirmam Gauthier e Santos (1996), é mais do que uma técnica de iniciação à atividade. Neste exercício buscamos pelo vazio, com o risco de nos deparar talvez com o próprio caos. Utilizando a atenção voltada para o controle da respiração, focamos com a mente o corpo em relaxamento, até que este não nos seja mais consciente.

E nos desprendemos do consciente espaço-temporal, liberando do imaginário as mensagens registradas e armazenadas visceralmente. Através desta técnica desvencilhamo-nos das máscaras dos comportamentos sociais que cada vez mais aderem à nossa pele. Esta vida atribulada e até confusa que compartilhamos, assumindo vários plantões na busca da manutenção de um padrão financeiro de vida mais elevado, pode ser uma das causas do abismo no conhecimento e da impossibilidade de transitarmos nos cenários da academia com a mesma desenvoltura como fazemos nos cenários da prática.

Muitas vezes, não queremos estar em contato conosco, a nós, para não ter de refletir sobre as questões internalizadas. Não é fácil aproximarmos do consciente de “ser-no-mundo” e do seu “vir-a-ser” (CASTILHO, 2002). Segundo a mesma autora, o relaxamento tem o intuito de fazer essa relação acontecer. Na dinâmica do relaxamento pude observar que esta técnica possibilita o desprendimento das preocupações e ansiedades, necessárias e inevitáveis nas ações de cuidados na unidade cardiointensiva, proporcionando ao copesquisador uma tranquilidade, que possibilita um maior acesso e utilização da memória, do raciocínio e das sensações.

O espaço transversal ao cuidado na unidade cardiointensiva, proporcionado pela pesquisa, transformou-se em um lapso de tempo, como um suspiro entre a agitação dos atendimentos. Um encontro com o eu.

Construímos o quadro 1 (um) relacionando os participantes: tipo de dinâmica, data, hora e local do primeiro encontro de cada subgrupo. A fim de facilitar o entendimento sobre os mesmos.

Quadro nº. 1 - Programação e Execução da Produção com os Copesquisadores na Unidade Cardiointensiva; Primeiro encontro.

Subgrupo	Componentes	Data/ Horário de Duração	Dinâmica	Local de Realização
Primeiro	Enf. ^a Orquídea, Enf. ^a Girassol ¹ Enf. ^a Tulipa	Data: 04/06/2009 Início: 14h56min; Término: 16h15min; Duração: 01h19min.	-Relaxamento e relato de idéias. -Ordenação dos sentidos através de desenhos ou anotações	- Auditório do Setor da Unidade Cardio-intensiva
Segundo	Enf. ^a Lilás ¹ Enf. ^a Violeta Enf. ^a Branca	Data: 5/06/2009. Início: 15h18minh Término: 16h20min Duração: 01h02min.		
Terceiro	Enf. ^a Girassol ² Enf. ^a Rosa Enf. ^a Margarida	Data: 10/06/2009. Início: 14h50min; Término: 16h00min. Duração: 1h1min.		
Quarto	Enf. ^a Bromélia Enf. ^a Lírio ¹ Enf. ^a Copo-de Leite.	Data: 24/06/09. Início: 15h20min Término: 16h15min. Duração: 00h55min.		
Quinto	Enf. ^a Lírio ² Enf. ^a Lilás ²	Data: 23/07/09. Início: 15h20min: Término: 16h16min. Duração: 0h56min		

3.4.3. O Terceiro Momento: Ampliando a Produção com o Grupo Pesquisador.

A técnica utilizada foi a dramatização baseada no teatro de Boal e no psicodrama. Segundo Castilho (2002), trata-se de um instrumento que proporciona a movimentação de todo o grupo e pode ser realizado em uma simples sala do nosso ambiente de trabalho com os recursos mobiliários disponíveis

O psicodrama é composto, segundo a influência francesa de contexto, componentes, etapas, meios de aquecimento, dramatização ou ação, *feedback* e encerramento (CASTILHO, 2002). O contexto divide-se em social, grupal e dramático. O contexto social condiz com sua origem social, seu contexto cultural, suas vivências e valores. O contexto grupal se refere às características de cada grupo, no caso o grupo de enfermeiros que atuam na unidade cardiointensiva. Estes possuem seus costumes, suas regras de comportamento, suas regras de interação.

Entre os componentes do psicodrama existem, talvez inconscientemente, compromissos e posturas éticas entre si e em relação com o paciente, que são como leis a serem respeitadas. O contexto dramático é caracterizado pela própria cena. “Ali no mundo do ‘faz-de-conta’, tudo pode ocorrer com verdadeiro significado para o sujeito, sem contudo atingir a realidade...” (CASTILHO, 2002).

Durante a encenação, tudo pode ser feito, até a mudança de papéis; mudança de enfermeiro para paciente, de enfermeiro para médico. O psicodrama tem como sujeitos o protagonista, o coordenador e o ego auxiliar. O protagonista é a figura principal, porém, em nossa dramatização, todos estavam na posição de protagonistas na visão do facilitador, à medida que estivesse em interação, desempenhando cada um o seu papel no foco da investigação.

O coordenador atuou como facilitador, é aquele indivíduo que dirige o psicodrama. Ele não é simplesmente um diretor; é um componente ativo e participativo, é um facilitador da ação. No psicodrama, os egos auxiliares seriam membros da equipe terapêutica; mas em nossa dramatização, os egos auxiliares foram os próprios componentes do grupo pesquisador, enfermeiros que interagem no dia a dia da unidade.

O cenário foi o espaço físico e psicológico onde se desenvolveu a cena, uma experiência pessoal e grupal como se fosse um momento real, (CASTILHO, 2002). O cenário da concepção e de planejamento foi o mesmo local físico e temporal onde foi realizada a ação dramática.

O aquecimento inespecífico, necessário à produção do grupo, foi sendo desenvolvido nos encontros anteriores, assim como foram construídos os temas a serem encenados. O aquecimento específico foi o fortalecimento dos laços já existentes entre os componentes do mesmo plantão ao distribuírem os papéis e entrarem em cena logo em seguida, uma cena do seu dia a dia.

A dramatização, a ação em si, deixa o campo imaginário e assume o real palpável, podendo ser observável. “O grupo observa e é atingido em suas matrizes pessoais, analisa e identifica-se ao mesmo tempo”, (CASTILHO, 2002,p.108). O processo de empatia com o papel ocorre ao absorver o personagem e vivenciar seu envolvimento afetivo-emocional.

Desenvolvemos o quadro de número dois, relacionando os participantes, dinâmica, data, hora e local referentes ao segundo encontro.

Quadro nº. 2 - Programação e Execução da Produção com os Copesquisadores na Unidade Cardiointensiva; segundo encontro.

Subgrupo	Componentes	Data/Horário de Duração	Dinâmica Dramatização Tema	Local de Realização
Primeiro	Enf. ^a Orquídea, Enf. ^a Girassol ¹ Enf. ^a Tulipa	Data:10/07/2009 Início:15:30 min Término:16:20min Duração:00:50min.	-Dissecção venosa (verbalizado)	Auditório do Setor da Unidade Cardio- intensiva
Segundo	X	X	X	X
Terceiro	Enf. ^a Girassol ² Enf. ^a Rosa Enf. ^a Margarida	Data:13/07/09 Início:15h10min Término:16hs Duração:00h50min	-Punção venosa (não verbalizado)	Auditório do Setor da Unidade Cardio- intensiva
Quarto	Enf. ^a Bromélia Enf. ^a Copo- de Leite.	Data :27/0709 Início:15h:05min Término:16h:00min Duração:00h:55min	-Banho de Leite (verbalizado)	Auditório do Setor da Unidade Cardio- intensiva
Quinto	Enf. ^a Lilás ² Enf. ^a Branca	Data :31/08/09 Início: 15h:17min Término:16h:15min Duração:00h:58min	-Banho de Leite (verbalizado)	Auditório do Setor da Unidade Cardio- intensiva

Destacamos que não foi fácil realizar esse tipo de pesquisa devido aos empecilhos no cenário da prática. Dois componentes do segundo subgrupo foram impossibilitados de manterem a participação e então, o subgrupo foi desfeito, sendo que o participante excedente deste subgrupo foi deslocado para o quinto subgrupo. Com o quarto e quinto subgrupos, também nos deparamos com o impedimento de um participante, sendo realizadas as dinâmicas somente com dois elementos. Estes componentes impedidos, por motivos pessoais, não se encontravam de plantão no dia combinado para o encontro.

3.4.4. O Quarto Momento: Reclusão para Tratamento dos Dados.

O quarto momento foi de reclusão da facilitadora, que realizou a transcrição, leitura, releitura, classificação e organização dos dados para a validação da análise do grupo. Nesta fase, os dados produzidos permitiram apreender temas e subtemas

presentes nas estruturas dos pensamentos individuais e coletivos do grupo pesquisador.

3.4.5. O Quinto Momento: A Contra-análise dos Dados.

Promoção da Síntese Cultural, como citam Santos et al. (2005) é a integração entre os copesquisadores, reais produtores da verdade, e o facilitador no espaço onde ambos buscam desvelar este conhecimento. Neste terceiro encontro, ocorreu a apresentação da produção escrita e verbalizada de dados através da apresentação de quadros e gráfico e a projeção da filmagem produzida no transcurso da pesquisa junto ao grupo.

Compartilhamos o pensamento do grupo na produção dos cinco momentos, onde se destacaram idéias que a eles pareciam contrárias a princípio, e quando devolvidas ao grupo, esta voz singular formou com eles uma única voz temática, cuja polifonia resultou em conhecimento plural, coletivo, próprio aos participantes.

A utilização da filmagem permitiu a todos maior familiaridade com a produção. Através dessa modalidade foram identificados resultados familiarizados e estreitados sobre o cuidado. Essa etapa possibilitou não só discussão e questionamentos, como também o repensar da prática e as formas para torná-la mais singular, efetiva e menos mecânica.

Para melhor visualização para o leitor, apresentamos o quadro de número três, referente à programação e execução do terceiro encontro com os subgrupos. Nele destacamos os participantes, a dinâmica utilizada, a data, hora e local em que foram realizados.

Quadro nº. 3 - Programação e Execução da Produção com os Copesquisadores na Unidade Cardiointensiva: terceiro encontro.

Subgrupos	Componentes	Data/Horário/ Duração	Dinâmica	Local de Realização
Primeiro	Enf. ^a Girassol ¹ Enf. ^a Tulipa	Data: 02/09/09 Início: 15h:40min. Término: 10h:10min. Duração: 00h:30min.	- Apresentação da filmagem do terceiro subgrupo (Punção venosa)	Sala de Medicação
Terceiro	Enf. ^a Girassol ² Enf. ^a Rosa Enf. ^a Margarida	Data: 17/08/09 Início: 15h:18min. Término: 16h:05min. Duração: 00h:47min.	- Apresentação da filmagem do primeiro subgrupo. (Dissecção Venosa)	
Quarto	Enf. ^a Bromélia Enf. ^a Copo de Leite.	Data: 13/09/09 Início: 15h:40min. Término: 18h:20min. Duração: 00h:30min.	Apresentação da filmagem do quinto subgrupo. (Banho de Leite)	
Quinto	Enf. ^a Lírio ² Enf. ^a Branca	Data: 09/09/09 Início: 15h:50min. Término: 15h50min. Duração: 00h:30min	Apresentação da filmagem do quarto subgrupo	

3.4.6. O Sexto Momento do Grupo Pesquisador.

No sexto momento, a facilitadora analisou e interpretou os dados à luz dos referenciais que se aproximaram dos temas gerados na pesquisa.

Escolhida a forma de socialização do estudo com a divulgação no meio social/institucional dos copesquisadores e por meio de apresentação da dissertação na Academia, com o referente convite extensivo ao grupo/pesquisador.

3.4.7. Reações do Grupo Pesquisador.

Entre as cinquenta e quatro reações de grupo, caracterizadas por Castilho (2002) durante dinâmicas, observamos algumas presentes em nosso grupo Pesquisador, entre elas, a Homeostase. O grupo, como um sistema aberto, é passível de interações e influências, fato que pode ocorrer pela sua própria movimentação no projeto de seu próprio desenvolvimento. A tentativa

de manter equilíbrio na interação, ante as ansiedades e expectativas, é um mecanismo de defesa, procurando sempre manter uma postura única do grupo, mesmo em momentos de descontração.

A ressonância foi outra característica observada; surge quando o relato de uma situação vivenciada por um copesquisador atinge cada um dos componentes do grupo pesquisador de forma e intensidade própria. Levou-os a um mergulho em suas experiências vivenciadas em grupo, ou através da lembrança de um paciente ou de um atendimento. Observamos, através da descrição dessas vivências, as emoções: primeiro individuais, e depois grupais, pela reprodução de sentimentos confluentes.

O espelho, outra característica observada, demonstrou a diferença entre a imagem do grupo como excelência, imagem que o grupo tinha como idéia de si mesmo, e o que pensava ser e a imagem que foi projetada, a imagem real. Essa imagem real e coletiva construída por eles mesmos durante a dinâmica, produzindo a busca de um repensar de sua prática.

Pelo reflexo dessa imagem, o indivíduo copesquisador pôde perceber que muitos de seus próprios atos mecânicos não são somente privilégios seus, mas que tais atitudes são vivenciadas e compartilhadas por todos os copesquisadores. Desta forma, puderam-se expor abertamente os prós e contras da possibilidade de um atendimento com uma visão holística, dentro de um sistema capitalista de produção.

Na dinâmica de dramatização, observamos reações dos participantes, copesquisadores, de forma singular, referente ao personagem, ao papel desenvolvido e ao contexto do cuidado.

O protagonista que desenvolveu o papel de enfermeiro se apresentou em posição mais confortável na atuação, pois desempenhou o próprio papel. Porém, os demais que atuaram os papéis de paciente e médico ou auxiliar, assumindo uma representação diferente do seu papel tradicional, sentiram-se incomodados com suas reações.

Os copesquisadores que encenaram o papel de paciente se sentiram impotentes, estranhos, com certo medo pelo desconhecimento, pela falta de controle do que seria realizado com eles.

A copesquisadora que atuou como médica estranhou a sua não observação da comunicação não-verbal do paciente. Realizou o procedimento preocupado apenas com a técnica, que estava desenvolvendo para realizá-la da forma mais correta e rápida possível.

A copesquisadora que atuou como enfermeira auxiliar permaneceu em parte observando o atendimento e, quando necessário, apresentou expressões de apoio ao paciente. Todos reviveram nesse pequeno espaço o contexto, refletindo sobre a prática profissional coletiva do ponto de atuação de cada profissional e as particularidades no contexto do cuidado.

Os meios de comunicação na dramatização foram considerados como uma escolha importante de análise, pois através dela pode-se dar a compreensão dos comportamentos, exigindo que a observação fosse mais ampliada. Para explorar essa habilidade de perceber, sugerimos que fosse realizada a dramatização por meio da comunicação não verbalizada. Apenas um grupo aceitou o desafio de construir sua cena sob essa condição, o que constituiu ao final, em questionamentos sobre as informações que damos ao nosso paciente, ou seja, se a mensagem é realmente efetiva.

O *feedback* se deu na apresentação da filmagem dos grupos encenando o procedimento escolhido por eles. Após a projeção, cada participante apresentou inicialmente, uma análise de sua imagem corporal, depois do próprio ambiente que se transformou em um leito da unidade, e por último analisou suas emoções e vivências pessoais na situação projetada. Essa discussão grupal nos permitiu a análise sob vários ângulos, a partir de cada indivíduo, de cada ator e cada contexto do atendimento.

CAPÍTULO 4

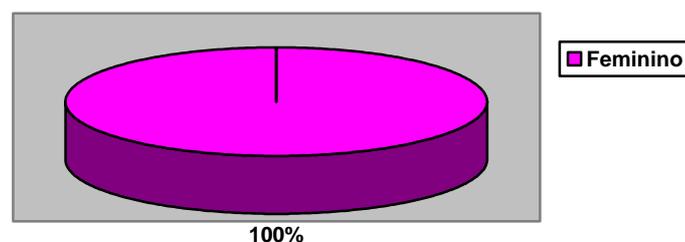
RESULTADO DA PESQUISA

4.1. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Este capítulo nos permite conhecer o perfil dos integrantes do Grupo Pesquisador, e como suas peculiaridades podem ou não interferir em suas concepções frente à comunicação não-verbal desse paciente e a uma unidade de terapias complexas.

Com base nas respostas do questionário de categorização, preenchido no primeiro encontro do grupo, construímos gráficos para facilitar a análise das respostas.

Gráfico nº. 3 Distribuição dos Enfermeiros da Unid. Cardiointensiva por Gênero.(N=14)



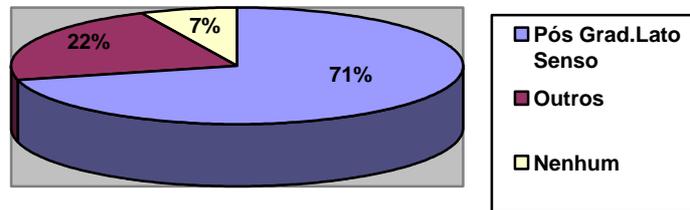
O observamos que o gênero feminino predominou entre os sujeitos da pesquisa, fato que corresponde à realidade da profissão enfermagem. E o que significa exercer uma profissão majoritariamente feminina, frente a uma relação entre gêneros imposta por uma sociedade ainda patriarcal de submissão, impotência, conformismo e incompetência, (LIMA, 2006).

Historicamente, a profissão enfermagem é predominantemente feminina, principalmente com a formalização do ensino da enfermagem e a exclusividade para moças. Inicialmente, o cuidar se encontrava relacionado com a maternidade, a educação, por uma falsa alegação de ser um atributo natural da mulher, (COLLIÈRE, 1989; WALDOW, 2007).

A dualidade que recai sobre a mulher, Maria–Eva, religiosidade/sensualidade, encontra-se representada no fator religioso do período em que o cuidado era desenvolvido por mulheres religiosas, virgens e viúvas e após, por pessoas de índole duvidosa, quando os religiosos foram expulsos dos hospitais e fechadas as instituições de ajuda, (COLLIÈRE, 1989).

A questão da dualidade da mulher enfermeira também parte dos conceitos e significados do corpo e do toque. Houve período em que o corpo era fonte de impureza e perdição, assim como era visto o toque. Com o advento do capitalismo, o corpo passa a ser valorizado como bem de produção e força de trabalho, e a cuidadora apresenta sua valorização apenas econômica, como fonte de lucro baseado na associação tempo/dinheiro. O desdobramento foi a transformação das enfermeiras em grandes administradoras de serviço, reduzindo os custos, e o toque foi substituído pelo maquinário tecnológico ou assumido pelos profissionais menos hierarquizados da enfermagem, (WALDOW, 2007).

Gráfico nº. 4 Titulação dos Enfermeiros da Unid. Cardiointensiva, (N=14).

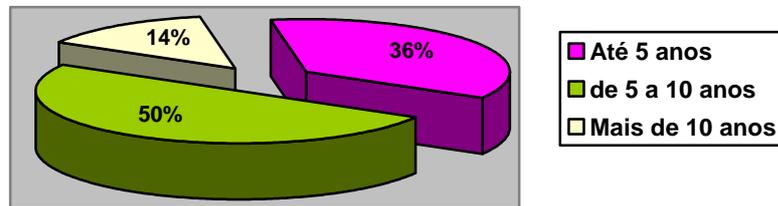


No gráfico nº.4, observamos que 71% desses enfermeiros desenvolveram ou concluíram um curso de especialização, enquanto 22% realizaram outros cursos. Esta realidade mostra a necessidade de o enfermeiro que atua nesta unidade, investir em sua atualização.

O curso *Lato Sensu* apresenta uma formação rápida, comparada a alguns cursos de residência e capacita o enfermeiro recém-formado a ingressar rapidamente no mercado de trabalho, visando suprir determinada área de atendimento.

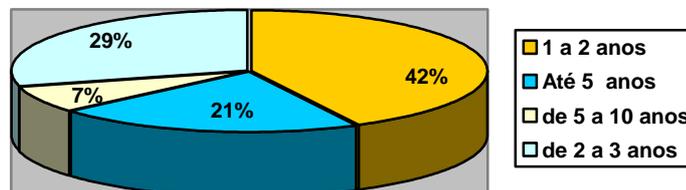
Segundo Morin (2008), a visão do especialista é uma visão focada somente no caso, no órgão, separado do restante do corpo. Assim, essa visão não consegue fazer a relação com o restante das partes desse mesmo corpo, ou do indivíduo com suas outras dimensões: social, espiritual, psicológica, familiar, etc. Tal fato pode ser à primeira vista, um empecilho para a identificação e valorização da CNV por esse enfermeiro.

Gráfico nº. 5 Tempo de Formação Profissional dos Enfermeiros,(N=14).



O gráfico nº. 5 mostra que 50% dos enfermeiros que atuam na unidade cardiointensiva possuem formação profissional de cinco a dez anos; e 14% com mais de dez anos. Observamos que se trata de uma população com experiência de atuação profissional garantindo provavelmente, um atendimento mais preciso e ágil. Este dado pode se apresentar como desfavorável a observação e a valorização da CNV do paciente pelo enfermeiro, se identificarmos o enfermeiro enquadrado em rotinas de atendimento mecanizado.

Gráfico nº. 6 Tempo de Atuação Profissional dos Enfermeiros da Unid. Cardiointensiva, (N=14).

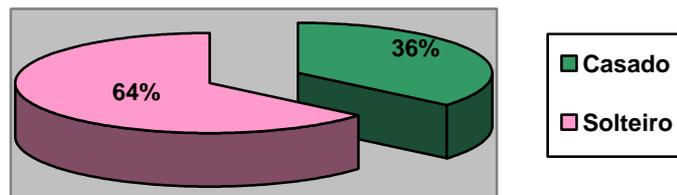


Analisando o gráfico nº. 6, observamos que 42% dos enfermeiros, sujeitos da pesquisa, atuam nesta unidade cardiointensiva em um período entre um e dois anos,

e 29% se encontram entre dois e três anos de atuação. Representam 21% os enfermeiros que possuem até cinco anos de atuação nesta unidade.

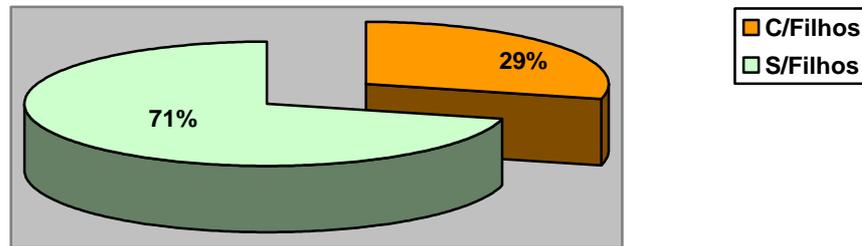
Observamos que a maior percentagem apresentada de enfermeiros possui entre um e três anos de atuação no setor. Este fato decorre da contratação, no hospital cenário, por meio de recentes concursos públicos. A maioria da população de sujeitos possui formação profissional de cinco a dez anos em unidade cardiointensiva, o que vem a facilitar o entrosamento devido ao conhecimento do contexto, dos protocolos e da clientela atendida na unidade.

Gráfico nº. 7 Distribuição dos Enfermeiros em Relação ao Estado Civil , (N=14).



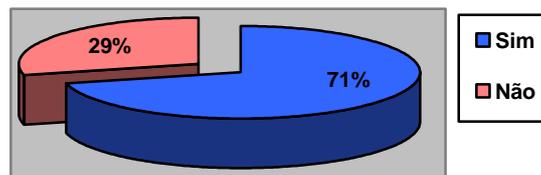
Os dados apresentados no gráfico nº. 7 mostram que a maioria (64%) dos enfermeiros ainda não constituiu família própria. Tal fato pode estar relacionado à existência de uma parcela de 36% de enfermeiros que apresentam até cinco anos de formação. Representando, por dedução, uma parte da parcela dos solteiros que, ao término da graduação, buscaram uma especialização como forma de inserção no mercado de trabalho, referindo a eles a faixa etária jovem e com uma vida atribulada na luta pela consolidação do próprio *status* profissional.

Gráfico nº. 8. Distribuição dos Enfermeiros da Unidade Cardiointensiva em Relação a Filhos,(N=14).



Ao analisar o gráfico nº. 8, deduzimos que a postura do enfermeiro atuante na unidade frente à CNV em nada se relaciona com a experiência de serem mães e necessitarem desenvolver a capacidade de entendimento da CNV com seus filhos, suposição apoiada na referência feita por Ackerman (1990) de que aprendemos a cada nova experiência. Acreditamos que tal capacidade tenha sido desenvolvida pelos enfermeiros frente à necessidade de entender e atender este cliente.

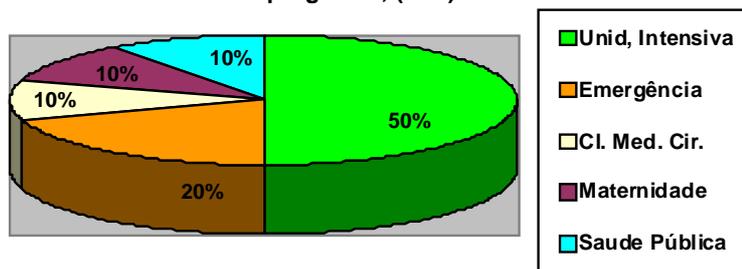
Gráfico nº. 9 Distribuição de Enfermeiros em Relação a Outro Vínculo Empregatício



Através do gráfico nº. 9, observamos que 71% dos enfermeiros apresentam outro vínculo empregatício. Tal fato remete à necessidade de se refletir acerca da valorização do trabalho de enfermagem pelos empregadores, sindicatos, conselhos e a própria sociedade. A necessidade de este profissional possuir mais de uma fonte

de renda, demanda o dobro da carga de trabalho para manter um padrão de vida condizente. Esta dupla vinculação poderia ser uma justificativa para assumir uma postura de falta de interesse com o setor e os pacientes, evitando gasto de energia física e psicológica quanto ao envolvimento com ambos.

