

c 438596

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COMUNICAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO

Percepção do Paciente

FC-00006115-3

610.750699
J84c
1998

R841340/98

04.02.98

FORTALEZA - CE

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Saúde

NAIRA MARIA FERREIRA JUCÁ

COMUNICAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO
Percepção do Paciente

FORTALEZA - CE
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COMUNICAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO

Percepção do Paciente

Naira Maria Ferreira Jucá

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestra.

Linha de Pesquisa - Assistência Participativa de Enfermagem em Situação de Saúde-Doença

Orientadora - Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva

FORTALEZA - CE

1998

J84c JUCÁ, Naira Maria Ferreira

Comunicação no pós-operatório: percepção do paciente / Naira Maria Ferreira
Jucá. – Fortaleza, 1998.

71 f.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará – Curso de Mestrado
em enfermagem.

1. Enfermagem – comunicação interpessoal. 2. Enfermagem – relações
humanas. 3. Enfermagem – relações interpessoais. I. título.

CDD 610.730699

NAIRA MARIA FERREIRA JUCÁ

COMUNICAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO

Percepção do Paciente

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Presidente

Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso
2º Examinador

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo
3º Examinador

*Enquanto tem esperança, o homem
contá com um rumo, a energia
para se movimentar e o mapa para
se orientar. Possui cem
alternativas e uma infinidade de
sonhos. Com esperança ele está na
metade do caminho para onde
quer ir. Sem esperança, ele está
perdido para sempre.*

Léo Buscaglia

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as coisas que Ele me tem proporcionado.

À minha mãe, pelos ensinamentos e por sua presença sempre em minha vida.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, pela amizade e carinho constantes na nossa trajetória de vida.

Ao Vicente, que deixou uma saudade imensa, mas a forte lembrança é que me dá forças para prosseguir e, estou certa de