Gráfico nº. 10. Distribuição dos Enfermeiros em Relação a Especialidade do Outro Vínculo Empregatício, (N=9).



A representação dos dados através do gráfico nº. 10 apresenta o perfil profissional dos 71% dos enfermeiros que possuem outro vínculo empregatício. O levantamento demonstra a especialidade na qual eles atuam, constatando-se que 50% exercem atividades em unidades intensivas. Destes participantes, 30% atuam em unidade intensiva adulta, 10% em unidade intensiva pediátrica e 10% em unidade cardiointensiva.

Os 20% do total dos enfermeiros atuam em unidades de emergência, 10% atuam em unidade de clínica médica e cirúrgica, 10% atuam em unidade de maternidade e os 10% restantes atuam em saúde pública.

Em todas as especialidades descritas, os enfermeiros necessitam de saberes característicos de cada especialização. Mesmo assim, estes possuem em comum a necessidade de um raciocínio rápido, embasado em um saber científico atualizado que proporcione capacidade de identificar com rapidez assertiva as alterações

clínicas no paciente e presentes no ambiente, além de sua correlação com outras áreas do conhecimento.

4.2. O Processo de Análise dos Dados.

Em seu estudo, Araújo (2000), na observância das manifestações cinésicas dos clientes em recepção pré-operatória pelos sentidos dos estudantes, traduziu as incertezas. O medo da morte, expostos pelos movimentos constantes dos olhos destes clientes sobre as pessoas e sobre o ambiente. Um olhar aflito angustiante, de muitas perguntas e poucas respostas, em que muitos se fechavam com medo de desvelarem sua ansiedade e suas inquietações. O ambiente como observado, influi muitas vezes negativamente sobre o indivíduo em situação de insegurança, o seu destino frente à patologia ou ao procedimento.

Os sons produzem uma ação direta sobre as emoções que se manifestam não verbalmente, mas através de paralinguagem. A busca por ouvir sons conhecidos, pessoais que trouxessem as lembranças suaves e positivas indispensáveis a conduzir a tranqüilidade, diante dos sons agressivos do ambiente, dos aparelhos, dos comentários, muitas vezes negativos, alguns passam a proteger os ouvidos com lençóis. Segundo Araújo (2000), estas corporalidades representam protetores emocionais, mecanismos de defesa e de selecionamento dos sons.

Sons que geram ansiedade e medo de perder o sentido e o fio de ligação com a realidade, o mundo. Ouvidos que manifestam necessidades de reduzir efeitos incomodativos do ambiente. Necessidade de autoproteção, quando buscam sons agradáveis. Necessidade de apoio, vínculo e amparo. Necessidade de segurança calorosa, pessoalidade. Mas sons de sorrisos, provocados pela esperança e confiança do (re)conhecimento de uma essência individual, que possa compartilhar angústias e receios. (ARAÚJO, 2000, p. 155)

Os estudos de Araújo nos possibilitam a compreensão do imaginário do dos sujeitos da pesquisa, e através desta experiência do perceber que se cristaliza em nossas ações na busca pela percepção do subjetivo. “Cheiramos o tempo todo, sempre que respiramos... ao respirar, percebemos os odores e somos percebidos através dele” (ARAÚJO, 2000, p.157). Os odores nos trazem lembranças e indiretamente nos traduzem o perfil psicológico.

O medo de estar só, inseguro, produz respirações ofegantes e o odor. Também indicação de necessidades a serem sanadas, o odor de sujo, o estar sujo, e outros odores que são associados a distúrbios orgânicos e a infecções. O odor característico do ambiente se mistura ao estado emocional situacional do desconhecido, representado pelas respirações que oscilam ofegantes e curtas.

Araújo (2000) traz à tona as sensações dos cinco sentidos associados à emoção, ao afeto, simbolizado na figura do coração. Essa associação transforma o sentir em reflexão e o compreender o outro em redimensionamento do redimensionamento do cuidado, considerando os aspectos subjetivos presentes e evidentes de relevância holística. Ao nos permitir enfermeiros, usarmos nossas emoções e sentidos no ato de cuidar, libertando-nos para uma relação integral, verdadeira, e estética. Mais próxima da realidade vivenciada pelo paciente. Esta atitude torna nossa percepção mais capaz do que estamos mecanicamente acostumados a ter. Temos a possibilidade de captar as implicações do ambiente como gerador de conflitos, prazeres, sentimentos e necessidades do paciente identificadas através dos nossos sentidos.

A técnica das Vivências dos Sentidos Sócio-comunicantes proporcionou a reflexão sobre o problema e a produção de um saber individual ou coletivo. Identificou a construção imaginária do cliente em relação às suas necessidades e

desejos e fornece a enfermagem que o assiste, uma visão mais ampla do ser, (SAES; ARAÚJO, 2004). A partir da evocação dos sentidos e da oportunidade de se deixar sentir, traz à consciência o reconhecimento do próprio estado ou condição de estar e de ser.

Este método, de abordagem qualitativa, favorece a criação democratizada e permite descobrir significações múltiplas e até mesmo opostas do objeto que está sendo pesquisado, (ARAÚJO, 2000). A utilização da dinâmica do relaxamento, seguida da opção das mais variadas técnicas de grupo, aproxima os sentidos corporais dos sentimentos em relação ao tema a ser discutido. A técnica do jogo da sorte desenvolvida por Araújo (2000) e utilizada por Coelho e Araújo (2008), e a de lugares geométricos (DUQUE; ARAÚJO, 2005), são exemplos de técnicas que promovem à possibilidade de emergir a subjetividade do sujeito da pesquisa, a partir de um referencial simbólico ligado as memórias sensitivas.

A utilização deste caminho na produção de dados obteve resultados semelhantes neste estudo e se a facilidade ocorreu à primeira vista na análise dos dados, deveu-se a capacidade pela qual a dinâmica promove a interação dos membros e a fluidez na produção e habilidade da facilitadora ao conduzi-las. Desta forma, os objetivos propostos pelo estudo foram respondidos pelos sujeitos.

A primeira dinâmica foi direcionada ao primeiro objetivo a partir do qual o enfermeiro relatou os procedimentos que o permitiram observar a CNV.

O segundo objetivo se refere ao sentido corporal do enfermeiro na percepção da CNV do paciente, porém, para identificar os pormenores desta relação e da percepção utilizamos o que poderíamos denominar “método de análise desconstrutiva e construtiva”. Apóia-se na fragmentação das percepções e sentidos dos sujeitos a partir de suas falas, e na reintegração consciente dos mesmos

sentimentos e sentidos agrupados em significações analisadas no contexto da interação do cuidado.

Assim, ao identificar o sujeito, suas atitudes na relação com o paciente (re) construímos coletivamente toda a sua complexidade de perceber e sentir o outro, a partir primeiramente da compreensão de si mesmo.

A fim de proceder à análise e a interpretação do conteúdo dos dados obtidos na transcrição das falas dos sujeitos, iniciamos um mergulho, em ler e reler os dados e que segundo Gauthier, (1999), é trilhar por caminhos de amor. Buscando as escolhas subjetivas e intuitivas que emergem do contato imaginário do grupo pesquisador. E, a partir da nossa impregnação pelos dados, estes foram fragmentados, recortados e associados entre si, emergindo em categorias ou classes que provinham da própria fala dos sujeitos.

O quadro nº. 4 nos permite responder ao primeiro objetivo, ao identificarmos os procedimentos de enfermagem citados pelos enfermeiros e as falas referentes. Em seguida, apresentamos as reações do paciente em cada fala, (coluna reação do paciente), as manifestações da CNV referente a estas reações dos pacientes expressas pelo enfermeiro, (coluna identificação da CNV).

Também puderam ser identificados os sentimentos dessas expressões (coluna unidade de significação da reação do paciente) e a intervenção do enfermeiro no processo, (expressão do cuidado). A identificação dos objetivos da intervenção do enfermeiro possibilitou o seu agrupamento na coluna intitulada: unidade da expressão do cuidado.

O quadro nº. 5 apresenta a análise sobre a unidade de significação à reação do paciente, o sentimento que expressa a sua reação e a possível causa.

As enunciações referentes à segunda dinâmica foram associadas aos sentidos. Destacamos a característica de cada sentido de acordo com o significado das falas e os grupos assumiram categoria de classes. Podemos citar como exemplo, a análise das falas que fazem referência ao sentido visão do qual se construiu a “unidade do sujeito” no quadro nº. 6. A manifestação observada construiu a “unidade de expressão da CNV”, a amplitude da visão utilizada assumiu a “unidade de representação comportamental do enfermeiro”. E finalizando, chegou-se ao objetivo deste olhar que construiu “a unidade analítica diagnóstica”. Desta forma, foram trabalhados todos os sentidos.

No terceiro objetivo, o de discutir como a comunicação não-verbal subsidia um cuidado de enfermagem singular, utilizamos as enunciações resultantes da terceira dinâmica (dramatização). Buscamos desta vez, nas falas dos sujeitos pistas a serem dadas pelo paciente de forma não-verbal. Em segundo, identificamos o tipo de fundamento o qual o enfermeiro deveria aderir para reconhecer a pista dada pelo paciente como verdadeira. E qual a atitude dos que as valorizaram. Desta forma, construímos o quadro nº. 7.

O quadro nº. 8 foi construído devido à constância do tema “repensar a prática”, observada nas falas da análise coletiva das dramatizações. Fragmentos dessas enunciações produziram pistas de expressões da CNV, que subsidiaram o repensar a prática e os estranhamentos que levaram a esse repensar.

A análise grupal relacionou a CNV no contexto do cuidado como resultado de uma onda sobre os oceanos, que revolve o fundo trazendo à tona restos de conchas, algas, ossos enterrados há muito tempo nos corações. Ao buscarmos ver através dos sentidos dos sujeitos as reações dos pacientes ao longo da nossa prática assistencial, também abrimos um baú repleto de sentimentos.

Muitas dessas observações há muito tempo guardadas e não compartilhadas em espaços institucionais coletivos ganharam relevo na paisagem do cuidado. A observação deste fato somente foi possível através deste espaço amigável, libertador e respeitador das opiniões construído pelos próprios sujeitos e promovido através da pesquisa.

Através deste “caminho de análise”, desconstruímos o sujeito, resultante de uma reflexão dinâmica, com a análise das unidades fragmentadas subtraídas de sua fala. Reconstruímos uma análise pontual das relações dos sujeitos ao repensar sobre essas unidades durante a interação com o paciente no contexto da cardiointensiva.

De forma, tal interação pode ser sistematizada dentro dos dados obtidos para construir a apresentação em quadros e gráficos.

4.3. Análise dos Dados.

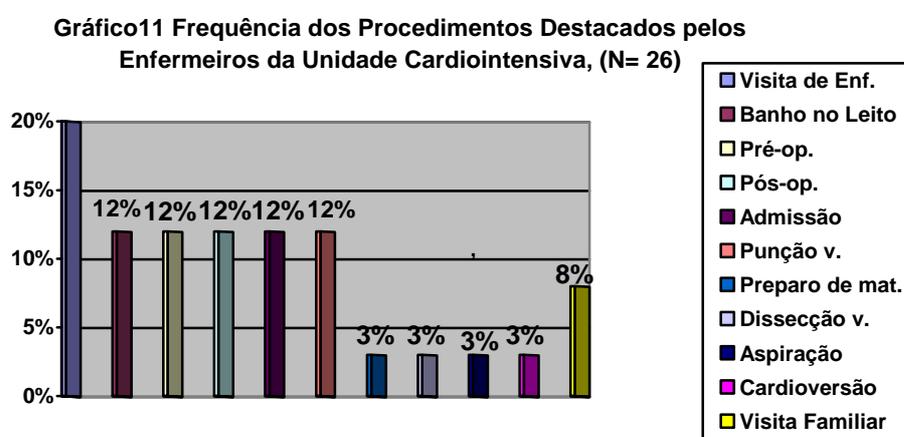
Neste capítulo apresentamos a análise da produção gravada e transcrita do grupo pesquisador. Apontamos a relação da comunicação verbal e não-verbal do cliente à luz das vivências práticas e diárias da equipe de enfermeiros em unidade cardiointensiva alicerçada no referencial teórico.

Apresentamos a seguir, a análise do quadro nº. 4, construído a partir dos dados produzidos na primeira dinâmica. Neste, nos propomos a responder ao primeiro objetivo descrevendo as diferentes manifestações não-verbalizadas dos clientes através da vivência da prática assistencial do enfermeiro. Através da observação do enfermeiro durante os procedimentos assistenciais, identificou-se as reações do cliente e as manifestações da CNV (cinesias, corporalidades, proxemias, tacesias e paralinguagem) as quais foram traduzidas em sentimentos. Esses sentimentos foram identificados pelos copesquisadores como: medo, insegurança,

ansiedade, desconforto e saudade, entre outros. Na valorização desta tradução da subjetividade do cliente, esse profissional intervém com o objetivo de manter ou produzir o equilíbrio psico-fisiológico de seu cliente.

Entende-se por corporalidades os movimentos do corpo, expressões faciais e corporais (cinesias ou postura física e gestos) que se apresentam como manifestações de proteção contra o ambiente hostil (ARAÚJO, 2000).

A partir do quadro nº. 4 construímos o gráfico nº. 11, a seguir:



O total de procedimentos referidos pelas enfermeiras, nos quais foram observadas manifestações da CNV, foram em número de 26. Destacou-se em frequência, e em riqueza de detalhes na interação, a “visita” de enfermagem, (20%). Entendemos como visita de enfermagem neste contexto, toda ou qualquer aproximação ao paciente ou ao leito, compreendida como proxemia, posição entre os corpos na interação. A observação através de um olhar sensível, quando direcionado para o leito ou apenas de passagem por ele, avalia o estado do paciente.

Acreditamos que a interação com o envolvimento permite a utilização nesse momento de um olhar mais pontual, mais aguçado sobre o paciente e suas manifestações, podendo ser uma forma a complementar a etapa de inspeção na

avaliação contínua do paciente, seja na intervenção ou orientação de enfermagem pelas necessidades levantadas. O cuidado singular demarca a qualidade da interação já esperada no comportamento do profissional de enfermagem durante a visita.

Entre outros procedimentos citados, podemos observar ainda no gráfico nº.11, que os procedimentos de banho no leito (12%), pré-operatório (12%), pós-operatório (12%), admissão (12%), punção venosa (12%), apresentaram entre si o mesmo número de observações. Isto também nos leva a concluir que, durante esses procedimentos o enfermeiro apresenta seus sentidos vigilantes à comunicação não-verbal do paciente.

Ressalta-se a igualdade numérica dos procedimentos de pré-operatório e pós-operatório cardíaco, o que demonstra a mesma valorização dos cuidados e das intervenções nestes dois momentos, destacando-as como de igual importância para a enfermeira. Isto significa que a atenção voltada para o paciente que se encontra em pré-operatório cardíaco é a mesma despendida para o paciente que retorna em pós-operatório. Tais dados mostram a preocupação da enfermeira com as condições físicas e psicológicas do paciente encaminhado para o centro cirúrgico, assim como a labilidade do mesmo quando retorna.

O enfermeiro entende que a maioria de seus procedimentos é invasivo e observa as manifestações da comunicação não-verbal do paciente durante a punção venosa. Preocupa-se não somente com a técnica, mas também em realizar um procedimento que seja o menos doloroso possível.

Os demais procedimentos citados foram: visita familiar (8%), preparo de material (3%), dissecação venosa (3%), aspiração (3%), cardioversão (3%). Estes receberam menor número citações e são apresentadas como situações que

chamaram a sua atenção para as manifestações tacéias, cinésicas e para-linguagem.

(...) Agarrou a minha mão.

(...) desconforto principalmente na aspiração do paciente de traqueostomia...

(...) Passei perto do leito dela, ela estava chorando muito (...).

Estas falas demonstram que a enfermeira se encontrava absorta na realização do procedimento, e muitas vezes não se apercebe e não dirige sua interação às manifestações não-verbais.

O banho no leito é valorizado pela oportunidade de observar e avaliar as condições físicas e psicológicas do paciente. Além de ser um momento de aproximação e interação.

A admissão do paciente na unidade se processa de forma generalizada e mecânica, inclusive pelo estado clínico deste. A atuação de dois ou três enfermeiros e técnicos garantem o acoplamento da monitorização e a realização dos primeiros sinais vitais, como a troca de suas vestes pela hospitalar, a coleta de sangue ou outro exame necessário.

Neste momento, as ações efetivas desta equipe não permitem transparecer a atenção focada dos sentidos do enfermeiro sobre as manifestações não - verbais do paciente. Esta se dá pela necessidade de conhecimento e pós-reconhecimento de suas necessidades; a formação de um banco de dados sensoriais do enfermeiro dessas manifestações não - verbais deste sujeito.

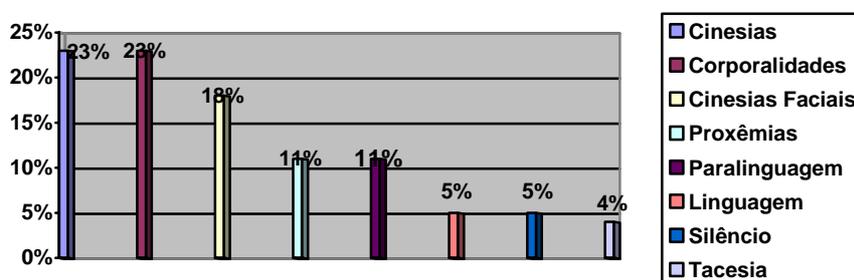
Devemos atentar para a referência da citação ao procedimento banho no leito, quando o paciente apresenta uma manifestação corporal rígida, sem movimentos e serra as mãos. Corroborando com tal consideração, Knapp e Hall (1999) identificam tal comportamento como adaptador, pois estão relacionados

geralmente a sentimentos negativos, a si próprios ou a outras pessoas. À medida que o desconforto psicológico e a ansiedade aumentam, os comportamentos adaptadores chegam a um nível demasiadamente alto, levando ao congelamento, quando a pessoa não apresenta mais qualquer movimento.

Observando o quadro nº. 4, na segunda coluna relativa à “reação do paciente”, o significado dessas reações, em sua maioria, já se apresenta contemplado e traduzido nas falas dos sujeitos. Identificamos que estas, ora são traduzidas por sentimentos, ora por gestualidades ou descrições faciais. Esta atitude é justificada por Knapp e Hall (1999) quando referem ser a expressão facial a base para julgamentos mais fidedignos sobre as emoções. Essa fidelidade aumenta à medida que nos familiarizamos com a face do outro facilitando a identificação correta da emoção. Mais verdadeiras elas serão quanto conhecermos o contexto onde ocorrem essas expressões.

Pela análise da terceira coluna relativa à “identificação da comunicação não - verbal”, obtivemos 87 manifestações.

Gráfico nº. 12. Frequência de Expressões da CNV Observadas por Enfermeiros na Unidade Cardiointensiva (N=87).



Identificamos que a percepção do enfermeiro se encontra mais dirigida para as cinesias (23%) e corporalidades (23%) e, como grande instrumento para a decodificação da comunicação não - verbal, a observação das cinesias faciais

(18%). Knapp e Hall, (1999) reforçam que as cinesias faciais, aliadas ao cotidiano do contexto se apresentam como a decodificação mais próxima da verdade velada pelo paciente. Waldow (2004) corrobora com este ponto ao referenciar o desnudamento das expressões do rosto do indivíduo doente frente a este processo. O indivíduo se desliga não do ornamento cultural, como cita a autora, mas da máscara plástica imposta pela sociedade.

E através desse olhar do indivíduo doente se transmite uma gama de significados que somente aquele que cuida, preocupa-se, como refere Boff (1999) e se envolve é capaz de traduzi-lo. “O verdadeiro “abecê” de uma enfermeira é ser capaz de ler na fisionomia do paciente cada mudança que se opera sem lhe causar o esforço de dizer o que é que está sentindo” (NIGHTINGALE, 1989, p.161).

Não devemos deixar de destacar as proxêmias (11%) apresentadas pelos pacientes, às aproximações dos enfermeiros para um espaço íntimo e a busca de dividir as suas ansiedades, inseguranças e aproximação com o ambiente da unidade e sua realidade. A importância dada à percepção da paralinguagem (11%) pelas enfermeiras demonstra a sua preocupação em entender o paciente entubado, traqueostomizado ou laringectomizado.

Essa tentativa em traduzir e satisfazer as necessidades dos pacientes nas suas diversas dimensões. A linguagem (5%) traduzindo além das palavras, implica o tom de voz, a coerência, o ritmo no qual se fala, o que possibilita várias interpretações do estado emocional do paciente. O silêncio delata a incapacidade de a linguagem resguardar os sentimentos. E em menor percentual se encontram as expressões tacésias (5%), as quais são apontadas pelos sujeitos.

Ao analisarmos as relações entre as frequências percentuais da linguagem e do silêncio, identificamos que possuem a mesma quantificação. O que nos faz

corroborar com autores que ressaltam que somente 7% dos pensamentos são representados por palavras, 38% pela paralinguagem e 55% pelos sinais corporais (SILVA, 2007).

Na quarta coluna, no mesmo quadro nº. 4, relativo à “Unidade de significação da reação do paciente” observamos a repetição de algumas unidades: a insegurança (21), o medo (17), a ansiedade (11), o desconhecimento (10) o abandono (6) e a saudade (4). Busca de apoio; dor; opressão do Sistema Hospitalar e desconforto apresentaram três (3) citações. Submissão; relação de *status*; desconfiança; solidão; aceitação e tristeza permaneceram com duas (2) citações. Enquanto, pânico; angústia; mal estar; auto-estima; vergonha; esperança; raiva; recusa; amizade; falta de fé; descaso; isolamento e cronicidade apresentaram apenas uma citação.

Percebemos através destes dados, que o paciente internado nesta unidade se apresenta em estado de constante estresse e alerta. Esse estado produz uma dificuldade em manter a estabilidade clínica deste paciente, o estresse pode desencadear distúrbios orgânicos e causar uma piora do quadro clínico. O estresse também dificulta a capacidade de entendimento porque produz uma seletividade no ouvir.

Observando a relação entre a coluna quatro e a coluna cinco, o número total de enunciações das enfermeiras (32) e o número total de expressões de cuidado singular (81%) nos reportam a uma pequena diferença (18%). Identificamos um número muito próximo de respostas às expressões do paciente, expressões de cuidado, que foram direcionadas pela comunicação não-verbal observada, gerando uma atenção individualizada e bem longe das rotinas ditas generalistas.

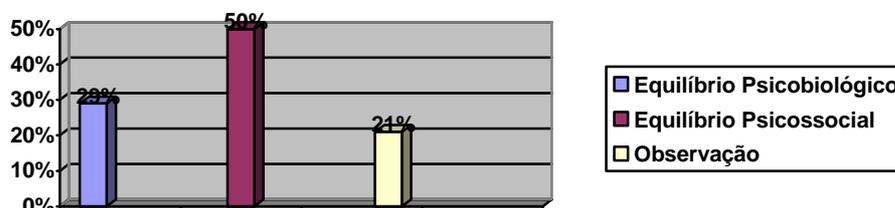
Os 18% de enunciações não atendidas se referem a situações como o medo da morte (pré-operatório); a incapacidade frente ao abandono familiar. Olhos fechados diante da invasão de privacidade ou o “ficar quietinhos”, quando as rotinas do sistema hospitalar não disponibilizam espaços dialógicos, gerando opressão.

Podemos considerar essas atitudes como necessidades psicoespirituais, pela carência, neste momento, de uma ligação com o criador e a garantia de um porvir a este estado de doença. Por sua vez, o enfermeiro frente a estas questões se apresenta perplexo, e sem atitudes. O nosso significado de espiritualidade é o mesmo que associamos ao paciente?

Até onde nosso medo da morte e da perda de nossos entes queridos pode estar associado ao paciente e a sua família durante o cuidado. O quanto distante desse nosso significado de espiritualidades nos encontramos quando cuidamos do corpo em estado veemente de morte ou após ela. Como nos mantemos afastados quando orientamos os familiares para os tramites após o óbito.

A sétima coluna, relativa à “Unidade de significação da expressão do cuidado”, apresenta como resposta do enfermeiro a manutenção do equilíbrio do paciente ao traduzir a CNV (comunicação não-verbal). Utilizamos a denominação de necessidades definida por João Mohana. Adequadas para designar a unidade de significação da expressão do cuidado como objetivo da enfermeira, em suprir essas necessidades. Essa denominação é composta de necessidades de dimensão psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual. O mesmo autor, João Mohana, refere que as primeiras dimensões ou níveis, dizem respeito a todos os seres vivos, sendo o nível psicoespiritual uma característica única do homem (HORTA, 1979).

Gráfico nº. 13. Frequência da Expressão do Cuidado do Enfermeiro para o Paciente em Unidade Cardiointensiva, (N=38)



Identificamos que o enfermeiro atua imediatamente na tentativa de manutenção do equilíbrio psicossocial (50%) e da manutenção do equilíbrio psicobiológico (29%). Observamos que, ao manter o equilíbrio psicossocial do paciente, o enfermeiro evita um desequilíbrio psicobiológico causado pelo primeiro. Procurando, assim, conservar ou restabelecer um estado de estabilidade do quadro clínico do paciente. Em 21% das unidades de expressão do cuidado, o enfermeiro deixa transparecer a preocupação com o paciente, porém permanece em estado de observação acerca dos sentimentos deste, deixando de desenvolver, na totalidade, atitudes que respondam às expectativas por eles apresentadas.

Analisando estas expressões, identificamos que são situações onde se traduzem em medo da morte e o medo da morte gerada pela dor. O abandono da família e a admissão. Situações que nos remete a um estado de impotência do enfermeiro diante da morte, frequente pela própria gravidade dos pacientes internados e inevitável diante da vida. Outra situação de impotência ocorre frente às rotinas do sistema hospitalar, que muitas vezes, se traduzem em agressões ao cidadão que se interna, preso e isolado. Observamos que tais necessidades ultrapassam o nível psicossocial, assumindo caráter psicoespiritual.

A tentativa de transmitir confiança (11), apoio (7) e segurança (6) se encontram muito presentes nas ações do enfermeiro para a manutenção do estado de equilíbrio do paciente.

No quadro nº. 4 discorremos como na prática, pontuando que o enfermeiro observa, identifica e analisa a CNV, traduz cognitivamente a reação do paciente em sentimentos e a expressa no cuidado, suprindo-as. Esse atendimento se apresenta como uma reação a um estímulo, um *feedback* para a sustentação da interação objetivando resgatar ou manter estável o quadro clínico deste paciente.

O enfermeiro, ao obter o conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos, apresentar-se-á mais apto a entender as atitudes e os comportamentos da clientela e assim realizar um cuidado mais “significativo”, (WALDOW, 2004). Particularmente, um cuidado mais pontual e singular.

Na análise da *unidade de significação da reação do paciente*, no estudo do quadro nº. 4 pudemos construir um novo quadro (quadro nº.5) com unidades mais complexas sobre os seus sentimentos que estes apresentam quando internados na unidade cardiointensiva.

Analisando o quadro nº.5 observamos que existem nove *unidades relacionais* referentes à *unidade de significado* Medo, resultando em um total de vinte e três citações. Apresentam-se dez citações à *unidade relacional* com referência à insegurança e ansiedade, associadas ao desconhecimento. Esta questão nos remete a necessidade de investirmos esforços na informação do paciente e sua família.

Informações sobre a doença cardíaca, a condição física do paciente, a condição reabilitadora da terapêutica, a terapêutica escolhida, assim como, a sua qualidade de vida após o tratamento adotado. Também atentamos para

empreendermos maior vigor na difusão e conscientização dos usuários e funcionários, não só da unidade, como de todo o hospital, inicialmente, para a prevenção e tratamento das doenças cardíacas, levando-se em consideração a sua capacidade de entendimento. Como vimos no quadro nº.4, o enfermeiro, ao atender às solicitações da CNV para a manutenção do equilíbrio do paciente, investe em atitudes de confiança, segurança e apoio.

Retornando à análise do quadro nº.5, observamos seis citações relacionadas ao medo, insegurança, ansiedade, dor /desconforto, o que nos demonstra a conformidade com o simbolismo da doença cardíaca, e sua associação com o estado de morte. Pudemos estabelecer uma relação desse medo com a sua piora clínica pela proximidade imaginária com o fim.

Essa condição de medo se agrava na presença ou retorno da dor, ou do medo do retorno da mesma. Essa conclusão se encontra referenciada na enunciação ao não cumprimento do repouso absoluto, quando o paciente não apresenta precordialgia e passa a realizar seu autocuidado. Associa a supressão da dor a sua melhora ou a sua cura, porém de forma precipitada e equivocada, e nega o sintoma quando ocorre o retorno desta.

Outras duas citações referenciam o medo, a insegurança, a falta de apoio, associado ao não comparecimento dos familiares para visitá-lo. Esta ausência acarreta a sensação de abandono familiar, perda de prestígio, ocupação de seu lugar social, perda de sua posição de valor ou da autoridade familiar.

Identificamos apenas uma citação que associa o medo a um sentimento positivo, promovendo mudanças de comportamento como reação frente à doença. Essa reação, já citada anteriormente, à primeira vista, é considerada rebeldia às

orientações clínicas de repouso absoluto. Porém, ao tomar para si o seu autocuidado aumenta a sua independência e a sua auto-estima.

Esta atitude deve ser avaliada pelo enfermeiro com cautela e carinho devido à condição de estabilidade do paciente cardíaco ser uma linha tênue e frágil. As ações de encorajamento e participação consciente no seu autocuidado devem promover situações desejadas de recuperação.

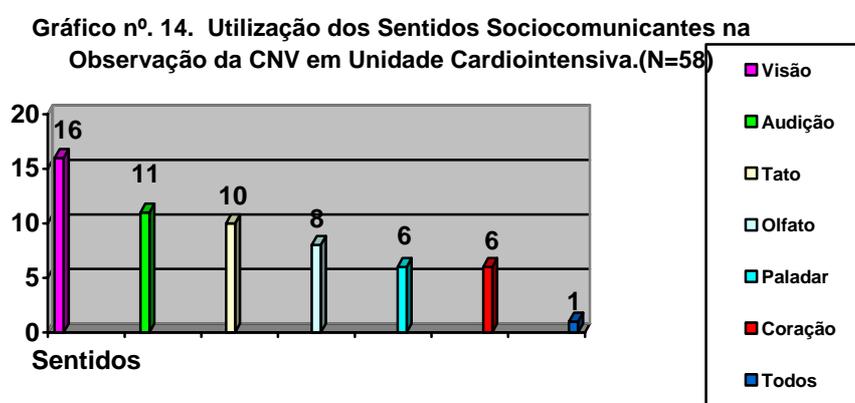
Identificamos duas *unidades relacionais* de segundo nível que nos chama a atenção por suas particularidades. A opressão do sistema hospitalar/perda da identidade, associado ao “pudor e vergonha”. E a relação de *status*/opressão do sistema hospitalar ligada à submissão e abandono. As duas unidades pudor/vergonha e abandono são sentimentos abafados pela relação de status representado pela figura do profissional e através de regras rígidas e generalistas, alicerçadas na opressão do sistema hospitalar.

Está materializada na postura dos profissionais na condição de saber /poder. Ao assumir essa postura, o profissional perde a capacidade de avaliar a necessidade do paciente. Este, que ainda guarda resquício de sua identidade ao solicitar um profissional de mesmo gênero para lhe atender em situações que venham a expor suas partes íntimas, ou na solicitação da colocação de um simples biombo ou no fechamento de uma cortina.

Referente às *unidades relacionais*, submissão e o abandono, consideraram esta a posição do paciente frente às posturas e normas da instituição que “não podem ser quebradas”. Será que não valeria à pena abrir exceções? Desorganizaria a estrutura hospitalar? Essas mudanças fazem alguma referência ao aumento de nossa carga de trabalho? Muitos desses questionamentos surgiram ao longo de nossa pesquisa, um dos temas que não havia se categorizado como

objetivo surge como necessidade do grupo, o discutir e o repensar sua prática. É o que veremos em nossa caminhada na análise dos dados.

Construímos o gráfico nº.14, com dados da segunda dinâmica e respondendo ao segundo objetivo proposto: identificar com quais sentidos corporais o enfermeiro percebe as manifestações da comunicação não-verbal do cliente na unidade cardiointensiva.



Ao analisarmos este gráfico, concluímos que os enfermeiros em Unidade Cardiointensiva utilizam mais o sentido visão na observação da CNV (comunicação não-verbal) e em segundo momento proporcionalmente os sentidos audição, tato e olfato. Os sentidos paladar e coração possuíram iguais percentagens. Estes últimos se apresentam como anteparo das relações com a clientela. Ilustrados pelos seguintes relatos:

Se tivesse como, faria a ligação com todos os outros sentidos, porque a todo o momento a gente está utilizando o coração. Tudo que a gente faz é com o coração. (Enfermeira Lilás ²)

Aqui fala o sentido das palavras dos pacientes, palavras doces, que vem para gente e palavras amargas, que às vezes fazem a gente ficar com o coração um pouco mais frio. (Enfermeira Lilás ¹).

Araújo (p.190, 2000) destaca que a socialização acontece em vários sentidos e dimensões; “O paladar como sentido social permite localizar a boca igualmente fora da região habitualmente aceita pela anatomia corporal”. E identifica o uso constante do sentimento em todas as atitudes: “O jeito que sinto influencia o meu olhar, e diretamente manifesta-se no relacionamento” (ARAÚJO, 2000, p.179).

Os dados produzidos na segunda dinâmica proporcionaram a construção do quadro nº. 6, ao subtrair das enunciações dos 14 sujeitos, os sentidos corporais correlatos à expressão da comunicação não-verbal do paciente e os seus significados. Organizamos a representação comportamental dos sentidos do enfermeiro frente à CNV e interligamo-la à análise diagnóstica. Esta análise diagnóstica se apresenta dividida em dimensões biológica funcional/ profissional como referem Knapp e Hall (1999) e psicossocial e psico-espiritual definidas por João Mohana (HORTA, 1979).

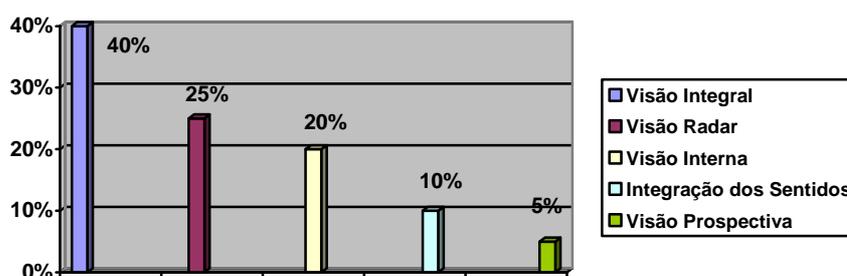
No quadro nº.6, construído com o olhar desvelador da subjetividade dos sujeitos, pudemos analisar não só as expressões do enfermeiro como também aquelas percebidas por eles, relativas ao paciente por ele cuidado. A comunicação não - verbal, como toda comunicação é uma via de mão dupla, uma integração e uma inter-relação, gerando efeitos em cada um dos atores, e ainda que não conclusiva, aponta-nos pistas importantes da dimensão subjetiva durante o cuidado de enfermagem à clientela internada na unidade cardiointensiva.

A visão aparece como o principal sentido na fala dos sujeitos, utilizado pelos enfermeiros na identificação das manifestações da CNV do paciente, somando-se dezesseis citações referentes a este sentido, correspondendo a 28% do total 57 citações. O sentido audição 18% (10), sentido tato também 18% (10). O sentido

olfato corresponde a 14% (8), o paladar com 10% (6) e o sentido coração também 10% (6) das citações.

Destacamos que na análise da coluna “unidade de representação comportamental do enfermeiro” aparece em vinte representações à visão do enfermeiro, isto equivale a 21% do total das representações. A visão, como os demais sentidos, apresenta figurações, papéis ou como citamos representações analíticas de forma a objetivar seu propósito, como observamos no gráfico nº.15.

Gráfico nº. 15.Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativo ao Sentido Visão. (N=20).



Como podemos analisar no gráfico acima, a visão integral se apresenta em oito (40%) das unidades e encontra-se direcionada na busca de sinais e pistas para o embasamento diagnóstico funcional/profissional e psicossocial do indivíduo como um todo. A visão integral se traduz como uma visão geral, como exemplo, cita-se a fala da Enf.^a Tulipa: “Expressão de dor, medo, angústia, desespero”.

A “visão interna” orientada para o diagnóstico psicossocial é a visualização para dentro do paciente, para os seus sentimentos e está representada em 20%, o que pode ser exemplificado pela fala da Enf.^a Girassol¹; “Ansiedade, medo, dor”.

A “visão radar”, já identificada por Araújo (2000), foi citada cinco (5) vezes e se apresenta como aquela visão que se encontra atenta à captação das

manifestações ou expressões do paciente no ambiente e significa 25% das representações do sentido visão. Representada na fala da Enf.^a Lírio²: “Você vê se o paciente está calmo... se está alterado hemodinamicamente”.

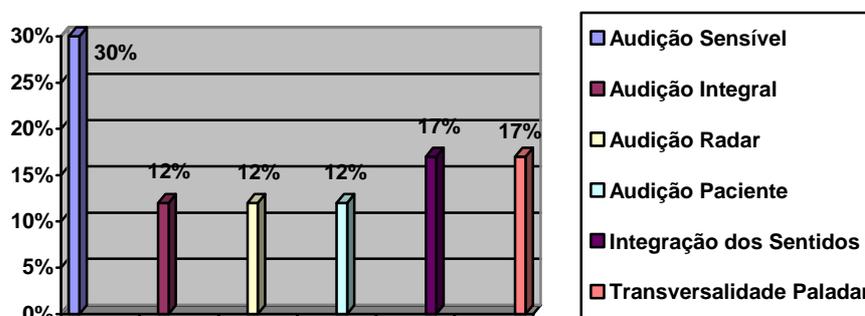
A “visão prospectiva” se apresenta como a visão sonhadora, sublimadora da enfermeira por um prognóstico positivo do paciente em relação ao futuro indeterminado pela doença cardíaca. Apresenta-se somente uma vez e equivale a 5%. É representada na fala da Enf.^a Violeta: “Na visão, o nascer do sol”. Esta fala faz referência ao nascer e ao não morrer.

Identificamos em duas representações (10%) a “integração dos sentidos” (visão/paladar/audição), quando se unem para identificar o que se passa com o paciente. O enfermeiro percebe a cinesia facial e a paralinguagem; “O paciente com olhar de tristeza, chorando”, (Enf.^a Lilás¹). Ackerman refere que a integração dos sentidos ocorre por correspondências horizontais entre os sentidos mais que uma comunicação direta, uma sugestão. “Um som pode ser traduzido num perfume, e um perfume, numa visão...” (ACKERMAN, 1990, p. 341).

Concluimos que o sentido visão busca em si a avaliação, a partir da visão integral (psicossocial e funcional/ profissional) do paciente com a constante interligação através da visão radar.

Encontramos no quadro nº.6 dez referências ao sentido audição, correspondendo a 18% do total de citações feitas. Identificamos na quarta coluna desse quadro, relativa à “unidade de representação comportamental do enfermeiro” dezessete unidades como demonstradas no gráfico nº.16.

Gráfico nº.16 Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Audição,(N= 17)



Identificamos cinco unidades com referência à audição sensível (30%) que se relaciona à situação de ouvinte, representada, várias vezes, na fala da Enf.^a Tulipa: “Gemidos e sussurros mesmo quando não querem chamar a atenção”

A “audição integral”, citada duas vezes (12%), percebe a interação do enfermeiro-paciente e a busca do enfermeiro em discernir as necessidades do paciente, como referido na fala da Enf.^a Girassol¹: “Angústias e dúvidas.”

A “audição radar”, citada duas vezes, (12%) apresenta-se como uma audição apurada e seletiva em relação ao meio-ambiente, atenta aos chamamentos ou ao alarme dos aparelhos, descrita na fala da Enf.^a Copo de Leite: “O choro, gritos chamando.”

A “audição paciente”, citada duas vezes (12%), faz referência à sublimação por parte dos enfermeiros quando em situações hostis ou até mecanicamente cansativas. Neste contexto, os enfermeiros buscam compreender a necessidade do paciente ou a sua relação com o estado de doença. Encontra-se representada na fala da Enf.^a Tulipa: “Quando eles te chamam o tempo todo e não querem nada.”

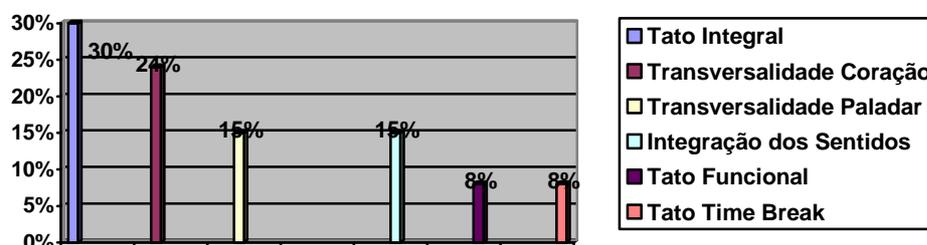
Há a presença de três citações (17%), referentes à integralidade dos sentidos, associando o sentido audição e visão no intento de compreender este paciente, traduzida na paralinguagem, cinesias, proxemias e nas falas: *“Observo o gemido.”* [...] *“ouvindo o paciente... O paciente com expressão de dor”*.

A “transversalidade” do sentido paladar no sentido audição, representada três vezes, (17%), está representada pelo valor simbólico emotivo no qual a mensagem é emitida. A forma como se fala. A forma como se relaciona, e a condição emotiva do indivíduo que recebe essa emissão. Essa reflexão acerca da forma de emissão da mensagem seria, muitas vezes, mais importante que a própria mensagem. Está exemplificada na fala da Enf.^a Tulipa: “Ouvir sonhando comer comidas que não podem.”

A linguagem não-verbal se encontra representada na linguagem verbalizada pelos sujeitos na forma de uma ação dinâmica. A proxemia está presente quando “observo o gemido” dirigindo o olhar, aproximando-o, para uma posição que permita captar a paralinguagem, o gemido. Quando “ouvindo o paciente” o enfermeiro percebe sua expressão de dor, este utiliza a proxemia para dirigir o seu olhar e associa a paralinguagem às cinesias do paciente.

Continuando nossa análise referente à coluna da unidade comportamental do enfermeiro, o sentido tato é citado por dez vezes (18%), apresentando treze *unidades de representação comportamental do enfermeiro*. Identificamos as categorias que este apresenta no gráfico nº.17.

Gráfico nº. 17. Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Tato, (N=6).



Dentre as categorias destacadas, o “tato integral” se apresenta em seis unidades, (30%), e abrange a função diagnóstica funcional/profissional e afetiva (psicossocial), exemplificada na fala da Enf.^a Branca: “O paciente com as mãos trêmulas e frias.” Ao mesmo tempo em que se destacam as mãos frias, condição circulatória, traz em sua observação um agravante ou a própria causa, o sentimento de insegurança, provavelmente medo, que o leva a tremer.

Em três citações, (24%), aparece a transversalidade com o sentido coração, transmitindo no cuidado a dimensão do sentir com carinho e segurança. A fala da Enf.^a Lilás¹ a representa: “Tocar, cuidar e sentir. Palavras que estão muito em nosso cotidiano.”

A “transversalidade do sentido paladar” se encontra ligado à socialização e à satisfação, aparecendo por duas vezes (15%). Em uma das vezes, na fala da Enf.^a Girassol¹: “Consegue perceber a confiança, dar conforto e o desconforto.” Ao mesmo tempo em que se percebe através do sentido tato o significado de confiança, o sentido paladar demonstra o conforto e o desconforto como reações ao próprio ato de tocar.

Não devemos deixar de referir os demais achados com extrema importância para que entendamos o caminho da compreensão do enfermeiro frente à CNV do

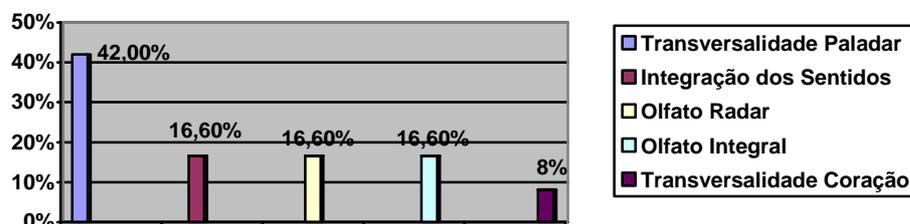
paciente. A “integração dos sentidos” (tato e visão), representados por duas vezes (15%), amplia a capacidade diagnóstica e da inter-relação afetiva. Exemplificada na fala da Enf.^a Margarida: “Se o olhar fosse 59,1% o tato seria 40,9%.” A necessidade do olhar e do sentir para traduzir as necessidades do paciente.

O tato, que se apresenta com significado funcional, aparece uma vez (8%), possui o sentido mecânico como a manipulação de um objeto. Desacompanhado de qualquer presença de troca ou relação somente com o intuito do procedimento a ser cumprido. Apresenta-se na fala da Enf.^a Lilás²: “O tato é que a gente começa a manipular esse paciente.” Após a invasão proxêmica do espaço íntimo do paciente e através da ação do sentido tato, realizamos os procedimentos e não nos damos conta desse ato de invasão e despersonalização do paciente e do profissional.

Já o tato *time break* refere à existência como uma troca, um momento único de encontro entre o enfermeiro e o paciente. Um instante, a fração de um suspiro, onde somente existem os dois espíritos entrosados em sintonia como iguais na busca de um bem comum. Em um local fora do tempo real no qual ocorre esse encontro. Apresenta-se citado uma só vez (8%), e representado na fala da Enf.^a Lírio²: “Às vezes, é através do tato que a pessoa percebe que a gente está ali com ela.” Waldow (2004) corrobora com tal fala ao referir a importância de demonstrar para o outro a presença, a disponibilidade, o entendimento e a cooperação, enfim, o estar junto de corpo e alma.

No sentido olfato aparecem doze *unidades de representação comportamental do enfermeiro* em referência a dez citações, 18% do total de 57 citações e se encontram descritas no gráfico nº.18.

Gráfico nº. 18. Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Olfato,(N=12)



A “integração dos sentidos” (olfato/tato) surge duas vezes (16,6%) associando os odores do cuidado manual e o odor ao tocar, representado na fala da Enf.^a Bromélia: “A cadeira higiênica, a gente trabalha esse lado também.” Trabalha-se a superação do enfermeiro durante o próprio procedimento e se trabalha a auto-estima do paciente respeitando sua limitação ao higienizá-lo.

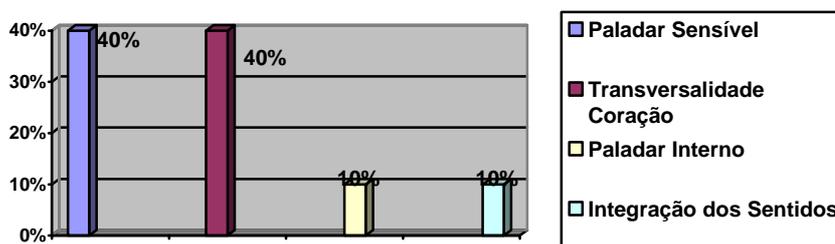
A “transversalidade tato com o paladar” se apresenta seguidamente e em seis citações, (42%) dando a essa expressão odor/tocar um enfoque de prazer ou conforto e ou o desprazer e nojo, exemplificado na fala da Enf.^a Copo de Leite: “Os odores desagradáveis no momento do banho ou não.” Novamente o sentido paladar assume uma relação de satisfação de realização sublimando os odores presentes na dependência crônica do paciente e resgatando os odores da autoestima, da autoimagem após os cuidados realizados.

O “olfato radar” se expõe em duas unidades, (16,6%) apresentando a característica da interligação do olfato e o odor do paciente no ambiente, utilizado na detecção auxiliando o seu diagnóstico e representado na fala da Enf.^a Lilás ²: “... A gente passa e sente o odor da evacuação e da urina.” O odor que detecta e traduz a necessidade do cuidado.

A “transversalidade com o coração” aparece uma vez (8,2%) como a transcendência, a sublimação, onde o enfermeiro supera o odor e a dor com sentimento de amor ou de responsabilidade para realizar o cuidado, exemplificada na fala da Enf.^a Violeta: “Um cheiro de terra molhada que eu adoro.” Superam-se os odores e as dores característicos da doença e transporta-se para um lugar imaginário.

O sentido paladar apresenta referência à socialização, a inter-relação e a satisfação ou dissabor e é citado seis vezes (10%) das cinquenta e sete (57) citações, das quais se desenvolveu dez unidades de representação comportamental do enfermeiro, como observado a seguir no gráfico nº.19.

Gráfico nº. 19. Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Paladar, (N=4).



Observemos que a “transversalidade com o coração” se apresenta em quatro citações, (40%). Promove a associação da socialização com o sentimento de valorização profissional ou pessoal do enfermeiro, sendo exemplificado na fala da Enf.^a Copo de Leite: “As boquinhas falando: – Bom dia! – Ninguém cuida de mim. – Anda logo”.

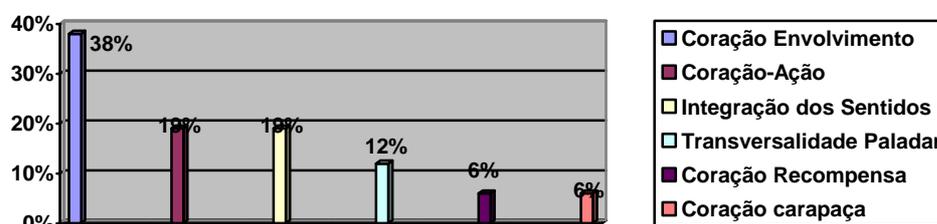
O “paladar sensível” é a capacidade de decifrar a interação, apresenta-se quatro vezes e corresponde a 40% das citações do sentido paladar, exemplificado na fala da Enf.^a Girassol²: “E aqui fala o sorriso.” O sorriso sincero expressa o apoio e a confiança incondicional.

O “paladar interno” aparece somente uma vez (10%), porém retrata a sublimação do enfermeiro frente às situações vividas na prática e a simples busca da satisfação de forma compensatória, em pensar no que gosta, representado pela fala da Enf.^a Violeta: “O bobó que eu adoro.”

A “integração dos sentidos” é representada somente uma vez (10%) e refere-se ao que se ouve, à sociabilidade das palavras. Estas podem ser *doces* (interação) ou *amargas* (distanciamento). A fala da Enf.^a Bromélia representa esta unidade: “Porque a gente ouve palavras doces e também amargas.”

O sentido coração apresenta seis citações, e equivale a 10% das cinquenta e sete citações totais. Encontra-se representado por doze *unidades de representação comportamental do enfermeiro*, como conferimos no gráfico de nº. 20.

Gráfico nº. 20 Representação da Unidade Comportamental dos Sentidos do Enfermeiro Relativa ao Sentido Coração, (N=16)



Notamos que duas unidades (12%) se referem à “transversalidade com o paladar”, expondo o sentimento de satisfação e realização do cuidado produzido, o que é representado pela fala da Enf.^a Branca: “Esse é o momento mais feliz da gente... vê que fez alguma coisa de bom pela pessoa e essa pessoa vai embora.”

O “coração envolvimento” surge em seis unidades (38%), e demonstra a identificação com o paciente ao se sentir estar em seu lugar, em sorrir ou se emocionar, ‘torcendo’ por sua recuperação, exemplificado na fala: “Na identificação com o paciente que é coração, pois você acaba sentindo o que ele sente,” (Enf.^a Violeta).

O “coração-ação” é o sentido que sublima os próprios sentidos do enfermeiro, auxiliando-o a agir de forma racional para intervir no estado de doença e realizar o cuidado. Apresenta-se em três unidades de representação (19%). Enf.^a Lírio¹: “... Por nos fazer colocar no lugar do outro e saber a melhor forma de agir.”

A “integração dos sentidos” se apresenta de três formas (19%) integração dos sentidos coração/audição demonstrando o sentimento de confiança adquirido pelo enfermeiro na relação com o paciente e a sua capacidade de ouvir/sentir. Citado uma vez, representado na fala da Enf.^a Copo de Leite: “Muitas vezes alguns conseguem demonstrar e conversam em relação à tristeza, mágoa, agonia.”

A “integração dos sentidos coração/visão”, com uma citação apenas, significa a ampliação do sentimento do enfermeiro no reconhecimento dos sentimentos do paciente através da visão da manifestação da CNV. E a partir da sua identificação com ele, paciente, o enfermeiro reconhece as suas expressões, representado na fala da Enf.^a Copo de leite: “O paciente, às vezes se abre, outras vezes não, mas pela expressão passa também.” A “integração coração” com todos os sentidos foi citada uma vez e se trata da ampliação do sentido coração, traduzindo que em todos os cuidados realizados existem superações de ambos os lados. “Pois você acaba sentindo o que ele sente,” (Enf.^aVioleta).

O “coração-carapaça” se apresenta somente uma vez, (6%) mas traduz a capacidade do enfermeiro em sublimar as condições da prática e até o prognóstico deste paciente, interagindo e construindo com ele uma relação de empatia e responsabilidade em relação ao cuidado. “Ele fica meio escondido (o sentido coração), porque senão, a gente não faria nem um terço do que a gente faz”, (Enf.^a Lilás²).

O “coração-recompensa” representado somente uma vez (6%), demonstra a relação de satisfação do enfermeiro com o estado de cura do paciente, é quando este o relaciona ao verdadeiro cuidado: “Esse é o momento mais feliz da gente... vê que fez alguma coisa de bom pela pessoa e essa pessoa vai embora”, (Enf.^aBranca).

Continuando a analisar o quadro nº.6 observamos que obtivemos 57 unidades do sujeito que constituem 108 unidades representativas e 86 unidades analíticas diagnósticas. Esta relação nos leva a supor as inúmeras simbologias manifestadas nas unidades representadas pela comunicação observada pelo enfermeiro e que significaram unidades analíticas diagnósticas. Segundo Knapp e Hall (1999, p.42), a comunicação real ocorre quando:

...onde unidades individuais de comportamento podem ser especificadas; onde cada unidade comportamental tem uma significação específica; e onde o significado de um comportamento é distinto do significado de outros.

Existe um código compartilhado pelos enfermeiros na unidade cardiointensiva e que se revela nas unidades analíticas diagnósticas. Segundo os autores (KNAPP e HALL, 1999) a capacidade de se comunicar não verbalmente é uma habilidade de emitir e receber, julgar e codificar mensagens em dimensões de afeto e emoção; em dimensões de dominância e subordinação; em mensagens interpessoais ou intenções, esta se deve a uma competência social, sendo essencial em nossa vida diária em todas as funções e papéis que desempenhemos.

Em referência à coluna “unidade de expressão da CNV do paciente” observamos que através da análise de cada sentido na expressão não verbal, obtém-se formas peculiares. Assim, o sentido visão apresenta trinta e duas unidades de expressão, apontado como o mais utilizado na percepção da CNV. Destas unidades, 32% (10) se apresentam como corporalidades e 32% (10) como cinesias.

As cinesias faciais alcançam 12%, destacando a expressão do olhar, confirmando-a como instrumento importante na percepção e tradução da CNV. Devido à integração com outros sentidos surgem a paralinguagem com 6% e a linguagem com 3%.

Ao analisarmos a referência ao uso de todos os sentidos, obtivemos unidades cinésicas e corporalidades, o que nos remete à utilização de um único sentido, a visão.

O sentido audição constrói as unidades de expressão em linguagem, 50% (9) e paralinguagem em 38% (7). Devido à integração dos sentidos audição com o sentido visão surgem as cinesias (6%) que foram citadas uma só vez e as corporalidades também (6%) uma só vez.

O sentido tato nos remete ao tipo de toque que o paciente recebe. O “toque afetivo”, expressivo, que transmite segurança e apoio. Este é o mais citado com 44% (7) das dezesseis unidades de expressão do paciente. Em seguida, destaca-se o “toque funcional” com 32% (5) das citações, e corresponde à função propriamente dita, tem o objetivo de realizar o procedimento.

A “integração de sentidos” se apresenta uma vez (6%) e o “toque sensível” 18% (3), estes ultrapassam o tato convencional e buscam desvelar os sentidos na correspondência das sensações. “... *Pele fria ou não...*” “... *O paciente está com tremores, o medo...*” “... *Se quer ser tocado ou não, insegurança ou ao contrário, a confiança e a segurança.*”

A “unidade de expressão da CNV do paciente” através do sentido olfato nos refere os odores que se caracterizam a partir do cuidado com o corpo do paciente. Desta forma, os “odores do corpo fisiológico”, citado em 36% das quatorze enunciações se relacionam aos odores das funções fisiológicas normais do corpo como da evacuação e da micção.

Os “odores da cronicidade” obtiveram 29% (4) das citações e referem-se à dependência de outras pessoas para realizar os mínimos cuidados como almoçar, ou higienização após realizar suas necessidades fisiológicas.

Os “odores da autoestima” citados em 7% (1) se relacionam a autoimagem e aos bons odores do corpo limpo, fresco e cheiroso, mesmo que após algum tempo, pela restrição ao leito devido à cronicidade, este sofra uma mudança.

Os odores que significam o prazer e o desprazer se apresentam ligados a situações que normalmente nos levariam a identificar como situações prazerosas, mas devido à condição de saúde, estas se tornam algo possivelmente torturante. Assim como a “chegada do almoço”. Esta seria a representação de um momento de união com a família, o prazer da companhia, a simbologia do prazer dos sabores e dos sentimentos de alegria nele envolvido. Porém, na condição de internado, acamado, desprovido de condições de se alimentar sozinho, com a dor ou com mal-estar que sente, o alimento se torna muitas vezes algo obrigatório ou mesmo torturante levando ao desprazer.

Observamos que o sentido paladar nas unidades apresenta referência ao paciente e algumas vezes estão relacionadas ao próprio enfermeiro. As unidades *bocas de sabor amargo* e *bocas de sabor doce* se referem ao paciente e significam como este se relaciona com o enfermeiro. Palavras doces ou amargas que se apresentam três citações cada. A *boca feliz* é referência ao paciente o seu *obrigado* ou ao seu *bom dia* e só a notamos uma vez. A sublimação do enfermeiro, frente a esse e talvez outros desconfortos, surgem na *boca que sacia* e *boca do desejo* extrapolando o ambiente da unidade. A *boca feliz* e a *boca saudável* representam a superação de todo um contexto de cuidados intensivos, pelo enfermeiro, no uso das

palavras motivando e transmitindo tranqüilidade e otimismo a esses pacientes instáveis.

Ao nos aproximar mais dos dados e analisarmos as referências ao sentido visão, obtivemos um total de dezesseis “unidades do sujeito” que se relacionam com quatorze unidades analíticas diagnósticas psicossociais e dez funcional/profissional. Ao refletir, identificamos o sentido visão, sendo utilizado proporcionalmente tanto para o diagnóstico da dimensão biológica quanto da dimensão psicossocial.

Em situação parecida se encontra o sentido audição que apresentou dez unidades do sujeito e dez unidades analíticas diagnóstica para a dimensão psicossocial e seis para a dimensão funcional/profissional.

Os sentidos paladar e coração que se apresentaram em transversalidade com os movimentos de socialização, sendo reforçado o sentimento de ambos os atores (enfermeiro-paciente), apresenta seis unidades analíticas diagnósticas psicossociais.

Na referência ao sentido coração, os enfermeiros apresentaram a capacidade avaliativa mais expressiva na unidade analítica diagnóstica psicossocial, sete unidades, e três unidades analíticas na unidade analítica diagnóstica funcional/profissional, do total de dez unidades analíticas diagnósticas.

O sentido tato como o sentido olfato se aproximaram mais da unidade analítica diagnóstica na dimensão biológica funcional/profissional do que a dimensão psicossocial.

O sentido tato apresentou seis unidades analíticas diagnósticas para a dimensão psicossocial e dez unidades para a dimensão funcional/profissional, enquanto o sentido olfato apresentou uma unidade na primeira dimensão psicossocial e sete unidades na segunda dimensão. Levando-nos a crer que o toque

e o olfato possuem extrema importância na construção de dados que resultam no diagnóstico de enfermagem clínico.

A fim de melhor analisar os dados, construímos a figura nº.1, a seguir:

Figura nº.1 - Relação dos Sentidos no Diagnóstico da Dimensão Psicossocial.

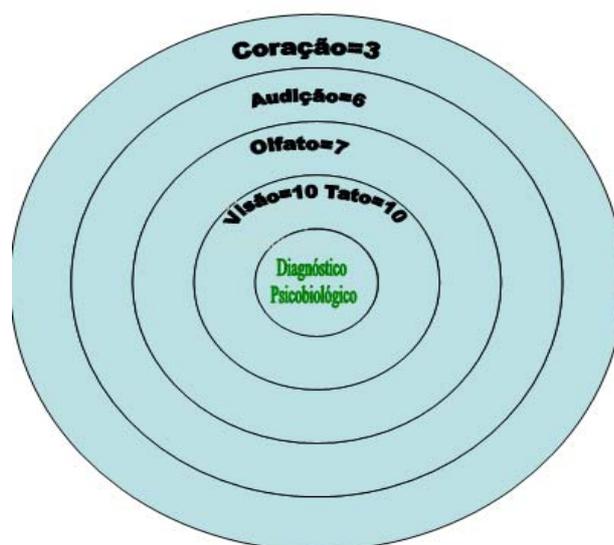


Observamos que os sentidos visão e audição são mais atuantes na função diagnóstica para as necessidades psicossociais seguido do coração. Desta forma, os sentimentos do próprio enfermeiro são utilizados para a análise a partir da identificação com o paciente, ou seja, os sentimentos do paciente são avaliados pelos próprios sentimentos do enfermeiro.

Os sentidos tato e paladar identificam as necessidades do paciente através da percepção de uma pele fria, trêmula e pelo paladar através da sua não socialização, como palavras evasivas e o silêncio. Mas as necessidades psicossociais já haviam sido identificadas pelas cinesias e pela audição, tom de voz, paralinguagens ou mesmo a linguagem propriamente dita. O olfato colabora na

construção da autoimagem do paciente associado ao prazer de ser ou ao seu desprazer, refletindo sua autoestima.

Figura nº. 2 Relação dos Sentidos no Diagnóstico da Dimensão Psicobiológica.



Observamos, na figura nº. 2, que para realizar o diagnóstico psicobiológico, o enfermeiro utiliza igualmente os sentidos da visão e do tato. Além de ver, o enfermeiro precisa apalpar o abdômen, sentir a textura como a temperatura da pele; a pele fria, pegajosa, ressequida, áspera. Sentir o pulso.

O olfato é acionado para diferenciar através do cheiro, o hálito cetônico, o pus, o sangue coagulado; importante avaliador.

O sentido audição vem a seguir nas respostas aos questionamentos, na busca do histórico, nas queixas dos sintomas objetivos e subjetivos.

Por último o coração, o sentimento que se encontra encoberto, este se torna a representação simbólica da figura reveladora de seu estado d'alma, possivelmente origem de seu quadro clínico.

Como referido na análise do quadro 6, não podemos construir a figura referente à relação dos sentidos ao diagnóstico psicoespiritual por falta de dados neste aspecto a serem analisados.

A partir da análise do quadro n.º 6, podemos dizer que através da observação das manifestações da CNV do paciente, das cinesias, corporalidades, linguagem, paralinguagem e odores. Percebidas através dos sentidos do enfermeiro, estes apresentam uma particularidade ou uma interface com outros sentidos para cada objetivo da observação (visão integral, olfato radar, integração e transversalidades, entre outros). Ao ampliar os seus sentidos, o enfermeiro, busca traduzir a dimensão subjetiva e sensível das necessidades do paciente a partir de suas expressões corporais e, assim, se aproxima mais da realidade do paciente.

Para discutir a comunicação não-verbal como subsídio de um cuidado de enfermagem singular, construímos o quadro n.º.7, a partir das enunciações dos copesquisadores durante a terceira dinâmica. Observamos que o enfermeiro da unidade cardiointensiva se utiliza de pistas alicerçadas em fundamentos de respeito ao saber do paciente, e na compreensão do momento vivido por esse indivíduo para realizar um cuidado singular.

Os dados do quadro n.º.7 apontam os subsídios para o cuidado singular, através dos quais as dramatizações de situações vivenciadas pelos enfermeiros apresentaram pistas a serem percebidas e consideradas pelos próprios enfermeiros. Algumas baseadas em atitudes que refletem “as verdades do paciente” que serão atendidas, se aceitas.

Observamos várias pistas geradas pelo paciente. Pistas de medo (3), pistas de insegurança (2). Pistas da condição de circulação do braço (2), assim como a situação do acesso venoso (1). Valorizar e respeitar o saber do paciente sobre seu

corpo nos exige a capacidade de aceitar, já que este conhece melhor do que nós sua estrutura física e emocional. Considerar essas informações pode nos facilitar a execução do procedimento e contribuir para lhes causar menos dor e agravos. Identificamos, como exemplo, a pista visual referente às condições do acesso venoso, porém esta não foi percebida ou valorizada pelos enfermeiros.

As pistas relativas ao comportamento de medo (3), insegurança (2) e dor (1) traduzem ações de intervenção para a manutenção do equilíbrio, como confiança e apoio. Já as pistas que fazem menção ao pudor e vergonha, necessitam de uma compreensão maior por parte do enfermeiro, da individualidade, valores e vivências deste paciente. Estas pistas, ou necessidades não foram atendidas; embora os enfermeiros concordem que devam ser asseguradas durante o cuidado.

As pistas que indicaram momentos em que o paciente gostaria de interagir ou não, foram compreendidas e respeitadas. Reconhecendo que há a necessidade da comunicação e também de momentos de preservação da individualidade desse paciente em não interagir. Mas devemos atentar para estes dois casos e avaliar se em tais momentos estão ocorrendo manifestações de sintomas negativos como a depressão.

A pesquisa nos mostra que devemos refletir sobre a prática dessas pistas fornecidas pelos pacientes e que, muitas vezes, não as valorizamos. São “verdades” a serem aceitas: o paciente sabe mais de seu corpo do que nós. O paciente apresenta vivências que são representadas por seus comportamentos e desta forma devemos tentar compreendê-los. Mesmo percebendo, nem sempre nossas ações correspondem à medida e ou às mudanças capazes de contemplá-las durante o cuidado prestado.

A construção do quadro nº.8 emergiu no desenvolvimento da pesquisa e responde à necessidade de mudanças a partir do repensar a prática do enfermeiro, a valorização da dimensão subjetiva, especialmente a dimensão do tipo não-verbal na interação.

Observamos que nesse quadro se apresentam proposições, na coluna da unidade de subsídio para repensar a prática, que geraram inquietações no enfermeiro. O tema que mais se destacou é o “automatismo”. Este não permite que se respeite a individualidade do paciente e isso resultou em um procedimento que não teve a intenção de causar desconforto, mas que acabou não representando o conforto esperado (10 citações).

O segundo tema destacado foi o automatismo que gera o desconforto pela não-observância dos aspectos da individualidade do paciente. Este ocorre pela velocidade dos movimentos imposta pelas várias tarefas. O ritmo apresentado pelo profissional não permite conjugar com o tempo necessário para que o paciente possa desenvolver a ajuda no banho ou em outras atividades essenciais do cuidado. O automatismo também leva à submissão do paciente frente ao ritmo frenético objetivando o término das tarefas planejadas, não lhe oportunizando uma interação facilitadora com “... um espaçinho para falar...”

As rotinas impostas por um ritual profissional determinam o fazer a partir de um tempo e um momento calculado, inflexível, capaz de conceber e executar um planejamento assegurando à organização estrutural do setor. O automatismo, representado pelo modelo funcional, produção em massa, realizando vários procedimentos em série, respeitando o modelo capitalista onde tempo é dinheiro. O profissional passa a ser uma máquina, um bem produtor e cada vez mais rápido para atender sempre ao aumento da demanda.

É essa a qualidade que queremos atingir? Um número cada vez maior de procedimentos? Ou o nosso objeto é a realização do cuidado, cada vez mais pautado no respeito à individualidade e na compreensão da subjetividade dos indivíduos envolvidos? Este ritmo impede um atendimento diferenciado, e esta situação se apresenta como uma inquietação do enfermeiro, citada uma vez.

O atendimento diferenciado é destacado como uma forma de valorização do enfermeiro frente ao paciente e parece ser a resposta para a sua própria valorização, pois falamos tanto em cuidado individualizado, singular e realizamos uma seqüência de procedimentos.

Na coluna relativa “às bases e fundamentos para repensar a prática”, aparece a observação da comunicação não-verbal na individualidade, na subjetividade, além da rotina. Esses dados nos subsidiam como oportunidade de envolvimento amplo, como alicerce para a valorização do enfermeiro para dar voz ao paciente e traduzir a nuance não - verbal.

4.4. Contra-análise

Construímos este capítulo a partir de leituras e releituras e obtivemos uma reflexão ampliada sobre as questões subjetivas presentes nos finais dos grupos. Assim, no terceiro encontro emergiram, a partir dos sentidos destes, olhares singulares do coletivo que se referem a sete temas, os quais foram divididos em dois grupos. Os temas relacionados ao paciente foram: os sentimentos do paciente portador de cardiopatia; o paciente portador de cardiopatia internado na unidade cardiointensiva; o ser paciente pelos olhos e sentidos do enfermeiro.

Os temas relacionados ao enfermeiro e sua prática foram: o enfermeiro como ser humano; a comunicação verbal e não-verbal no dia a dia do enfermeiro;

repensando a prática a partir do espaço transversal da pesquisa; o enfermeiro e as dificuldades no cuidado integral do ser.

Agrupamos os temas de acordo com a evidência do objeto; o paciente e o enfermeiro. Construímos quadros respeitando os temas a serem abordados, facilitando assim suas análises.

4.4.1- O Paciente

Através dos sentidos dos enfermeiros e das reflexões em suas enunciações construímos a imagem do paciente cardiopata, organizada no quadro nº. 9. Acreditamos que ao conhecê-lo temos maior capacidade de compreendê-lo e intervir de forma mais adequada. São dois aspectos a serem considerados pelos enfermeiros: as doenças imaginárias e a capacidade de conhecer o paciente sem que este lhes fale (NIGHTINGALE, 1989).

Quadro nº. 9 - A Imagem do Paciente Cardiopata Construída pelos Sentidos dos Enfermeiros

Sentimento Relacionado à Doença	Perfil Cardiopata
Medo da morte	Agitado, nervoso, explosivo
Estigma gerado pela sociedade	Pessoa ríspida, agressiva ao falar
Pesar (mágoa, peso)	Impulsivo, inferiorizado
Mudanças; restrições alimentares e exercícios	Conformado

O imaginário gera sentimentos e comportamentos que desencadeiam desequilíbrio emocional e se refletem no estado clínico; uma das doenças em questão é a cardiopatia. A emoção possui um lado obscuro que sufoca o senso crítico, anula os alarmes disparados por nossa consciência entre o real e o imaginário (GAUTHIER, 1999). “... O coração está associado à morte.” (Enf.^a Tulipa).

Partindo do princípio de que a ciência identifica as causas da doença cardíaca genericamente, como causas relativas a um modo de vida do indivíduo (alimentação, sedentarismo, estresse, entre outras), e não de origem emocional ou desconfortos referentes à sua concepção de vida, não iremos declinar sobre as possíveis causas emocionais. Mas compreendemos que existe um grande risco de piora do estado clínico do paciente por desequilíbrios emocionais, reais ou imaginários.

Ao conhecermos o perfil do paciente cardiopata, podemos desenvolver estratégias que promovam a aproximação, construindo uma interação baseada na confiança, fortalecendo o autocuidado. Faz-se necessária sua participação nas decisões sobre sua terapêutica, na reconquista de sua independência e assim, da autoimagem. Observemos agora a descrição do perfil do paciente e suas reações à internação, gerando ou afirmando sentimentos. O quadro a seguir, de nº.10, destaca os sentimentos e suas possíveis causas.

Quadro nº. 10 - Relação dos sentimentos do Paciente Internado em Unidade Cardiointensiva.

Sentimentos	Aparentes causas
Medo	<ul style="list-style-type: none"> • Simbolismo com o órgão coração. • Frente aos procedimentos a serem realizados.
Insegurança	<ul style="list-style-type: none"> • Período relativo aos primeiros dias até se ambientar e confiar nas pessoas que o atendem. • Frente aos procedimentos a serem realizados
Impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de autocontrole sobre a doença ou a dor
Isolamento	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informação do mundo exterior por normas do setor (acontecimentos no mundo ou informações de familiares)
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento familiar; falta de lazer levando a fomentarem pensamentos negativos sobre si (a doença, terapêutica, procedimentos) • Assistirem ao sofrimento dos demais pacientes (disposição dos leitos)
	<ul style="list-style-type: none"> • Assistirem ao sofrimento dos demais pacientes (disposição dos leitos)
Desistência	<ul style="list-style-type: none"> • Frente aos procedimentos a serem realizados
Preocupação	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação das atividades, principalmente as trabalhistas
Alívio	<ul style="list-style-type: none"> • Após a realização da cirurgia

Observamos novamente a força do imaginário do paciente, agora frente ao ambiente “hostil” ou tecnológico da unidade. Vemos a importância que deve assumir o ambiente do cuidado para o enfermeiro, não somente ao que se refere à iluminação, limpeza e a riscos, os mais variados, mas aos efeitos que produz sobre o imaginário do paciente (NIGHTINGALE, 1989).

Um ambiente robotizado e de precisão demonstra uma afirmação do modelo biomédico, necessitando, com isso, aproximar os enfermeiros da realidade e resgatar o sensível, o subjetivo de todos os incluídos neste ambiente. A hospitalização é um acontecimento atemorizante e a doença amedronta pela

descaracterização do ser humano no mundo; a relação com os outros se torna desigual e percebemos clientes debilitados, inseguros, isolados, (WALDOW, 2007). “... Quando o paciente interna com quadro de hipertensão... fica pior ainda nos dois primeiros dias. Porque eles não sabem o ambiente em que estão...” (Enf.^a Lírio²).

Assistimos a afirmação do sentimento de medo da morte, gerado anteriormente pela simbologia do órgão e frente ao desconhecido (procedimentos, cirurgia, outros), à impotência e à insegurança pela incapacidade de se autocuidar, à perda do controle da situação, à dependência de outro para ser ele mesmo. As preocupações com os familiares e sua manutenção econômica, além das responsabilidades referentes às atividades trabalhistas, aumentam com a falta de lazer, promovendo o pensar e o repensar todo o tempo no assunto doença. “Ansiedade é o que eles mais têm lá dentro. Talvez por que não tenham qualquer outra forma de distração.” (Enf.^a Lilás²).

O isolamento se dá com aqueles cujos familiares não podem comparecer nos horários pré-estabelecidos de visita (horário comercial) ou por não os possuir. Este fato aumenta a necessidade de socialização e é o que ocorre entre os pacientes os quais, a fim de dividirem as experiências, formam um vínculo, facilitado pela disposição dos leitos e pela constante interação do enfermeiro. Porém, também leva ao sofrimento e à ansiedade ao assistirem o outro, cujo estado de doença possa ser um espelho do seu futuro, como por exemplo, o pós-cirúrgico e/ou a piora do quadro de saúde.

Devemos estar mais atentos e presentes nos primeiros dias de internação destes pacientes, explicando-lhes a rotina do setor, dos exames, auxiliando-os a compreenderem melhor a dinâmica. Desta maneira, priorizamos também a redução da sua ansiedade e auxiliamo-los a promover a estabilidade emocional e do quadro

clínico. Dentro do possível, flexibilizar a visita de familiares em horários não institucionais, mas pré-acordados com os demais profissionais, assim, facilitando a aproximação dos familiares do paciente e da terapêutica instituída.

A instalação de relógios de parede, a liberação para a colocação de fotos ainda que protegidas por plásticos ou já plastificadas, facilitando sua desinfecção, afixadas próximo aos leitos têm o intuito de resgatar mais rapidamente o equilíbrio emocional/mental do paciente. A possibilidade de inserção, no tempo e espaço da unidade, das convivências preservadas e mediadas pelos pertences visualizados ou descritos, permite contextualizar as afeições familiares e laços afetivos.

Ao representarem suas percepções, no papel do paciente, os enfermeiros descrevem as suas sensações nas diferentes situações. E a partir das enunciações sobre o tema construímos o quadro nº. 11.

**Quadro nº. 11 - Relação dos Sentimentos do “Ser Paciente”
Construída pelos Sentidos dos Enfermeiros**

Sentimentos	Aparentes causas
Impotência/Desconhecimento/Medo	<ul style="list-style-type: none"> -Entregue a um desconhecido. -Desconhece os procedimentos. -Invasão da privacidade. -Invasão do corpo por dispositivos. -Descaracterização da identidade./ Generalização no atendimento. -Os sentimentos abafam o raciocínio dos familiares/ transmitem para os profissionais a responsabilidade das decisões.

Quando o enfermeiro se exercita em se deslocar para o papel do outro e vivenciar o papel do paciente e sua despersonalização, o diálogo dos sujeitos abre canais de comunicação e permite compreender, com base nessas reflexões, a dimensão estética e ética do cuidado.

É tão estranho. Tudo bem, mesmo levando na brincadeira, já achei uma sensação estranha. Olha um nome: - Impotente. (Enf.^a Lilás¹).

A experiência artística ou situacional, que nesta pesquisa se deu de forma coletiva possibilitou a todos os participantes a associação e a atribuição de um valor profissional e pessoal dos dados produzidos. Como destaca Waldow (2007), desta forma, o cuidado passa a ser centrado em promover uma assistência digna, respeitando todas as dimensões deste cliente. Faz-se essencial nossa presença e disponibilidade ao paciente, assim como informações sobre as rotinas e procedimentos do setor para situá-los no novo contexto. Respeitar a privacidade do indivíduo e, ao mesmo tempo, atendê-lo em suas necessidades mais básicas.

Chamá-lo pelo nome, ser agradável e delicado, proceder ao preparo psicológico antes de qualquer procedimento, são análises que remontam às falas dos professores, quando ainda éramos graduandas. A preocupação com o bem estar dos familiares, mantendo-os informados e aproximando-os como participantes na terapêutica, tudo isso requer a nossa atenção e ações dirigidas.

4.4.2 O Enfermeiro e a sua Prática

O primeiro tema a ser analisado é o *enfermeiro como ser humano* e a relação com a assistência. Os enfermeiros descrevem o profissional enfermeiro como um ser normal, sujeito a preocupações, conflitos, antipatias e empatias e reações de aversão ou não conformidade diante de situações extremas na terapêutica interdisciplinar.

Na verdade a gente é ser humano. Um ser humano com qualidades e defeitos e com emoções diferenciadas... (Enf.^a Margarida).

Observamos a descaracterização do ser humano ao assumir o papel do enfermeiro deixando de possuir sentidos e sentimentos, tornando-se tão máquina, objeto como o paciente, objetivado e coisificado pelo modelo biomédico.

Estas situações, conflitos e problemas são relacionados, pelos enfermeiros, a ruídos que interferem em sua terapêutica, principalmente quando o limiar de aceitabilidade está comprometido com problemas externos à instituição. Há momentos em que este ruído distorce o sentido das palavras, boas ou ruins, doces ou amargas, no contexto do cuidado que, na maioria das vezes, consegue ser superado para que o profissional se faça presente ao outro.

A empatia se apresenta como uma postura importante na realização do cuidado, mas observamos que existem pacientes que resistem à interação e nesses casos qual há a necessidade e a dependência desta empatia. Essas barreiras, por vezes, dificultam as condições de realização e comprometem o resultado do cuidado.

A frustração foi um sentimento que emergiu quando, em uma situação de descontentamento de um paciente, fez-se um juízo dirigido a todo o grupo, mostrando que a atitude de um membro interfere na avaliação do todo. Ainda que alguns membros tentem fazer o máximo para assegurar um bom atendimento durante todo o processo de interação e cuidado.

O enfermeiro entende que o paciente sofre frente a muitos procedimentos de enfermagem por serem invasivos e agressivos; esses, porém, são necessários para seu diagnóstico e ou recuperação. Há por isso, dever de investir na comunicação informativa ao paciente para fazê-lo entender a importância dos procedimentos e da sua colaboração na execução dos mesmos

O próximo tema é o *encontro enfermeiro-paciente*. Como descreve Watson (1988), o cuidado transpessoal é o fenômeno da fusão das vivências do enfermeiro e do paciente, quando a percepção de ambos foca o mesmo objetivo e objeto. Quando a intersubjetividade emerge e é respeitada. Assim, o enfermeiro deve demonstrar, através de sua postura e ações, que seu cuidado se encontra de uma forma mais próxima e intuitiva para um encontro de pessoas com objetivos afins.

A empatia se apresenta como característica importante na inter-relação, uma relação de mão dupla, e a existência de uma afinidade que ocorre entre algumas pessoas e não ocorre com outras. Deste modo, inicia-se uma relação de envolvimento com o paciente, com interesse e afeto, acreditando ser positiva a dedicação.

Devemos, até o ultimo momento, apostar que a implementação dos cuidados fornecerá um prognóstico melhor. Este envolvimento deve fazer parte do cuidado, pela instabilidade clínica gerada pela doença cardíaca. O enfermeiro, durante suas atividades, necessita desta inclinação sobre os aspectos interpessoais; por ser sensível, e se ressentir quando isso não acontece.

Tenho mais medo de perder isso (a preocupação com o outro) do que me envolver e ele vir a óbito. Enquanto ele estiver aqui, o que a gente puder fazer para minimizar a dor acho válido. (Enf.^a Tulipa).

As relações se intensificam e o enfermeiro se percebe ser mais que um mero observador do paciente; acompanha-o nesta jornada como viajante em seu destino, entre ações de ajuda, de troca e de toque. Fortalece laços, às vezes até mais fortes do que os mantidos com a própria família.

Tem paciente que você acaba se envolvendo de uma forma ou de outra, e sente quando vai a óbito ou acaba ficando feliz quando ele tem alta. Sente até falta quando chega ao setor. (Enf.^a Orquídea).

A análise do tema, *comunicação verbal e não-verbal no dia a dia do enfermeiro*, construído a partir das enunciações dos sujeitos, traz duas vertentes: uma positiva e outra que consideramos negativa. Os itens que constituíram a vertente positiva da comunicação no dia a dia do enfermeiro nos permitiram construir um quadro de nº.12 para melhor análise.

Consideramos significativa a repetição da expressão dia a dia, por não corresponder ao sinônimo de rotina, pois, nesta última, nada observamos, apenas realizamos os procedimentos, que equivale ao cuidado/tarefa. Não realizamos nem assistência, nem cuidado, apenas ações isoladas.

Quadro nº. 12 - Relação das Reações Positivas à Comunicação Verbal e Não-verbal no Dia a dia do Enfermeiro

Sinais e sintomas = diagnóstico
Aproximação
Envolvimento
Identificar manifestações de negação ao tratamento ou a sintomas
Atitudes de satisfação
Identificar o saber do paciente
Valorização da atitude do enfermeiro
Identificação de manifestações de desconforto
Identificar manifestações de estresse

Observamos que a CNV, na prática do enfermeiro se traduz em bases para um inter-relacionamento, como instrumento importante utilizado para identificar sinais avaliativos de conforto, dor e satisfação, dentre muitos outros.

Relacionamos as intervenções diretas referentes à comunicação no dia a dia do enfermeiro e encontramos: a singularização do paciente: atitudes de apoio; esclarecimento; conforto e a vontade de fazer a diferença.

A relação que consideramos negativa para os enfermeiros na utilização principalmente da CNV no seu dia a dia, compreende o sofrimento vivenciado pelo enfermeiro, que traz para si expectativas ao assistir o paciente que sofre, ou que possui um mau prognóstico.

Paciente DPOC (Doença Pulmonar Oclusiva Crônica), o que mais me impressionou foi olhar. Tenho mania mesmo de fixar o olhar. Era um olhar nublado, um olhar vazio e aquele olhar angustiante. (Enf.^a Violeta).

Waldow (2007) refere que o cuidado é baseado em um desejo de ajudar, que abrange esperanças, o que para a autora diferencia de expectativas, por estarem relacionadas a um determinado resultado. As expectativas dos enfermeiros se relacionam com seu propósito de cuidar e com a valorização pessoal de seu cuidado. Waldow (2007), assim como Collière (1989), refere que ainda cultivamos essa associação de cuidado com cura e tratamento.

O cuidado é a capacidade de assistir o indivíduo em suas necessidades, indiferente à sua condição de saúde ou doença, inclusive auxiliando-o a obter melhores condições de morrer, assim como meios de promover a compreensão dos familiares, de forma a se sentirem mais confortados, enfim, morrer dignamente.

As autoras (WALDOW, 2007; COLLIÈRE, 1989) atribuem tais condições à dificuldade em auxiliar a vivenciar a morte, em vez de auxiliar a morrer em vida.

O tema *repensar a prática*, emergiu pela possibilidade de um encontro do grupo, formado por pessoas do mesmo plantão e que conviviam diariamente. Levantamos a importância na pesquisa deste espaço virtual, onde os enfermeiros puderam se colocar sem ser avaliado, discutir suas expectativas, objetivos e dificuldades.

Neste espaço houve unanimidade, porque as questões produzidas no coletivo sobre a assistência dos enfermeiros da unidade foram convergentes. Os participantes desenvolveram um pensamento reflexivo sobre a assistência praticada na unidade, espelhando suas ações sobre as mudanças necessárias na tentativa de serem menos mecânicos. Esse estranhamento e incômodo ocorreu também quando as questões foram envolvendo familiares ou os próprios profissionais.

A importância de refletir para mudar, para ajustar. Buscar a humanização das atividades, não deixando que os sentimentos de ambos sejam atropelados e passem despercebidos, já que muitos procedimentos da enfermagem são invasivos, agressivos.

A tendência das pessoas é realizar tudo mecanicamente mesmo e o que o paciente sente vai ficando de lado. Mas é diferente quando você é o paciente... Eu acho que é bom refletir para que isso seja mudado (o cuidado mecânico). (Enf.^a Copo de Leite).

Devemos investir sempre na informação ofertada ao paciente, tanto sobre sua doença, terapêutica, como relativa aos procedimentos. Desta forma, este nos ajuda a valorizar e a colaborar com o cuidado, atribuindo-o um significado essencial. Muitas reflexões partiram do sentimento de identificação com o paciente, quando traduzimos manifestações não-verbais implícitas no contexto do cuidado; também

questionamos posturas do enfermeiro frente ao paciente, que foram consideradas incorretas.

Suscitou das reflexões e críticas sobre a prática, a valorização do cuidado do enfermeiro como resultado desse cuidado singular almejado. Muitos autores referem que o pensamento crítico deve ser desenvolvido no período de graduação, mas não impede que este seja ampliado de forma contínua em qualquer outro momento. Entende-se tal pensamento pela aptidão de questionar, analisar, levantar hipóteses, refletir e criticar as alternativas (WALDOW, 2007). O enfermeiro busca tornar-se uma referência importante para o paciente, ser a pessoa escolhida por este para cuidá-lo, por compreendê-lo e dispensar-lhe atenção e confiança.

Watson (2002) e Waldow (2007) referem que para que se realize o cuidado, o enfermeiro parte de hipóteses após perceber o paciente como um todo e sua situação. Identifica as necessidades para o cuidado e os meios para que este se realize, iniciando assim a ação do cuidado, promovendo a interação e um ambiente terapêutico. As autoras referem à ocorrência de uma ação reflexiva, um *feedback*, a avaliação dos resultados. Porém, a partir dessa pesquisa, observamos que em um mundo dinâmico o enfermeiro obtém algumas respostas imediatistas referentes ao seu cuidado, mas que muitas vezes não alcançam mudanças profundas.

Estas somente se realizarão se ele tiver a oportunidade de refletir e criticar a sua forma de fazer a prática e, assim, buscar novas estratégias ou mesmo novas bases para suas avaliações e ações de cuidar. Este seria o verdadeiro crescimento produzido pelo processo do cuidado, pela vertente de quem cuida. Ampliando-se a visão das autoras acima, não se encontra somente na vivência da doença, mas na aprendizagem favorecida pelo enfermeiro para que ele desenvolva o autocuidado.

Este seria o verdadeiro crescimento, essencial ao cuidado, e que depende das estratégias e dos valores das pessoas envolvidas na experiência.

O ultimo tema não poderia ser senão as *dificuldades em realizar o cuidado integral do ser*. As dificuldades de assistir esse indivíduo integralmente em um sistema capitalista, influenciado pela importância dos bens de produção e em que resulta em ações reducionistas.

... Tem tanta coisa assim (para fazer), medicação para entrar, antibiótico para fazer, trocar o *dripping*. Admissão para fazer. E na hora do banho você tem de correr tanto para dar conta de outras coisas... (Enf.^a Bromélia).

As dificuldades iniciam a partir da valorização na quantidade de procedimentos a serem realizados pelos enfermeiros, em detrimento de sua qualidade, o que extrapola o seu resultado e a possibilidade desse produto ser considerado cuidado. Mas, facilmente gerará um descuido, pois passa pela “coisificação” da pessoa.

Discutir a dinâmica da unidade, sua humanização, o planejamento das ações do enfermeiro transformadas em projeções de números de procedimentos, significa produção em massa, tal como em uma fábrica. O planejamento não parte do conhecimento sobre o indivíduo em sua singularidade; parte de um diagnóstico médico e de uma tarefa a ser desempenhada, não baseada nos objetivos a serem alcançados, nas reais necessidades de conforto, alívio da dor e redução do estresse do indivíduo.

Em momentos definidos como crise, não há como driblar o tempo; este tem de ser parado e igualado ao do paciente. São momentos de não-aceitação da terapêutica, do remédio, do procedimento, ou quando ocorre alteração ou instabilidade do estado clínico. Nestes momentos, a prioridade está voltada para a informação, a paciência, a atenção. A condição clínica é a prioridade. Desta forma,

qualquer outra condição que venha a interferir no tempo do enfermeiro, resultará das intercorrências e do grau de gravidade dos pacientes.

Waldow (2007, p.127) descreve estas dificuldades de realizar o cuidado como barreiras, que se encontram estabelecidas por:

Conflitos de valores na profissão; a falta de envolvimento profissional; a falta de um forte sentido de *self* por parte das cuidadoras; a falta de uma ética específica, menos dependente da ética e das decisões médicas; a falta de conhecimento; o tempo limitado para a atualização e reflexão devido ao excesso de responsabilidades e, muitas vezes, delegáveis; a gratificação inadequada.

A valorização do cuidado do enfermeiro, a partir deste cuidado singularizado, levanta questionamentos sobre a capacidade de avaliação do cuidado do enfermeiro pelo paciente frente a momentos críticos para ele. A distinção entre rispidez e rapidez em momentos de emergência e internação. A compreensão da prioridade no atendimento de pacientes que se encontram em estado grave em referencia a ele. E em outras situações em que haveria uma compreensão por parte deste, como se soubesse das condições de trabalho e do ambiente da unidade. O ambiente da unidade não denota somente o quantitativo de recurso material, mas as condições físicas e psicológicas dos pacientes, a interação entre os diversos profissionais, os recursos humanos e sua inter-relação.

O enfermeiro se preocupa em fazer diferente e vê no cuidado singularizado o caminho da valorização profissional.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos propriamente estas considerações, é preciso conceitualizar os termos “pacientes” e “clientes” usados neste estudo, a fim de esclarecer nosso ponto de vista e evitar possíveis dúvidas na leitura do mesmo.

Quando elaboramos o projeto, tínhamos uma visão sobre a posição e a definição da figura “cliente”, como sendo aquele indivíduo que busca tratamento e encontra um ambiente propício para o seu restabelecimento. Um ambiente que preserva sua identidade e respeita sua condição de cidadão, seus direitos e deveres, resguardando a sua capacidade de compreensão e a manutenção de suas relações externas.

Durante o processo de coleta de dados, retomamos a utilização do termo “paciente”, por identificá-lo como a verdadeira condição desse indivíduo, a de ser ainda paciente. Utilizamos este termo por falta de outro, talvez intermediário, o que delineou a realidade. Uma fase de transição com momentos de alternâncias entre a visão reducionista e mecânica e a visão integral e multidimensional na forma de assistir a esse ser.

Alternando a assistência reducionista/mecânica e o cuidado integral/expressivo, ainda no âmbito de um pequeno grupo e por alguns momentos, identificamos a necessidade dessas mudanças baseadas na própria valorização do profissional enfermeiro. O paradigma atual não atende mais as necessidades do indivíduo complexo e pouco a pouco, vamos vencendo essas concepções, arraigadas em todos os segmentos da sociedade, educação, política e principalmente na área da saúde influenciando nosso modelo assistencial.

Identificamos na unidade estudada dois modelos assistenciais utilizados pelos enfermeiros no trabalho diário. O padrão de atendimento integral, no qual o enfermeiro assume no plantão, uma escala com dois ou três pacientes, de acordo com a complexidade dos mesmos, e procede ao atendimento global; medicação, banho, curativos, acompanhamento para exames, entre outros. Em outras ocasiões, utilizavam o padrão assistencial em equipe.

Observamos que no primeiro modelo, padrão de atendimento integral, há um desgaste dos enfermeiros devido à complexidade do paciente e a absorção do tempo integral em tarefas de conforto e assistência. Somente alguns procedimentos são divididos com outros enfermeiros na forma de auxílio. Identificamos a opressão sofrida por esses profissionais devido à quantidade de tarefas a serem realizadas, e que devem ser milimetricamente desenvolvidas em centésimos de minutos, já que o tempo passa a ser curto.

Considera-se nesse padrão assistencial a dedicação exclusiva, mas... existe a condição de qualidade? A quebra na continuidade do cuidado se estabelece na passagem de plantão, já que o próximo plantonista nem sempre assumirá o mesmo paciente. As tarefas de verificação de sinais vitais, glicemias e a coleta de diurese são realizadas pelos auxiliares de enfermagem.

No segundo padrão citado, enfermagem em equipe, as tarefas de medicação, fechamento de balaço hídrico, banhos e procedimentos, são distribuídas entre os enfermeiros, mesmo respeitando uma escala por número de pacientes. Assim, o enfermeiro responsável pelo paciente participa do banho, curativo e dos procedimentos prescritos. Diante a demanda da clientela é comum que no atendimento geral ocorra à assistência a todos os pacientes, por todos os enfermeiros. Por isso, todos devem estar cientes do diagnóstico, exames e

intercorrências que os envolvem. Observamos neste padrão uma integração entre os membros da equipe, um espírito de cooperação de grupo, um interesse de todos os enfermeiros sobre todos os pacientes.

Os auxiliares permanecem com as mesmas tarefas anteriores de auxílio. Reafirmamos que devido ao padrão assistencial exercido nesta unidade o enfermeiro desenvolve todas as atividades desde ações técnicas de menor importância como as de auxílio em tratamentos de cura, contrapondo alguns autores. Referem a preferência dos enfermeiros por procedimentos complexos e no auxílio em tratamentos de cura, designando aos auxiliares e técnicos de enfermagem as demais atividades.

Assim, identificamos que os padrões vão sendo adaptados de forma a escapar da rigidez dos horários e do volume de procedimentos, sendo estes divididos, compartilhados, para desenvolver a prática e utilizar o tempo realizando um melhor cuidado.

O cuidado é o objeto da enfermagem e o cuidar é a sua essência. Percebemos que a palavra *cuidado* para alguns enfermeiros, define o resultado da assistência prestada pelo profissional enfermeiro, porém devemos identificar estratégias que resultem em uma atenção singularizada, humana, eficiente.

Mas afinal o cuidado é uma qualidade humana ou uma competência desenvolvida pelos profissionais de saúde? Parte de alguma vocação do indivíduo pelo bem de seu próximo, ou apenas uma técnica. Em nosso estudo identificamos que o cuidar é mais que uma prática, é um encontro como corrobora a Enf.^a Tulipa:

Não somos nós que escolhemos o paciente, é o paciente que nos escolhe.

Existe mais que uma simples presença e satisfação de necessidades, existe um envolvimento, uma relação de respeito, gentileza, disponibilidade, interesse, apoio e confiança, identificação.

Você vendo a reação do paciente em algumas situações, você muitas vezes se coloca no lugar dele. Por que muitas vezes a gente recebe gente jovem, como a gente, ou pacientes idosos como os nossos avós, como os pais da gente. (Enf.^a Lírio¹).

O processo de cuidar não ocorre no singular; ocorre na interação entre o ser que cuida e o ser que é ou será cuidado. Mas para que esse processo se desenvolva, depende de disponibilidade, receptividade, intencionalidade, confiança, produzindo o crescimento dos atores envolvidos.

Observamos neste estudo todos esses comportamentos, somando-se as atitudes baseadas em conhecimentos científicos, que designam as ações profissionais que se encontram presentes mesmo em ações técnicas de menor complexidade. Se o cuidado é o objeto para a ação do enfermeiro, nem sempre o identificamos como sendo ideal, então buscamos o cuidado humano, que poderia parecer para muitos uma redundância.

Porém, almejamos o cuidado integral ao considerar todo o ser multidimensional, incluindo o profissional que também está sujeito às intempéries de ser humano. Esta observação se encontra registrada na fala da Enf.^a Margarida:

Na verdade a gente é ser humano. Um ser humano com qualidades e defeitos e com emoções diferenciadas. Que tem empatia, antipatia... que tem cólica...

O enfermeiro também se mostra como um ser humano, e apresenta a necessidade de ter sua parcela de subjetividade valorizada. Muito diferente do que aprendemos na graduação, o enfermeiro nem sempre consegue anular seus sentimentos e emoções, e muito menos, deixar de relacionar o seu cuidado ao

prognóstico do paciente, colocando sobre si muitas vezes, essa responsabilidade, esse sentimento de frustração advindo da morte.

O cuidado que não resulta em cura é referido na literatura. A cura é, e deve ser desejada, porém nem sempre é possível. Mas, deveríamos apreciar e valorizar as ações do cuidar, de estar presente e dar ao nosso paciente a dignidade do morrer.

O envolvimento do enfermeiro em compartilhar esperanças e tristezas com o paciente também denota uma empatia mútua. Dividido entre a esperança e o sofrimento, também vibra com a recuperação e se sente aí realizado.

Sempre quando vou fazer qualquer procedimento no paciente, lembro-me que ele é uma borboleta, que tem de passar pelo casulo para virar uma linda borboleta... Quando vou fazer algum procedimento peço a Deus para que alargue minhas fronteiras, que eu faça o melhor, que (eu seja melhor que) era antes, cada vez mais (para) ajudá-lo, (Enf.^a Margarida).

O enfermeiro compreende que possui uma técnica prática, cem por cento invasivas, que a todo o momento se encontra invadindo o espaço de confiança do paciente, e quando pensa sua prática visualiza outro lado dessa atenção, o cuidado integral, valorizando a subjetividade do paciente cuidando em outras dimensões.

Esse cuidado que se interessa pelo subjetivo do outro, busca a tradução do que o paciente sente e como sente. O enfermeiro refletindo sobre sua prática descreve esses momentos produzidos pela pesquisa como importantes, e desvenda a necessidade de uma mudança em sua forma de promover o seu cuidado, sendo mais expressivo e menos mecânico:

... É bom refletir, às vezes a gente está no nosso corre-corre, no nosso dia-a-dia e agente cai naqueles momentos de realizar (o cuidado) mecanicamente, se não estivermos esses momentos essa é a tendência. (Enf.^a Copo de Leite).

Ao constatarmos que os enfermeiros utilizam as expressões não verbalizadas dos clientes de forma a modificar seu cuidado, tornando-o singularizado, individual e efetivo, acreditamos estar participando de uma fase de transformação rumo a um novo paradigma, ainda no âmbito pessoal, mas real, no qual o modelo biomédico e o cuidado expressivo se mesclam no dia-a-dia. A transmutação de nosso paciente de uma lagarta para uma borboleta através de nosso cuidado.

Quando iniciamos a análise do primeiro quadro, tentamos compreender como se processa a observação e a tradução da CNV do paciente pelo enfermeiro. Durante o procedimento assistencial, identificamos que o enfermeiro observa a reação do paciente identificando sua manifestação não-verbal e a traduz em sentimentos. Expressa o cuidado visando essa necessidade para a manutenção do equilíbrio psicossocial e psicobiológico deste indivíduo.

Baseando-se nos sentimentos de medo, abandono, insegurança e falta de apoio, o enfermeiro investe na realização de seu cuidado com expressões de apoio, confiança e segurança para a manutenção desse equilíbrio. Como referido pela enfermeira Girassol:

Nem sempre é cuidado intensivo, fazer medicação, dar banho, (o cuidado intensivo) é parte da comunicação e também é cuidado.

Os resultados deste estudo nos situam em um momento de transição, e por essa razão, a presença de um sentimento de dualismo. Tentamos manter o rigor científico e por outro, livrar-nos do conservadorismo das formas, buscando a subjetividade. Porém, ao revermos os dados, nós enfermeiros, ainda nos consideramos imaturos no enfrentamento de questões que lidam com a espiritualidade do outro e cujas variáveis não podemos controlar, pois escapa-nos entre os dedos, nas falas e nos atos. E nos posicionamos, às vezes, como observadores do sentimento do outro.

Identificamos a comunicação e principalmente a capacidade da tradução da comunicação não-verbal como ponto-chave para um cuidado singular integral, a Enf.^a Orquídea nos aponta como uma estratégia:

Sou uma pessoa que brinco muito, vejo o paciente quieto, começo a falar besteira para descontraír até para estabelecer uma relação de afinidade mesmo.

A comunicação, em toda a sua dimensão, é um instrumento importante e muito utilizado pelo enfermeiro em todos os momentos de cuidado, seja no diagnóstico, nas orientações, na medicação ou nos procedimentos. Esta nos aproxima do paciente e de sua realidade nos permitindo compartilhar de seu momento.

A comunicação, como apresentada nesta pesquisa, produzindo uma forma de cuidado singular e efetivo, é identificada também como o caminho para a valorização do profissional enfermeiro. O significado, dado pelos pacientes, ao cuidado expressivo é mais valorizado frente ao cuidado instrumental e isto é observado pelo enfermeiro e nos remete a fala da Enf.^a Tulipa:

É uma questão que qualifica mesmo, quando os pacientes saem daqui e quando os vemos depois, não é a técnica que fica na cabeça deles,... O que fica são os cuidados mesmo. A atenção, isso fica, não mais a técnica.

Mesmo reconhecendo a importância de buscar o lado subjetivo do paciente e auxiliá-lo a compartilhar os sentimentos negativos, trazendo-lhe a tranquilidade e a segurança. E, referindo ser esse o caminho para a valorização de ambos os atores do cotidiano na unidade cardiointensiva, os enfermeiros referem à existência de empecilhos para a realização desse cuidado singular baseados nas necessidades integrais do paciente.

Encontram-se destacados como impeditivos: a estrutura organizacional hospitalar, com seus horários e rotinas; a visão do especialista, fragmentada no órgão alvo; o planejamento baseado em procedimentos e não em cuidados. Assim, o enfermeiro não se encontra no mesmo tempo real que o paciente, porém na mesma dimensão. Este é o momento de (*re*) olhar e revisitar os caminhos trilhados e futuros da profissão Enfermagem.

A visão do progresso contínuo e linear de cura não é a realidade vivenciada em nosso dia a dia. Esse processo que pode resultar ou não na cura compõe-se de degradação, desordem e principalmente do inesperado. Talvez seja esse mesmo processo associado à intencionalidade no cuidado o promotor que esteja conduzindo o profissional enfermeiro a reagrupar as partes fragmentadas anteriormente em um indivíduo complexo. Frente a estas concepções, sentimo-nos muito felizes em identificar que o enfermeiro atuante nesta unidade, inicia um processo de mudança real no cuidado e apresenta o seu posicionamento neste contexto também como indivíduo possuidor de subjetividades.

A unidade cardiointensiva é altamente especializada na doença cardíaca, fragmentada em sua especialização, originalmente tecnicista, cercada de equipamentos, rotinas e protocolos. Neste cenário, os profissionais que atuam necessitam de especialização além de um aprendizado direto da manipulação destes equipamentos para poder agir nesse ambiente.

Ao nos especializarmos, reduzimos e simplificamos nossa atenção a uma parte desse homem. Habitamo-nos a uma visão fragmentada cada vez mais direcionada para o microcosmo, e não para o macrocosmo, com isso perdemos a capacidade de observar o homem em seu ambiente. Logo, não compreendemos suas relações e interações. Desta forma, tratamos o próprio homem como matéria a

ser fragmentada para ser estudada. Ao submetermos esse homem a uma desobstrução de uma artéria acreditamos tê-lo curado, não compreendemos que uma das causas que o leva a desenvolver essa doença se encontra na relação com a sua própria vida.

Mesmo com estas características reducionistas identificamos a existência de uma cultura na unidade cardiointensiva, alicerçada em sinais, símbolos e linguagens não-verbais, que se revelam em sentimentos e sentidos e se representam em expressões de cuidado baseadas em manter o equilíbrio físico e psicossocial do paciente.

Através da vivência dos sentidos sociocomunicantes pudemos entender e identificar este código utilizado pelos enfermeiros na valorização da CNV do paciente cardiopata. A utilização dos sentidos do enfermeiro na identificação dessa comunicação se desmembrou em vários significados e comportamentos de acordo com o momento da observação e o seu objetivo. Tornando-se apurado, sensível, diretivo ou ampliado, ou mesmo paciente. Os sentidos na observação se adjetivaram para melhor avaliar, caracterizando-se na propriedade diagnóstica do enfermeiro.

Partindo da percepção sobre o paciente cardiopata pelo enfermeiro, reconhecemos em sua fala a simbologia relativa à doença cardíaca. Identificada por alguns como um estigma, é visto pela sociedade como um condenado à morte por opção. Esta doença é concebida pelo enfermeiro como umas das mais graves, do ponto de vista do paciente, sua família e a sociedade. Uma doença sem esperanças. Essa projeção da doença cardíaca, segundo os mesmos sujeitos pode ocorrer devido a pouca divulgação do real número de procedimentos cardíacos e de muitos de seus resultados positivos.

A transcrição da personalidade do paciente cardiopata referido pelos enfermeiros e já visualizado pelas culturas orientais, pode nos auxiliar na sensibilização deste indivíduo para a prevenção da doença e para a aceitação da conduta terapêutica. Na redução dos momentos de “estresse”, ultrapassa a administração de hipertensivos, promovendo uma tranqüilidade interior, alicerçada na confiança. A utilização do toque expressivo se processa como uma chave para abrir corações, considerando ainda a necessidade de haver maior aproximação, pelo fato de estar-se presente e comprometido.

Mas, se de um lado nos preocupamos com o bem-estar psicológico do paciente, em outro momento ligamos o ‘automático’ no desejo de realizar uma seqüência de procedimentos ou o atendimento em massa. Transformamos nossas borboletas em pedra, sem sentidos ou sentimentos. E passamos a atuar em uma dimensão onde o tempo é superior a quase tudo, ao pudor e ao conforto. O tempo somente pára quando se observa uma crise que não pode ser ultrapassada, então, é o momento de parar e conversar, pois não tivemos tempo de evitá-la.

Ao descrever a imagem do paciente internado na unidade cardiointensiva, estes relatos se apresentaram como uma avaliação diagnóstica desta unidade, com as observações que deveríamos valorizar. O chamado período de adaptação, que muitas vezes se remete ao início de uma nova medicação, pode ser o período necessário para o paciente reconhecer a unidade e os profissionais que nela atuam. Esse período pode ser amenizado com a aproximação maior dos profissionais; considera-se nesse momento, outra possível estratégia que corresponde a um pré-operatório mais participativo com o envolvimento familiar.

Destacaram-se às questões de humanização no setor e entre elas, a possibilidade de rotinas mais flexíveis, facilitando a integração da família no

ambiente intensivo, já iniciado por algumas instituições hospitalares. Obviamente, isso depende tempo, dedicação, treinamento e disposição, tanto da instituição como dos próprios profissionais para que aconteça. Outra questão é quanto ao uso de telefones, relógios, rádio e televisão os quais acreditamos, possam auxiliar a manter o paciente ligado à sua realidade e mais seguro de si, além de ser uma forma de distração.

Em referência à disposição dos leitos na unidade, um de frente ao outro, possibilita a interação entre os pacientes dando-lhes a percepção de não estarem sozinhos na doença, de não serem os únicos a sofrer desse mal. Mas também, promove a divisão do sofrimento com o outro paciente, e assim há o aumento da ansiedade, talvez pela referência do outro ser um possível espelho de seu futuro.

Entendemos, através da pesquisa, que temos de investir na informação do paciente cardiopata, reduzindo sua ansiedade frente à terapêutica, às suas condições de reabilitação e às possíveis adaptações em sua rotina para a manutenção de uma qualidade de vida. Precisamos, também, possuir a capacidade de nos comunicar com esse paciente de forma a sensibilizá-lo, a ponto de, torná-lo mais confiante e manter-se mais estável.

Através da experiência de ser paciente, na vida real ou na participação do psicodrama, o enfermeiro percebe sentimentos e emoções que lhe causaram estranhamentos e desconfortos. Analisando melhor essas sensações, vemos que são efeitos das mesmas atitudes, também exercidas por eles, e que se traduzem em falta de respeito, ou mesmo de interesse por aquele que se encontra ali deitado.

A dramatização possibilitou desvelar a insegurança, a impotência, a incapacidade de compreensão as quais associamos ao paciente, independente de sua identidade ou seu posto. Essa postura da equipe de enfermagem parece-nos

globalizada, apresenta-se em todos os setores e instituições uma forma generalizada de atendimento; e quando agimos assim, não é cuidado.

Algo que nos chamou a atenção foi o surgimento de uma questão subjacente “a verdade do saber do paciente”. A verdade ou o conhecimento que cada um tem de si mesmo. O que gostamos, como reagimos, como sentimos nosso corpo, quais as nossas possíveis reações. O que é dor, o que é prazer.

Somente nós o sabemos, e essas questões são desvalorizadas em nosso cuidado enquanto enfermeiros, não sendo levadas em consideração. O incômodo com que desconhecemos a causa, a necessidade de chamar o enfermeiro durante todo o tempo para que ele fique ao nosso lado, aquela angústia, ou até mesmo a dor que sentimos no local da punção.

Ainda que quando profissionais, não possamos identificar, devemos valorizar e trocar o acesso, permanecer mais tempo ao seu lado, ou simplesmente escutá-lo. Esta “verdade” que todos nós sabemos que existe, pois sentimo-la e não consideramos nem sinais e nem sintomas. Este saber de nosso íntimo e que não possuímos instrumentos para medi-lo, esta verdade subjetiva que não devemos menosprezar.

Este estudo não parte da pesquisa-ação, porém, segundo alguns depoimentos, o espaço criado durante a pesquisa foi importante por levar a um estranhamento na forma de cuidar em cardiointensiva e até a ocorrência de mudanças na prática. Acreditamos que a construção coletiva desse espaço virtual e transversal à prática deva ser valorizado e difundido como um espaço para o desenvolvimento da reflexão crítica de cada um e do grupo.

Como estamos fazendo enfermagem? Qual é o nosso objetivo? Desta forma obtemos o nosso objetivo? Muitas foram às questões tratadas pelos enfermeiros,

dando-lhes a oportunidade de refletir e mudar as estratégias. Acreditamos que deva ser instituído como estratégia no dia a dia de qualquer unidade, auxiliando a fortalecer o grupo e instigar a reflexão crítica.

Ao cumprirmos os objetivos propostos deste estudo, pretensiosos na busca em provar a utilização da comunicação não-verbal pelo enfermeiro de uma unidade cardiointensiva, podemos constatar a existência de mudanças no desenvolvimento do cuidado. Ainda invisível aos olhos dos menos atentos, mesmo com o distanciamento existente entre a prática e a academia, esta surge por uma necessidade do próprio enfermeiro assistencial.

Tendo decorrido oito meses após o término da coleta de dados na unidade, presenciamos a apresentação da enfermeira Margarida (pseudônimo na pesquisa), que discursou sobre o assunto: conforto e desconforto do paciente na unidade cardiointensiva. Relatou entre outras mudanças, a adoção de instrumentos de avaliação da dor e desconforto dos pacientes no setor.

Em conversa com a autora, nos bastidores, esta nos revelou a transformação ocorrida no setor; a redução para zero em relação às lesões de decúbito, mesmo em pacientes de longa permanência. Assumindo a educação continuada do setor, esta tem podido proporcionar palestras semanais sobre vários assuntos, além de treinamento dos equipamentos. A Enf.^a Margarida, assim como a enfermeira gerente do setor nos confirmaram que muitas mudanças ainda irão ocorrer como fruto desta pesquisa na unidade, o que nos deixou imensamente feliz. Recebemos o convite para participar deste grupo e apresentar este estudo na unidade.

Sinto-me muito feliz por assistir em tão pouco tempo os frutos da semente de mudanças plantada no seio desta unidade. Acredito que essa frágil e delicada flor,

mantida pelo esforço de muitos, se transformará em uma frondosa árvore espalhando seus galhos por muitos setores.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, D. **História natural dos sentidos**. São Paulo: Bertrand Brasil, 1990.
- ALBANESI F^o, F. M. Indicadores de doenças cardiovasculares no Estado do Rio de Janeiro com relevo para insuficiência cardíaca. **Revista Socerj**, v.17, n. 4, v. 2, p. 64-69, 2004. Disponível em: www.sociedades.cardiol.br/socerj/revista/ve2004.asp_Acesso em jan/2008.
- ARAÚJO, S.T.C. **Os sentidos corporais dos estudantes de enfermagem 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 Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. 241f.
- ARAUJO, S.T.C. **Percepção sensorial da comunicação não-verbal no cuidado, ensino e pesquisa em enfermagem**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.
- ARAUJO, S. T. C.; SÓRIA, D. A. C.; MOURA, V. L. F de; LIMA, E. M. dos S. A semiologia da expressão dos pacientes com feridas cirúrgicas no pós-operatório imediato. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro v.8, n.1, p.55-61, abr., 2004 a.
- ARAÚJO, S. T. C.; SANTORO, D. C.; PORTO; I. S.; SANTOS, I. dos; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Manifestações não-verbais de clientes com distúrbios cardiovasculares percebidas por alunos de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n.12, p. 166-172, 2004 b.
- ARAÚJO, M. M. T. de; SILVA, M. J. P. da; PUGGINA, A. C. C. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n.3, p.419-425, 2007.
- ASSAD, J. E. **Emergências Cardiovasculares**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPUB, 1999.
- BARBIER, R. **A Pesquisa - ação na instituição educativa**. (Tradução de Estela dos Santos Abreu). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- BANNER, P. **Do novato ao expert** . Lisboa: Quarteto,1999.
- BAX, A. M. C.; ARAÚJO, S. T. C. A decodificação da comunicação não-verbal, na prática de cuidado singular: percepção da enfermagem. **Anais do 3º Seminário de Saberes e práticas do cuidar em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Out., 2008.
- BERLO, D.K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática**. São Paulo.:Martins Fontes, 2003.
- BITENCOURT, J. V. de O. **Padrões de prestação de cuidados de enfermagem: uma contribuição para a implementação do processo de enfermagem**. 2007.

(Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 165 f.

BOAL, A. **O teatro do oprimido e outras poéticas públicas**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAGA, M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

BRASIL, 1996. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. disponível em: <http://www.ufgs.br/bioetica/res.196.96.htm> acesso em: maio de 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1986.

CASTILHO, A. **Dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003.

COELHO, J. A. B. As percepções sensoriais da enfermagem em Centro de Tratamentos de Queimados: o cuidado revelado através da vivência sociopoética. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 221f.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Lei de exercício do profissional de enfermagem, 7.498/1986. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 5 de junho de 2010.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1989.

CORRÊA, C. G. Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1997.

CREMA, R. **Introdução à visão holística: breve relato de viagem ao novo paradigma**. São Paulo: Summus, 1989.

CRUZ, D. de O. A. Perceber e (com) viver com o cateter de diálise peritoneal; uma contribuição do cliente para a Enfermagem. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2006. 109f.

DATASUS. 2008. Internação e óbitos no Sistema Único de Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br Acessado em: 9 de out. de 2008.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano.** Tradução portuguesa Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método.** São Paulo: Hemus, 1975.

DUQUE, C. S. A (con)vivência do cliente frente a disfunção erétil: uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no pré-operatório. 2005 Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2005. 141.f

DUQUE, C. S.; ARAÚJO, S. T. C. A percepção visual do cliente frente à disfunção erétil: a dimensão subjetiva para o cuidado de enfermagem no pré-operatório. **Esc. Anna Nery Rev Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 381-382, dez., 2005.

ESPIRITO SANTO, F.H do; PORTO, I. S. **Cuidados de enfermagem; saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar.** 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008.

FERREIRA, A. B. de H. **O dicionário da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GAUTHIER, J. **Sociopoética. Encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais/enfermagem e educação.** Rio de Janeiro: Escola Anna Nery/ UFRJ, 1999.

GAUTHIER, J; SANTOS, I. **A sóciopoética. Fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa vivência.** Rio de Janeiro: UERJ, DEPEXT, NAPE. 1996.

GONTIJO, S. **O livro de ouro da comunicação.** Rio de Janeiro: EDIOURO, 2004.
HALL E. **A Dimensão oculta.** Lisboa: Relógio d'água; 1986.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

INABA, L.C.; SILVA, J.P.da; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: a visão dos familiares e sua adequação pela equipe de enfermagem. São Paulo: **Universidade de São Paulo**, v.39, n.4, p.423-9, 2005.

KNAPP, M. L.; HALL, J. A. [Tradução Mary Amazonas Leite Barros]. **Comunicação não-verbal na interação humana.** São Paulo: JSN, 1999.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 2009.

LIMA, M.J. **O que é enfermagem.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas.** São Paulo: Roca, 1996.

MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M (org.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: artes Médicas, 1998.

MORIN, E.; KERN, A.B. **Terra-pátria**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez/ ABEn - CEPEN, 1989.

PONTES, A.C.; LEITÃO, J. M. T. A.; RAMOS, J.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enf**, Brasília, v. 61, n. 33, maio-jun., 2008.

SANTOS, I. ; GAUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N. M. A. de; PETIT, S.H. (orgs.). **Prática da Pesquisa nas Ciências Sociais. Abordagem Sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SAES, S.C.; ARAÚJO, S.T.C. O cuidado de enfermagem através dos sentidos corporais do cliente em diálise peritoneal: uma abordagem sociopoética. **Esc Enf Anna Nery Rev Enf**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 259-266, ago., 2004.

SEO, W.G. **Quiroacupuntura: guia prático de terapia preventiva**. São Paulo: Ícone, 2000.

SIQUEIRA, A.B.; FILIPINI, R.; POSSO, M.B.S.; FIORANO, A.M.M.; GONÇALVES, S.A. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq Med ABC**, v. 31, n. 2, p. 73-77, 2006.

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

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Loyola, 2007.

_____. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Rev Nursing**, São Paulo, n. 41, p. 14-20, out., 2001.

VACCHIANA, A. **Shiatsu facial: a arte do rejuvenescimento**. Rio de Janeiro: Brasport, 2000.

VASCONCELLOS, M.J.E. de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2002.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: a relações entre o eu, o outro e o Cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing.** New York: National League for Nursing, 1998.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem.** Rio de Janeiro: Lusociência, 2002.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação.** São Paulo: Cultrix, 2007.

ZANINI, A.C.; OGA, S. **Farmacologia aplicada.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1985.

APÊNDICES / ANEXOS

APÊNDICE A



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “Enfermagem em unidade cardiointensiva; traduzindo a comunicação não-verbal, através dos sentidos corporais”, possui como objeto de pesquisa que tem como objetivos:

- Levantar as diferentes comunicações não-verbalizadas dos clientes na prática assistencial do enfermeiro em unidade cardiointensiva.
- Identificar com quais sentidos corporais o enfermeiro percebe a comunicação não-verbal do cliente na unidade cardiointensiva.
- Discutir como a comunicação não-verbalizada subsidia um cuidado de enfermagem singular.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de dinâmicas distribuídas em três encontros. Este estudo é baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a sociopoética.

No primeiro encontro, o grupo (enfermeiros), fará a discussão das experiências vivenciadas na prática de enfermagem com a comunicação não-verbal do cliente e a associação com os seus sentidos, através de desenho e escrita. Sendo a explanação individual gravada o áudio em aparelho MP3 e as produções fotografadas em câmera digital, para posterior transcrição e discussão com o próprio grupo.

No segundo encontro, os temas levantados no primeiro encontro, serão transformados em texto para dramatização na forma de teatro mudo, e será filmado com filmadora de fita magnética. As filmagens serão apresentadas e discutidas pelo próprio grupo, este debate será gravado em gravador tipo MP3.

No terceiro encontro, será discutida a produção total do grupo, após a organização dos dados pela pesquisadora.

A gravação em áudio será deletada e a fita magnética de áudio e vídeo será incinerada após cinco anos, assim como as fotografias impressas.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua **privacidade** será assegurada uma vez que seu nome será substituído por uma cor de forma aleatória. Os **dados coletados** e a **fotografia dos trabalhos produzidos** serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e /ou revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se ou desistir de participar e **retirar o seu consentimento**. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. Sendo assim,

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os **riscos** relacionados com a sua participação são, significativamente, restritos, podendo ocorrer no âmbito das emoções, já que não temos como prever na totalidade, o efeito que as conclusões das dinâmicas podem causar, apesar destas não terem um cunho pessoal, inquisidor, ou ainda, alguma forma de expor a **constrangimentos** o que seria o possível **desconforto**.

aprendizagem humana e a atenção, pode motivar os participantes no sentido de buscar novas práticas voltadas para a visão holística do cuidado.

Você receberá uma **cópia** deste termo, onde consta o e-mail e **telefone** do **pesquisador, do orientador** e o endereço e **telefone da instituição envolvida**, podendo tirar as suas **dúvidas** sobre o projeto e sua participação, **agora ou a qualquer momento**.

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

Rua Sacadura Cabral, 178 – 5º andar – Bairro Saúde – RJ – Tel.: (21) 22913131 R: 3544

www.hse.rj.saude.gov.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa no HSE. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do HSE pelo telefone (21) 2291 3131 R: 3544”.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo. Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento

RJ, ___ / ___ / 2009 Sujeito da pesquisa _____

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

RJ ___ / ___ / 2009 Pesquisador: _____

Rio de Janeiro ___ de _____ de 2009

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa intitulada “Enfermagem em unidade cardiointensiva; traduzindo a comunicação não-verbal do cliente, através dos sentidos corporais.”

Nome do sujeito da Pesquisa: _____

Prof.^a Dr.^a Sílvia Teresa Carvalho de Araújo
EEAN/UFRJ
Cel(21)-9977-7730

email: stcaraujo@gmail.com.br

Enf.^a Ana Maria Cunha Bax
Pesquisador Responsável
Cel:(21)-8763-9055

email: ana_bax@oi.com.br

APÊNDICE B - Quadro nº.4. Relação da Observação da CNV na Prática e a Expressão do Cuidado Singular.

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Preparo de material para procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Choro 	<ul style="list-style-type: none"> • Paralinguagem • Cinesias • Faciais • Proxêmias 	<ul style="list-style-type: none"> • Saudade • Insegurança • Medo 	<p>“(…) Passei perto do leito dela, e ela estava <u>chorando</u> muito. <u> Você está sentindo dor? </u> <u> Não estou com <u>saudades</u> de casa, família, da minha rotina, quero ir embora.” (Enf.^a Girassol¹).</u></p>	<p>“Conversei tentei tranquilizá-la.. Ela falou: <u> Tudo bem. Está chegando à hora da visita e você mata um pouco a saudade. </u> <u> Passaram-se dois dias ela teve alta.”</u> (Enf.^a Girassol¹)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do equilíbrio • Psicossocial. • Segurança • Apoio
Durante procedimento de dissecação	<ul style="list-style-type: none"> • Segurar a mão 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinesias • Corporalidade • Proxêmias 	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança • Medo • Buscar apoio • Ansiedade 	<p>E durante a dissecação que durou quase 2 horas, até a dissecação era complicada... E a paciente <u> agarrou a minha mão.</u>” (Enf.^a Orquídea)</p>	<p>“Para ela foi importante sentir a minha mão. Se você pode fazer isso para contribuir, por que não?” (Enf.^a Orquídea)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do equilíbrio psicossocial • Confiança • Apoio

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Paciente durante a aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Desconforto causado pela aspiração 	<ul style="list-style-type: none"> Cinesias Corporalidades Paralinguagem 	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedade Desconforto 	<p>“...O <u>desconforto</u> principalmente na aspiração do paciente de traqueostomia, paciente acordados em desmame da ventilação.” (Enf.^a Orquídea)</p>	<p>“... Você pode observar minimizar o tempo de aspiração, contribui para o bem estar dos clientes.” (Enf.^a Orquídea).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção do equilíbrio fisiológico. Manutenção do equilíbrio psicossocial Conforto
Paciente antes de cardioversão	<ul style="list-style-type: none"> Segurar a mão O pânico no rosto Choro 	<ul style="list-style-type: none"> Cinesias Corporalidades Linguagem Paralinguagem Proxêmias 	<ul style="list-style-type: none"> Insegurança Medo Busca de apoio. 	<p>“(…) Ela <u>grudou na minha mão</u> e não largava mais. Não largava mais (...) vi o <u>pânico no rosto</u> dela, <u>chorando</u> queria ir embora, querendo ligar para o marido.” (Enf.^a Tulipa)</p>	<p>“-Mas quando me derem o choque você vai estar aqui, segurando a minha mão? -Olha na hora do choque não. Mas vou estar aqui bem pertinho...” (Enf.^a Tulipa) ... “Conversando, e aí preparando o material e aí conversando com ela, ela falou que tinha almoçado.” (Enf.^a Tulipa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção do equilíbrio psicossocial Segurança Apoio

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Punção Venosa	<ul style="list-style-type: none">• Face de dor• Retorcendo• Tremer	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias• Corporalidade• Paralinguagem• Proxêmias	<ul style="list-style-type: none">• Insegurança• Medo• Dor	“... <u>Face de dor</u> , quando a gente vai puncionar, você vai puncionar olha a carinha da pessoa, ele ta lá <u>retorcendo</u> . Teve um paciente, uma vez, que chegou a <u>tremar, tremia.</u> ” (Enf. ^a Branca)	“O senhor está nervoso? -Fiquei falando com ele um tempão e ele se acalmou, até a pressão estava altíssima,baixou um pouco...” (Enf. ^a Branca)	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial• Manutenção do equilíbrio fisiológico• Confiança• Segurança
Punção Venosa	<ul style="list-style-type: none">• Olhar de lágrimas• morder os lábios• Puxar a mão• Tremer	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias Faciais• Paralinguagem• Cinesias• Corporalidade• Proxêmias	<ul style="list-style-type: none">• Medo• Insegurança• Desconhecimento• Ansiedade	“Esse <u>olhar</u> muitas vezes pode ser um <u>olhar de lágrimas</u> . Observo a <u>face dessa paciente</u> como estão os lábios, o <u>morder os lábios</u> . O não não-verbal, que ela apresenta quando <u>puxa a mão</u> e muitas vezes quando <u>treme.</u> ” (Enf. ^a Margarida)	“Eu toquei nela ela olhou para mim. Tipo fosse eu e você, um só. Como se ela tivesse me dado o consentimento não-verbal, que eu poderia puncioná-la. Então, toque de energia. correndo uma interação. Eu e ela uma só pessoa numa meta comum, que é fazer que ela vire uma linda borboleta.”(Enf. ^a Margarida).	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial.• Manutenção do equilíbrio fisiológico.• Confiança• Interação

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Punção Venosa	<ul style="list-style-type: none">• Medo	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias Faciais• Cinesias• Corporalidade• Proxêmias	<ul style="list-style-type: none">• Medo• Insegurança• Desconhecimento• Desconforto	“...Era um paciente idoso. Não muito idoso, mas, que ele nunca tinha ficado internado. E você via que parecia ser uma pessoa muito simples mesmo. Mas ele tinha tanto <u>medo</u> dos <u>procedimentos</u> , mesmos os mais simples de fazer glicemia, colher sangue tudo... Mas era <u>nervoso, medo</u> . Ele tinha <u>pavor</u> .” (Enf.ªLírio ¹)	“A gente explicava o que ia fazer mas na hora quando a gente se aproximava dele e ia tocar nele para fazer alguma coisa ele: – Pêra” aí, pêra aí, pêra aí.” (Enf.ªLírio ¹)	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial• Confiança• Segurança

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Admissão	<ul style="list-style-type: none"> • Olhar de Medo • Olhar de apavorado 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinesias Faciais • Cinesias • Corporalidade Proxêmias 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Insegurança • Separação da família. • Desconhecimento • Ansiedade 	<p>“...Mas o <u>olhar de medo</u> e de ansiedade é normal principalmente quando o paciente interna... Olho a <u>carinha</u> deles quando tem um paciente grave no box em frente, pós-operatório, aí ficam <u>apavorados.</u>” (Enf.^aBranca)</p>	<p>“...Isso é normal...” (Enf.^aBranca)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos sentimentos do paciente. • (necessidades psico-espirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Admissão	<ul style="list-style-type: none"> • Silêncio • Congelamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Silêncio • Cinesias • Corporalidade • Proxêmias 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da identidade/submissão • Opressão do Sistema Hospitalar. • Insegurança • Relação de Status. 	<p>“... A separação que tem. Você entrou aqui a <u>família fica do lado de fora.</u> Você vê logo que as pessoas mais idosas o estado deles... Você separa a família aqui dentro já tem dois. Um <u>monitorizando</u> e outro já <u>colhe sangue</u>, tudo de uma vez só, a gente não tem... <u>Tira a roupa dele, a roupa do hospital.</u> A <u>família já leva a roupa</u>, não pode ficar aqui, <u>tem que trazer isso, aquilo</u>”... (Enf.^a Bromélia).</p>	<p>“... E a gente vai mecanicamente.” (Enf.^aBromélia).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos sentimentos do paciente. • (necessidades psico-espirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Admissão	<ul style="list-style-type: none">• Silêncio• Congelamento	<ul style="list-style-type: none">• Silêncio• Cinesias• Corporalidade• Proxêmias	<ul style="list-style-type: none">• Abandono.• Relação de Status• Opressão do Sistema Hospitalar• Submissão	“... Eu percebo porque uns <u>ficam quietinhos</u> . Ela sentia, acho, longe de todo o mundo e ficava assim.... Tem gente que, acho que lida melhor com isso, mas têm gente, uns que você percebe que fica mais fechado.” (Enf. ^a Bromélia).	X	<ul style="list-style-type: none">• Observação dos Sentimentos do paciente.• (necessidades psico-espirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> Olhar de espanto. 	<ul style="list-style-type: none"> Cinesias Faciais 	<ul style="list-style-type: none"> Medo Desconhecido Insegurança Pânico 	<p>“... O paciente em pós-operatório, que ninguém fala nada para ele. Acorda da sedação com aquele <u>olhar de espanto</u>, de quem diz: - A onde eu estou o que aconteceu... e ninguém fala nada”.</p> <p>(Enf.^a Lilás¹)</p>	<p>“Então a gente para um pouquinho para falar quando está o irritado. Explica o que aconteceu que a cirurgia acabou que está tudo bem.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção do equilíbrio fisiológico Manutenção do equilíbrio psicossocial
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> Olhar de insegurança. Medo 	<ul style="list-style-type: none"> Cinesias Faciais Cinesias Corporalidades Paralinguagem 	<ul style="list-style-type: none"> -Medo Desconhecimento Desconforto 	<p>“... É tantas aparelhagens drenos, cateter vesical, então você vê que eles ficam com o <u>olhar de insegurança</u>, não sabe muito bem o que vai acontecer com ele e fica <u>com medo</u> também.”</p> <p>(Enf.^a Bromélia).</p>	<p>“E isso tudo a gente fica observando e tenta dar uma certa tranquilidade para ele.” (Enf.^a Bromélia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção do equilíbrio psicossocial Manutenção do equilíbrio fisiológico Confiança Segurança

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none">• Corporalidades de inquietação• Agitação• Dispnéia.	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias• Corporalidades• Cinesias Faciais• Paralinguagem	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedade• Insegurança• Falta de ar• Desconforto	<p>“... Estava sem sedação na tentativa de poder desmamar para extubar. Ele estava como a gente fala “<u>siri em lata</u>”. Tava numa <u>ansiedade</u> ali no leito. Assim como ficam mesmo. <u>Muito agitado</u>, muito agitado. Eu lembro que já estavam querendo voltar com a sedação para ele e desistir de extuba-lo. Estavam achando que não ia dar. Ele estava ficando <u>dispnéico</u>.” (Enf.^a Lílás²)</p>	<p>“É estranho mesmo, você vai para uma cirurgia ta voltando sem saber o que está acontecendo. Teórica-mente não tem ninguém ali do seu lado falando. Com aquele tubo na boca. Fui ao leito fazer uma medicação, ou um procedimento. Aí ele abriu o olho e quando ele abriu o olho e me olhou eu virei e falei: - Ih! Já está acordando, é? Ele ficou me olhando. Ele não falava nada. Ele ficava me olhando. E começou a fazer de novo aquela dispnéia. E eu comecei a conversar com ele:- Seu Fulano, calma. Tá tudo bem. A cirurgia já acabou. O Senhor Já está aqui na coronária. O Senhor Tem de ficar calmo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial• Manutenção do equilíbrio fisiológico• Confiança• Segurança

					<p>para poder tirar esse tubo. A gente está Avaliando. Respira. E ele começou a responder, sabe. Eu falava: – Puxa pelo nariz, solta pela boca. Em quanto o senhor não respirar a gente não vai conseguir tirar esse tubo. Aí, ele foi acalmado. Saí do leito. Daqui a pouco voltei e perguntei: – E aí, está mais calmo? Ele me olhou,, fez assim com a cabeça.” (Enf.^a Lílás²)</p>	
--	--	--	--	--	--	--

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSIONÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Banho no Leito	<ul style="list-style-type: none">Serrava a mãoCongelamento	<ul style="list-style-type: none">CinesiasCorporalidades	<ul style="list-style-type: none">InsegurançaDesalentoMedoDesconfiançaRecusa	“Ele fazia umas <u>expressões de recusa</u> e <u>serrava a mão</u> , ficava <u>duro na cama...</u> ” (Enf. ^a Girassol ¹)	“(…) A gente tentava dizendo : – Não, não é assim. Vai ser melhor.... – E eram momentos muito difíceis que agente passava com ele.” (Enf. ^a Girassol ¹).	<ul style="list-style-type: none">Manutenção do equilíbrio psicossocialManutenção do equilíbrio fisiológicoConfiança
Banho no Leito	<ul style="list-style-type: none">Tremor	<ul style="list-style-type: none">CinesiasCorporalidades	<ul style="list-style-type: none">MedoInsegurançaDesconfiança	“... Nós fomos dar o banho e eu levava uma tesoura na mão, a paciente começou a <u>tremor. Tremor muito...</u> ” (Enf. ^a Margarida)	“ Perguntei : – A senhora está com frio? Não está com febre... – Você vai cortar o meu cabelo? ”. (Enf. ^a Margarida)	<ul style="list-style-type: none">Manutenção do equilíbrio fisiológicoManutenção do equilíbrio psicossocialConfiança

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Banho no Leito	<ul style="list-style-type: none"> • Olhar preocupado • Olhar de dor • Aumento da Freqüência cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinesias Faciais • Cinesias • Corporalidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança • Falta de Fé • Medo da Morte • Desconhecimento 	<p>“.... Comecei a observar a comunicação não verbal através do <u>olhar dele</u>, dava para gente observar que ele estava <u>preocupado</u>, começou a <u>sentir dor</u> e com a dor a <u>freqüência cardíaca</u> dele aumentou. Aí ele <u>olhava para o monitor</u> e via que a freqüência dele tinha aumentado.” (Enf.^a Bromélia).</p>	<p>“.... Comecei a observar a comunicação não-verbal através do olhar dele..” (Enf.^a Bromélia).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos sentimentos dos pacientes. • (necessidades psico-espirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)
Banho no Leito	<ul style="list-style-type: none"> • Olhos Fechados 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinesias Faciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha. • Pudor • Invasão de privacidade • Exposição de sua intimidade. • Perda de identidade • Poder do Sistema hospitalar 	<p>“... Quando cuido de homens e somos na maioria mulheres. Observamos quando a gente se aproxima na hora do cuidado, quando vamos trocar eles,e que <u>nem abrem os olhos, ficam de olhos fechados</u>. Ficam com vergonha..” (Enf.^a Lírio).</p>	<p>“Observo a preferência de algumas pessoas por ter mais intimidade. A gente invade a intimidade do paciente.” (Enf.^a Lírio²).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos sentimentos dos pacientes • (necessidades psico-espirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Horário de Visita de Familiares	<ul style="list-style-type: none">• Olhar de tristeza	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias Faciais	<ul style="list-style-type: none">• Esperança• Saudade• Abandono	“... Têm até o <u>olhar de tristeza</u> , alguns pacientes que a família não vem na hora da visita...” (Enf. ^a Lilás ¹).	“Você fica até com pena, dá vontade de ligar para a casa da pessoa e dizer: – Pelo amor de Deus vem aqui.” (Enf. ^a Lilás ¹).	<ul style="list-style-type: none">• Observação dos sentimentos do paciente.• (necessidades psicoespirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)
Horário de Visita de Familiares	<ul style="list-style-type: none">• Olhar de procura• Olhar de desapontamento	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias Faciais• Linguagem	<ul style="list-style-type: none">• Abandono• Ansiedade• Busca de amparo, estímulo.• Insegurança	“– Já começou a visita?... <u>Olham para a porta..</u> ” (Enf. ^a Branca)	“.... E a gente fala : – Eles vão vir no outro horário.” (Enf. ^a Branca)	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial• Apoio

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Visita de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Olhos angustiados.• Choro• Olhos de Súplica	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias Faciais• Paralinguagem	<ul style="list-style-type: none">• Medo• Solidão• Abandono	“Ele sempre olhava com <u>olhos</u> muito <u>angustiados</u> às vezes até com <u>lágrimas nos olhos</u> , como <u>pedindo</u> para alguém conversar com ele. Como se estivesse pedindo que a <u>gente não o abandonasse.</u> ” (Enf. ^a Lilás ¹).	“Então algumas vezes, até parava um pouco para conversar com ele, dar uma palavra para diminuir essa situação.” (Enf. ^a Lilás ¹).	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial.• Apoio
Visita de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Auto-cuidado• Deambulação	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias• Corporalidades	<ul style="list-style-type: none">• Medo• Reação contra a doença• Identidade• Segurança• Independência• Autoestima	“Alguns pacientes <u>não</u> <u>respeitam</u> o <u>repouso</u> , eu vejo que é uma forma de estar andando de estar ficando <u>independente</u> é uma forma de ele pensar: – Estou andando eu continuo <u>fazendo as coisas por mim</u> , eu continuo vivo.” (Enf. ^a Copo de Leite).	“Eu vejo que tem paciente que por mais que explique . – Eu estou bem, estou andando, não estou sentindo nada. – É uma forma de eles mostrarem que eles podem reagir contra a doença..” (Enf. ^a Copo de Leite).	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio fisiológico.• Manutenção do equilíbrio psicossocial.

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Visita de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Silêncio• Olhando para parede	<ul style="list-style-type: none">• Silêncio• Cinesias• Corporalidades	<ul style="list-style-type: none">• Isolamento• Tristeza• Descaso• Dor/incômodos• Saudade• Abandono	<p>“... Paciente <u>virada para a parede...</u> Perguntei como ela estava ela continuou me <u>respondendo virada para a parede.</u> Em momento nenhum ela me olhou.” (Enf.^aLírio²)</p>	<p>“Depois essa paciente foi transferida para UPA, que é um lugar mais aberto. Aí, ela começou a conversar mais. Ela estava muito preocupada, porque estava com dor e por isso não estava querendo falar. E que as pessoas estavam achando que ela se queixava muito das coisas. Então ela estava preferindo não falar.” (Enf.^aLírio²).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio fisiológico.• Manutenção do equilíbrio psicossocial• Confiança
Visita de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Olhar de preocupação	<ul style="list-style-type: none">• Cinesias Faciais• Cinesias• Corporalidades	<ul style="list-style-type: none">• Preocupação• Vínculo de amizade• Ansiedade	<p>“Um paciente da UPA, me <u>olhava preocupado...</u>” (Enf.^aLírio²)</p>	<p>... “Eu fui lá conversar com ela. – Quer alguma coisa? – Não, é que eu queria que quando minha colega voltar da cirurgia para me avisar. Eu estou aqui rezando Por ela. Ela foi minha companheira na enfermaria e eu estou meio preocupada.” (Enf.^aLírio²).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção do equilíbrio psicossocial.• Confiança.• Interação

(continuação)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Visita de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Face de Dor • Mal estar • Choro 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinesias Faciais • Linguagem • Paralinguagem • Cinesias • Corporalidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Insegurança • Medo 	<p>“O paciente não precisa falar quando faz <u>face de dor</u>. Você <u>percebe que a pessoa não está bem</u>. Ou então você dá um “Bom dia”. E você percebe que a pessoa vai começar a <u>chorar..</u>” (Enf.^a Lírio²).</p>	<p>“Só pela forma que ela te olha você percebe que a pessoa está triste, que ela não está bem. Que ela está preocupada com o quadro clínico, ou se ela vai melhorar. Se ela vai embora. Se ela vai ver o filho, se não vai.” (Enf.^a Lírio²).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do equilíbrio • Psicossocial Apoio.
Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Olhar de insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinesias Faciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Insegurança • Desconhecimento • Ansiedade 	<p>“... <u>Vê o outro sair da cirurgia e não tem uma boa recuperação</u>, também fica pensando com ele mesmo assim. Vejo pelo <u>olhar</u>, assim que a cirurgia chega, <u>será que ele vai ficar daquele mesmo jeito?</u> Será que ele <u>vai passar por aquilo ali também?</u>” (Enf.^a Copo de leite).</p>	<p>“Vejo pelo olhar...” (Enf.^a Copo de Leite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos sentimentos do paciente. • (necessidades psíquico-espirituais, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO
Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Falante • Sorriso • Silêncio • Choro 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguagem • Cinesias • Corporalidade • Paralinguagem • Silêncio • Proxêmias 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Insegurança • Desconhecimento • Ansiedade • Saudades 	<p>“(…) O paciente do pré-operatório vai conversar tão <u>descontraído</u>, tão <u>bem humorado</u> e no dia, véspera da cirurgia, chorou como criança. Como outros mais calados: – Eu tenho que operar mesmo? O que vai acontecer comigo? Dessa forma até que ele chorou mesmo e falou porque estava chorando e (...) Vi essa <u>preocupação</u> também.” (Enf.^a Copo de Leite).</p>	<p>“Começou a mostrar fotos dele e da família, antigas dos anos 70 e 80. Coisas antigas, mostrou antes de ir para cirurgia. Lembrando fatos. Até a maneira de estar calado ou descontraído, brincalhão com os outros é uma forma de estar enfrentando aquilo dali (cirurgia). Até a onde ele agüentar. Chega um momento que ele não agüenta mais. Eu percebi.” (Enf.^a Copo de Leite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do equilíbrio psicossocial. • Manutenção do equilíbrio fisiológico. • Apoio. • Confiança.

(continua)

(continuação)

PROCEDIMENTO OBSERVADO	REAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DA CNV	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA REAÇÃO DO PACIENTE	UNIDADE DO CO-PESQUISADOR	EXPRESSÃO DO CUIDADO SINGULAR	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO DO CUIDADO	
Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none">Olhar de expectativa	<ul style="list-style-type: none">Cinesias FaciaisCinesiasCorporalidades	<ul style="list-style-type: none">MedoAnsiedadeA cronicidade após a cirurgia	... O <u>medo da morte</u> , reações que o cercam, justamente por se tratar do coração e a simbologia com a vida,o paciente já entra com a ligação com a morte. Percebo pelo <u>olhar, quando encaminho para a cirurgia</u> ,e fica aquela <u>expectativa</u> toda de como vai ficar depois, se vai ficar bom e isso pesa muito com relação a experiência que ele passa durante a internação dele.” (Enf. ^a Copo de Leite).	“ Percebo pelo olhar quando encaminho para a cirurgia...” (Enf. ^a Copo de leite).	<ul style="list-style-type: none">Observação dos Sentimentos do paciente.(necessidades psíquicas, medo da morte e/ou abandono, medo do por vir)	
TOTAL	13	53	83	108	32	26	66

APÊNDICE C – Quadro nº. 5– Frequência das Unidades Relacionais do Paciente em Unidade Cardiointensiva.

Unidades de Significação da Reação do Paciente	Unidades Relacionais do Paciente	Nº de Citações
❖ MEDO	Medo – Insegurança - Desconfiança	1
	Medo – Insegurança - Saudade	1
	Medo – Insegurança – Ansiedade – Dor / Desconforto	6
	Medo – Insegurança – Busca de Apoio	2
	Medo – Ansiedade - Cronicidade	1
	Medo – Insegurança – Ansiedade - Desconhecimento	10
	Medo – Solidão - Abandono	1
	Medo – Reação à doença – Autoestima / Autocuidado	1
	Medo – Insegurança – Ansiedade – Abandono	1
❖ SUBMISSÃO	Submissão – Aceitação – Autocontrole – Dor	1
❖ PUDOR	Pudor – Vergonha – Opressão do Sistema Hospitalar – Perda da Identidade	1
❖ TRISTEZA	Tristeza – Abandono – Dor	1
❖ ABANDONO	Abandono – Relação de <i>status</i> – Opressão do Sistema Hospitalar – Submissão	1
	Abandono – Saudade – Esperança	1
❖ PREOCUPAÇÃO	Preocupação – Ansiedade – Vínculo de Amizade	1
❖ INCONFORMAÇÃO	Inconformação – Tristeza – Busca de si	1
TOTAL = 7	15	31

APÊNDICE D – Quadro nº. 6 – Os Sentidos Corporais Utilizados pelos Enfermeiros na Identificação da CNV do Cliente e seus Significados e Bases para Diagnóstico na Unidade Cardiointensiva.

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Visão	Enf. ^a Girassol ¹	“Ansiedade, medo, dor”	▪ Visão interna	▪ Cinesias ▪ Corporalidades	▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Orquídea	“Dúvida, a ansiedade, o medo e a confiança”	▪ Visão interna	▪ Cinesias ▪ Corporalidades	▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Tulipa	“Visão, face do paciente, se a expressão é de dor, medo, angústia, desespero”	▪ Visão integral	▪ Cinesias faciais	▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Tulipa	“Se o corpo dele sinaliza que ele não está se sentindo bem, mesmo quando eu pergunto e ele afirma que sim”	▪ Visão integral	▪ Cinesias ▪ Corporalidades ▪ Validação com a cabeça	▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Tulipa	“O comportamento e mudanças nos sinais diante da família”	▪ Visão integral ▪ Visão Radar	▪ Cinesias faciais ▪ Expressão do olhar	▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Tulipa	“... Te procura com os olhos para buscar segurança”	▪ Visão Radar	▪ Expressão do olhar	▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Branca	“Aqui o olhar do paciente. O olhar de espanto, aquele olhar de tristeza, todos convergindo para a enfermeira.”	▪ Visão Radar ▪ Visão interna	▪ Cinesias faciais ▪ Expressão do olhar	▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Visão	Enf. ^a Lilás ¹	“Aqui coloquei o paciente com olhar de tristeza, chorando.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão interna ▪ Integração dos Sentidos (visão / paladar / audição) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinesias faciais ▪ Expressão do olhar ▪ Paralinguagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Violeta	“Na visão, o nascer do sol. Acho que tenho uma visão poética disso, de tudo. Acho que estou sonhando muito.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão prospectiva / nascer e não morrer 	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Margarida	“É o olhar.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão integral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinesias ▪ Corporalidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Girassol ²	“... Ou então ouvi e não consegui identificar e vou usar os meus olhos.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração de Sentidos (visão/audição) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paralinguagem ▪ Linguagem ▪ Cinesias ▪ Corporalidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Bromélia	“Primeiro sentido coloquei a visão, que mais me chama a atenção é a visão.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão integral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinesias ▪ Corporalidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Copo de Leite	“Também coloquei a visão como principal.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão integral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinesias ▪ Corporalidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Lírio ¹	“A visão é o principal.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão integral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinesias ▪ Corporalidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Visão	Enf. ^a Liás ²	“É inevitável. É o primeiro sentido quando a gente chega, o que olha. A enfermagem tem isso muito aguçado, a observação.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Visão Radar	<ul style="list-style-type: none">▪ Cinesias▪ Corporalidade	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional▪ Psicossocial
Visão	Enf. ^a Lírio ²	“Primeiro a visão. A visão é o que você chega. O que você vê, o que percebe através da visão você vê se o paciente está calmo ou não está. Vê se está alterado hemodinamicamente. Você percebe o paciente como um conjunto.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Visão Radar▪ Visão integral	<ul style="list-style-type: none">▪ Cinesias▪ Corporalidade	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional▪ Psicossocial
Todos os Sentidos	Enf. ^a Rosa	“Acho que todos os nossos sentidos vão em relação aos pacientes. Todos são importantes em determinado momento.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Integração dos Sentidos	<ul style="list-style-type: none">▪ Cinesias▪ Corporalidade	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Audição	Enf. ^a Girassol ¹	“Angústia e dúvidas.”	▪ Audição integral	▪ Linguagem ▪ Paralinguagem	▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Tulipa	“Gemidos, sussurros, choro, mesmo quando estes são baixinhos e não querem chamar a atenção.”	▪ Audição sensível	▪ Paralinguagem ▪ Linguagem	▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Tulipa	“...Quando eles te chamam o tempo todo e não querem nada, apenas um pretexto para você estar perto.”	▪ Audição paciente	▪ Linguagem	▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Lilás ¹	“O ouvido paciente, como do paciente. Botei maior no sentido de ter um ouvido muito atencioso. A gente toda hora preocupada não só com o barulho da bomba, mas com o sentido aguçado da audição, muitas vezes ouvindo melhor até os pacientes. O sentido da audição mais apurado, com o ouvido maior.”	▪ Audição sensível ▪ Audição Radar	▪ Ouvido atento	▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Audição	Enf. ^a Branca	“O enfermeiro ouvindo alguma coisa, angústia do paciente, o paciente com expressão de dor.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Integração dos Sentidos (audição / visão)	<ul style="list-style-type: none">▪ Linguagem▪ Paralinguagem▪ Cinesias▪ Corporalidades	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/Profissional▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Bromélia	“Segundo audição. Observo o gemido, desabafo, insegurança.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Audição sensível▪ Integração dos Sentidos (visão / audição)▪ Transversalidade paladar	<ul style="list-style-type: none">▪ Paralinguagem▪ Linguagem	<ul style="list-style-type: none">▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Copo de Leite	“O choro, gritos, chamando a gente: – Enfermeira...”	<ul style="list-style-type: none">▪ Audição Radar	<ul style="list-style-type: none">▪ Paralinguagem▪ Linguagem	<ul style="list-style-type: none">▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Tulipa	“... Os ouvir sonhando em comer comidas que não podem.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Audição sensível▪ Transversalidade paladar	<ul style="list-style-type: none">▪ Linguagem	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional▪ Psicossocial
Audição	Enf. ^a Lilás ²	“Quando ele realmente expressa para a gente(...) Vê a forma como ele fala. Às vezes chama a gente e a gente chega lá e ele fala super ríspido: – Puxa, eu estou chamando a um tempão.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Audição paciente▪ Integração dos Sentidos (audição / visão)	<ul style="list-style-type: none">▪ Linguagem▪ Paralinguagem	<ul style="list-style-type: none">▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Audição	Enf. ^a Lírio ²	“A audição, acredito, que é a partir daí que você vai ter uma interação com o paciente. Escutar e... Relacionando com o paladar, poder passar para ele, elucidar as dúvidas, passar uma forma de conforto, de acalmar para aquele paciente...”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audição integral ▪ Audição sensível ▪ Transversalidade paladar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linguagem ▪ Paralinguagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Girassol ¹	“Consegue perceber a confiança, dar conforto e o desconforto.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade paladar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque funcional ▪ Toque afetivo (seguro) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Tulipa	“... O segurar a mão, tocar para sentir apoio, carinho.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tato integral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque afetivo (segurança) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Lilás ¹	“Aqui o sentido tato do toque. Aqui o toque das mãos grandes no sentido do toque, no tocar o paciente, cuidar. Tocar, cuidar e sentir. Palavras que estão muito em nosso cotidiano.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade coração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque funcional ▪ Toque afetivo (apoio) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Tato	Enf. ^a Branca	“O enfermeiro segurando a mão do paciente, paciente com as mãos trêmulas e frias”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tato integral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque funcional ▪ Toque afetivo (apoio) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Violeta	“O carinho das meninas...”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade Coração 	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Margarida	“... O olhar ganharia, se o olhar fosse 59,1% e o toque seria 40,9%”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração dos Sentidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração dos Sentidos (visão / tato) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Bromélia	“Contato com a pele, um aperto de mão dá uma diferença.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tato integral ▪ Transversalidade paladar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque afetivo (apoio, segurança) ▪ Toque sensível 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Copo de Leite	“Pelo tato a gente percebe a pele fria do paciente ou não, se o paciente está com tremores, o medo que ele tem, se quer ser tocado ou não, insegurança ou ao contrário, a confiança e a segurança.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tato integral ▪ Transversalidade coração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque afetivo (apoio, segurança) ▪ Toque sensível 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Tato	Enf. ^a Lilás ²	“O tato que é realmente que a gente começa a manipular esse paciente.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tato Funcional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque funcional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Tato	Enf. ^a Lirio ²	“Às vezes no tato que a pessoa percebe que a gente está ali com ela. Por mais que a vida esteja corrida.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração dos Sentidos ▪ Tato <i>Break time</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toque sensível ▪ Toque afetivo ▪ Toque funcional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Olfato	Enf. ^a Violeta	“... Um cheiro de terra molhada, que eu adoro.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade paladar ▪ Integração dos Sentidos 	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Olfato	Enf. ^a Copo de Leite	“Os odores agradáveis que a gente às vezes percebe no momento do banho.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Olfato integral ▪ Transversalidade paladar ▪ Integração dos Sentidos (olfato / tato) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odores da auto-estima / imagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Olfato	Enf. ^a Copo de Leite	“O almoço.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade paladar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odores do Prazer e do Desprazer ▪ Odores da Cronicidade (dependência) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional
Olfato	Enf. ^a Copo de Leite	“Ou então os desagradáveis no momento do banho ou não.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade paladar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odores do corpo fisiológico ▪ Odores da ferida ▪ Odores da cronicidade (dependência) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Olfato	Enf. ^a Bromélia	“Higiene na hora do banho, o paciente com aquele cheiro gostosinho.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Transversalidade paladar	<ul style="list-style-type: none">▪ Odores da auto-estima/imagem▪ Odores do corpo fisiológico	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional
Olfato	Enf. ^a Bromélia	“A cadeira higiênica, às vezes a gente trabalha com esse lado também.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Transversalidade paladar▪ Integração dos sentidos (olfato / tato)	<ul style="list-style-type: none">▪ Odores do corpo fisiológico▪ Odores da cronicidade (dependência)	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional
Olfato	Enf. ^a Lilás ²	“Os sinais que ele demonstra. Paciente que talvez não esteja acordado e a gente passa e a gente sente o odor de evacuação, de urina. Vários odores que a gente pode sentir. Às vezes até o hálito a gente detecta certo tipo de doença.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Olfato Radar	<ul style="list-style-type: none">▪ Odores do corpo fisiológico▪ Odores da cronicidade (dependência)	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional
Olfato	Enf. ^a Lírio ²	“Olfato são os sinais do paciente. O paciente está urinado.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Olfato Radar	<ul style="list-style-type: none">▪ Odores do corpo fisiológico	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Paladar	Enf. ^a Lilás ¹	“Aqui fala o sentido das palavras dos pacientes, palavras doces, que vem para gente e palavras amargas, que às vezes fazem a gente ficar com o coração um pouco mais frio.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paladar sensível ▪ Transversalidade coração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bocas de sabor doce ▪ Bocas de sabor amargo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Paladar	Enf. ^a Violeta	“O bobó, que eu adoro bobó.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paladar interno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Boca que sacia ▪ Boca do desejo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Paladar	Enf. ^a Girassol ²	“E aqui a fala, o sorriso.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade coração ▪ Paladar sensível 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Boca feliz ▪ Boca saudável 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Paladar	Enf. ^a Copo de Leite	“As boquinhas falando: – Obrigada. – Bom dia! – Ninguém cuida de mim! – Anda logo!”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade coração ▪ Paladar sensível 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bocas de sabor doce ▪ Bocas de sabor amargo ▪ Boca feliz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Paladar	Enf. ^a Bromélia	“Porque a gente ouve muitas palavras doces e também amargas.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paladar sensível ▪ Integração dos sentidos (paladar/ audição) ▪ Transversalidade coração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bocas de sabor doce ▪ Bocas de sabor amargo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Paladar	Enf. ^a Lírio ²	“Paladar e coração. Acho que estão meio entrelaçados em relação à palavra doce.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Paladar sensível▪ Transversalidade coração	<ul style="list-style-type: none">▪ Bocas de sabor doce▪ Bocas de sabor amargo	<ul style="list-style-type: none">▪ Psicossocial
Coração	Enf. ^a Lírio ²	“E o coração, pelo meu entender, é como você está e vai passar, como você vai estar para as pessoas e elas para nós também.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Coração envolvimento	<ul style="list-style-type: none">▪ Coração identificação/▪ Coração cuidado	<ul style="list-style-type: none">▪ Psicossocial
Coração	Enf. ^a Branca	“Aqui acho, acho para mim o momento mais importante, aquele que o paciente que chega ao fundo do poço, que ninguém investe mais e ele consegue melhorar e ter alta. Às vezes chega até a me emocionar quando o paciente vai embora. Acho que esse é o momento mais feliz da gente. A gente vê que fez alguma coisa de bom pela pessoa e essa pessoa foi embora.”	<ul style="list-style-type: none">▪ Coração envolvimento▪ Coração recompensa	<ul style="list-style-type: none">▪ Coração vida / morte▪ Coração identificação▪ Coração cuidado	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcional/profissional▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Coração	Enf. ^a Violeta	“Na identificação com o paciente que é o coração. Pois você acaba sentindo o que ele sente pela identificação.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coração envolvimento ▪ Integração dos sentidos (coração/ todos) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coração Identificação ▪ Coração cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Coração	Enf. ^a Lírio ¹	“Acho que o coração, ele se segue por nos fazer colocar no lugar do outro e saber a melhor forma de agir.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coração envolvimento ▪ Coração-Ação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coração identificação ▪ Coração cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
Coração	Enf. ^a Copo de Leite	“Com o tempo que o paciente fica internado, muitas vezes alguns conseguem demonstrar, até conversam às vezes em relação a sua tristeza, mágoa, agonia, falta de fé, coragem, ânimo. O paciente às vezes se abre, às vezes outros não, mas pela expressão passa também.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração dos Sentidos (coração / audição) ▪ Integração dos Sentidos (coração / visão) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coração cuidado ▪ Coração identificação ▪ Coração vida / morte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial

(continua)

(continuação)

Sentidos	Sujeitos	Unidades por sujeitos	Unidade de Representação dos sentidos sociocomunicantes do Enfermeiro	Unidade de Expressão CNV do Paciente	Unidade Analítica Diagnóstica
Coração	Enf. ^a Bromélia	“Que lida mais com os sentimentos.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade paladar ▪ Coração-Ação ▪ Coração envolvimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coração cuidado ▪ Coração identificação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicossocial
Coração	Enf. ^a Lilás ²	“Aí eu acho que ele fica meio escondido. Porque senão, a gente não faria nem um terço do que a gente faz. Nem agüentaria nem um terço do que a gente agüenta. Se tivesse como, faria a ligação de todos os outros sentidos. Porque a todo momento a gente está utilizando o coração. Tudo que a gente faz é com o coração.”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração dos Sentidos ▪ Coração-Ação ▪ Coração-Carapaça ▪ Coração-Envolvimento ▪ Transversalidade paladar 	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional/profissional ▪ Psicossocial
TOTAL 6	57	57	91	108	86

APÊNDICE E- Quadro n.º 7 Os Subsídios para o Cuidado Singular do Enfermeiro.

Unidade de Subsídio CNV do Paciente	Enunciações	Bases / Fundamentos para o Atendimento Singular	Valorização da CNV
<ul style="list-style-type: none"> • Pista visual sobre a condição circulatória do braço. • Pista motora da condição de medo. 	<p>“... Eu sei que botei a mão nesse braço e ela pegou o acesso nesse aqui. Ai ela pegou o acesso, na hora fiquei com medo, recuei..” (Enf.^aGirassol²) (referencia a dramatização quando atuou como paciente).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar o saber do paciente sobre o seu corpo. • Compreender a relação da insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação respeitando o saber do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Pista visual da condição do acesso venoso. 	<p>“Na minha cabeça era a troca do acesso, por que eu sinalizei que o acesso estava ruim. Mas não sei se elas perceberam isso. Tanto não perceberam que o acesso continuou doendo o braço oposto.” (Enf.^a Girassol²).</p>	<p>Aceitar o saber do paciente sobre o seu corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não percepção ou não valorização do saber do paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Pista visual da condição circulatória do braço. 	<p>“É foi isso que eu entendi. Eu peguei o braço, ela fez assim: ‘Essas veias não são muito boas, olha no outro.’ ” (Enf.^a Rosa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar o saber do paciente sobre o seu corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação respeitando o saber do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Pistas visuais da condição de medo. • Pistas de Comportamento de insegurança 	<p>“As expressões de medo, o querer ver, precisa ter alguém ali para saber o que está acontecendo, para passar o que está acontecendo, dando segurança. Ficou bem nítido.” (Enf.^a Tulipa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as relações de insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação de satisfação de confiança e apoio. Ações de interação para a manutenção do equilíbrio
<ul style="list-style-type: none"> • Pista visual da condição de medo. 	<p>“Eu acho que mudou (a forma do atendimento). Por que quando ela percebe que eu tinha medo ela me acariciou.” (Enf.^a Girassol²).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a relação da insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação satisfazendo a necessidade de segurança Ações de interação para a manutenção do equilíbrio.

(continua)

(continuação)			
<ul style="list-style-type: none"> Pistas da cinesia facial e da corporalidade de insegurança. 	<p>“A toda movimentação do corpo, movimentação daquela coisa fetal. A Enf.^a Girassol fez a forma instintiva de sentir, o feto. O corpo dela encolheu, e o olhar dela assim....” (Enf.^a Margarida).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a relação de insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> Captar a mensagem
<ul style="list-style-type: none"> Pistas de cinesias e corporalidade de medo e dor 	<p>“(…) – Fica tranqüila, não vai doer. – Ela não ia deixar de fazer o procedimento, mas não, ela tentou me passar um conforto para que eu pudesse, conseguisse superar aquilo.. [...] Por que a gente vê que você está com dor, à gente vai dar um jeito. – Não fica assim.” (Enf.^a Girassol¹)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a relação da insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> Ação de satisfação de confiança e apoio. Ação de conforto e manutenção de equilíbrio do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> Pistas de pudor e vergonha. 	<p>“A enfermeira nem se preocupou em botar, em proteger.” (uso do biombo durante o banho) (Enf.^a Branca).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a individualidade do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Não valorização da CNV, exposição do corpo do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> Pistas de interação ou não-interação. 	<p>“No início a gente fala: – Olha é banho. – Se o paciente é simpático você continua conversando, se não fica em Silêncio. Também depende da demanda...” (Enf.^a Lilás²).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a individualidade do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a necessidade ou não de interagir no momento.
Total 11	10	11	12

APÊNDICE F – Quadro nº. 8 – Subsídios da CNV para o Repensar a Prática do Enfermeiro.

Unidade de Subsídio CNV do Repensar da Prática	Enunciações	Bases / Fundamentos para o Repensar da Prática
Atendimento <i>versus</i> Valorização do Enfermeiro.	“Eu acho que quando você consegue observar e atender a solicitação da comunicação não-verbal. Quando a gente consegue perceber esse algo mais, as pessoas nos qualificam muito. Dão-nos mais valor.” (Enf. ^a Orquídea)	Observar a CNV e atender as solicitações para a valorização.
Rotinas <i>versus</i> Atendimento Diferenciado (dedicação).	“Tem coisas que são de rotina, que são imprescindíveis que façamos. Mas, atentar para essa coisa mais subjetiva, mais intuitiva, pessoal, é um agente de atendimento diferenciado. Um tipo de dedicação. É uma pessoa que é melhor para cuidar de mim.” (Enf. ^a Orquídea)	Observar além da rotina para a subjetividade, utilizando a intuição pessoal.
Função <i>versus</i> Oportunidade <i>versus</i> Envolvimento.	“... Tem todo um envolvimento. Talvez tenha mais envolvimento, mas nessa determinada função tem menos envolvimento (função do médico). Quem tem mais envolvimento é a enfermeira. Quando tem oportunidade.” (Enf. ^a Girassol ¹)	Observar além da função a oportunidade para o envolvimento.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“... Às vezes o profissional está mais preocupado em fazer a atividade, o procedimento, mas esquece que o paciente tem aquele tempo dele. Que o profissional tem que dar dez banhos, vários banhos. Mas é que cada pessoa, aquele banho é o primeiro banho que ela está recebendo daquela pessoa, que ela nunca viu, né? O profissional, não. Já deu não sei quantos banhos, toda hora faz isso. Ele está preocupado em agilizar o procedimento, ainda tem outro banho para ele dar. Mas só que para o paciente, não é tão fácil assim.” (Enf. ^a Copo de Leite)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.

(continua)

(continuação)

Unidade de Subsídio CNV do Repensar da Prática	Enunciações	Bases / Fundamentos para o Repensar da Prática
Automatismo <i>versus</i> Desconforto do paciente.	“... Mas ela tentando se ajeitar, e eu nem... e ela fazia o que eu falava: – Vira para um lado e para o outro.– Não perguntei se estava bom, se não estava. Ela foi fazendo e tudo bem. Às vezes não estava à vontade, não está legal, não está confortável.” (Enf. ^a Copo de Leite)	Observar a individualidade do paciente e traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Submissão do paciente.	“A gente não dá nem um espacinho para eles falarem, né?” (Enf. ^a Bromélia)	Observar a individualidade do paciente e dar voz ao ser cuidado.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Ah, é porque às vezes a gente faz isso assim, não tem biombo, não tem nada... é que nem no setor, assim os mais lúcidos: – Olha, fecha mais um pouco a cortina. – É porque a gente puxa a cortina, mas não puxa a cortina toda, e o outro box tem outro paciente... Tem uma frestinha. Mas a pessoa está vendo, né? ... – Termina de fechar ali, que o outro paciente está me vendo... – Aquela frestinha ficou, para gente não. – Fecha tudo. – A gente não dá importância àquela partezinha.” (Enf. ^a Copo de Leite)	Observar a individualidade do paciente e traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Que banho de louco...” (Enf. ^a Bromélia)	Observando a individualidade do paciente, traduzindo o procedimento em um ato de conforto.

(continua)

(continuação)

Unidade de Subsídio CNV do Repensar da Prática	Enunciações	Bases / Fundamentos para o Repensar da Prática
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Ah, fazer ela (a paciente) participar do banho. Vê o que ela poderia ajudar: – Ah, me ajuda aqui.– Para ela se sentir mais à vontade, mais participativa. – Isso senhora, me ajuda...– Eu vou lavando e você vai enxugando. E ia perguntar: – Está bom assim para a senhora? Quer esperar um pouquinho mais? Está incomodando, não? Está? –Não quis nem saber... – Vira logo...” (Enf. ^a Copo de Leite)	Observar a individualidade do paciente, traduzindo o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Desconforto do paciente.	“E tem gente que entra no leito e nem avisa o que vai fazer. Fica na ansiedade de montar (o equipamento), sei lá, do nada o técnico, e vem e uma mão e te vira e você sem esperar...” (Enf. ^a Lilás)	Observar a individualidade do paciente, traduzindo o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Mesmo assim não percebe... Coloca o dedo com anti-séptico bucal na boca do paciente. Larga a sonda lá.” [sonda de aspiração na cavidade oral] (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Desconforto do Paciente.	“Foi um banho, foi a técnica. Fora os sustos que o paciente tomou durante o banho. O medo de cair.” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.

(continua)

(continuação)

Unidade de Subsídio CNV do Repensar da Prática	Enunciações	Bases / Fundamentos para o Repensar da Prática
Automatismo <i>versus</i> Desconforto do paciente.	“Larga o braço. Vira a perna igual a um boneco. O paciente (é movimentado) como se fosse um objeto. Tirando essa parte...” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Também às vezes você está dando banho com outro profissional, e você acaba conversando com o outro profissional e esquece o paciente.” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Desconforto do paciente.	“E a pessoa fica ali, ouvindo estórias e mais estórias, é feito um boneco. Está sendo usado para lá e para cá. Totalmente excluído da conversa.” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Desconforto do paciente.	“Às vezes, ele vem e intervém. O paciente quer entrar na nossa estória. Uma olha para a outra assim... Realmente, a demanda, o que não deveria ser justificativa, a demanda, acho que a gente fica muito mecânica.” (Enf. ^a Lilás ²)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“A gente tem que dar banho e se preocupa muito em se o tubo está direito. Se está entrando o <i>dripping</i> , se o curativo está direitinho, a forma que o paciente está. E esquece que o paciente é uma pessoa, e às vezes só uma palavra... e fica bem mecânico, não tem jeito.” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Os próprios homens, os vovozinhos também, alguns você vê que eles ficam em situação super desagradável. Eles ficam muito incomodados com aquilo.” (Enf. ^a Lilás ²) [referência ao banho no leito]	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.

(continua)

(continuação)

Unidade de Subsídio CNV do Repensar da Prática	Enunciações	Bases / Fundamentos para o Repensar da Prática
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Não exatamente o meu dia a dia... Tenho um pouco mais de cuidado. Tenho mais atenção. É bem mecânico mesmo. Se o paciente está interagindo, eu falo no início do banho. É muito difícil continuar conversando com o doente.” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Sei lá. É tão estranho. Tudo bem, mesmo levando na brincadeira, já achei uma sensação estranha. Olha o nome é: Impotente. Mesmo na brincadeira, fico imaginando se eu estivesse sem roupa, num ambiente com um monte de gente falando, como é aqui na Coronária. E abre uma cortinha (e pergunta) – E onde está o não sei o que? E fecha a cortina. E vira você para lá, e vira você para cá. E não fala para você às coisas que vai fazer. É muito ruim. Muito estranho.” (Enf. ^a Lilás ²)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Automatismo <i>versus</i> Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“Principalmente as pacientes idosas. Nossa! Elas ficam apavoradas quando um homem vem para dar o banho.” (Enf. ^a Branca)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
Individualidade <i>versus</i> Conforto.	“O que me preocupei em passar, foi a vergonha. Tentando me tapar na hora do banho.” (Enf. ^a Bromélia)	Observar a individualidade do paciente, traduzir o procedimento em um ato de conforto.
TOTAL: 22	22	22

APÊNDICE G**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**

Questionário de Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa intitulada “ Enfermagem em unidade cardiointensiva; traduzindo a comunicação não-verbal do cliente, através dos sentidos corporais” .Pesquisadora responsável Ana Maria Cunha Bax.

1) Atualização Profissional.

- Pós-graduação Lato Sensu Pós-Graduação Strictus Senso
 Outros cursos

2) Tempo de Atuação Profissional:

- menos de 1 ano 1 ano a 2 anos 2 anos a 3 anos até 5 anos
 5 a 10 anos mais de 10 anos.

3) Tempo de Serviço Profissional na Unidade Cardiointensiva:

- menos de 1 ano 1 ano a 2 anos 2 anos a 3 anos até 5 anos
 5 a 10 anos mais de 10 anos.

4) Estado Civil:

- Casado Solteiro Divorciado Viúvo Desquitado

5) Possui Filhos?

- Sim Não .

6. Trabalha em outra instituição?

- Sim Não

7. Qual a especialidade de atuação nesta outra instituição

Figuras da Produção

Produção da segunda dinâmica do subgrupo n.º 4



Produção da segunda dinâmica do subgrupo n.º 5



ANEXO A – Solicitação de Autorização ao CEP/Hospital dos Servidores do Estado /RJ.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2009.

AO: COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA*

Ana Maria Cunha Bax, Enfermeira, matrícula/MS 1.540.353 lotada na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desta instituição e mestrande da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, vem solicitar aprovação do seu projeto de dissertação de mestrado intitulado **“Enfermagem em unidade cardio-intensiva; traduzindo a comunicação não-verbal do cliente, através dos sentidos corporais”**. O mesmo tem como orientadora a Profª Drª Silvia Teresa Carvalho de Araújo, titular do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica e está vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem Anna Nery. A pesquisa tem por objeto de estudo **“a investigação de pistas, com o enfermeiro, de expressões não-verbais do cliente, que trará indicativas essenciais para redimensionar o cuidado”**. Os sujeitos serão enfermeiros que trabalham na unidade cardio-intensiva (UNICOR/HSE).

Informo que o referido projeto já obteve a aprovação do 1º CEP - Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), ao qual está vinculado, em reunião realizada em 10/12/2008. O mesmo recebeu o Protocolo nº 111/08 e o parecer foram emitidos em 16/12/2008. Sua inscrição no Conep teve como identificação FR – 235474.

ANEXO B-Solicitação de Autorização ao CEP/EEAN/UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNNA NERY

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2008.

Da: Ana Maria Cunha Bax

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA

Assunto: Encaminhamento de Projeto de Pesquisa de pós-graduação em Mestrado.

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado “Enfermagem em unidade cardio-intensiva: traduzindo a comunicação não-verbal do cliente, através dos sentidos corporais, juntamente com a minha orientadora Prof.^a Dr^a Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, para apreciação e posterior parecer dos membros deste CEP.

Atenciosamente.

ANEXO C - Autorização do CEP/Hospital dos Servidores do Estado/RJ**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2009.

Do: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital dos Servidores do Estado (CEP-HSE).
A Ilma Sra. Enfermeira Ana Maria Cunha Bax.

Assunto: Aprovação do Protocolo CEP: 000.363.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HSE, em reunião de 13.04.09, analisou e considerou aprovado, o protocolo de pesquisa intitulado: "Enfermagem em Unidade Cardiointensiva: Traduzindo a comunicação não-verbal do cliente, através dos sentidos corporais", na 1ª versão de 26.02.09, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido, na 1ª versão, de 26.02.09, cuja pesquisadora principal é a Sra. Ana Maria Cunha Bax, Enfermeira do Hospital dos Servidores do Estado, estando o mesmo de acordo com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), devendo a pesquisadora principal:

- 1- comunicar ao CEP em casos de emenda ao protocolo de pesquisa ou ao TCLE e
- 2- enviar os relatórios da pesquisa nas datas estabelecidas na folha de rosto e segundo os critérios que se façam necessários pelo Comitê e pela pesquisadora, assim como os termos de consentimento livre e esclarecidos, assinados pelos sujeitos da pesquisa, até a data do primeiro relatório parcial.

Dr. Marcos Henrique Marzoni
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos do HSE

ANEXO D- Autorização do CEP/EEAN/UFRJ

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
---	--	---

Protocolo nº 111/08

Título do Projeto: Enfermagem em Unidade Cardiointensiva: traduzindo a comunicação não-verbal do cliente através dos sentidos corporais

Pesquisadora Responsável: ANA MARIA CUNHA BAX

Instituição onde a pesquisa será realizada: Hospital dos Servidores do Estado (HSE)

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 05/12/2008

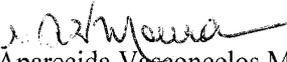
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada em 10 de Dezembro de 2008.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório final da pesquisa após o término da mesma, de preferência em CD devidamente identificado, com o número do protocolo acima.

Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2008


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora CEP-EEAN/HESFA
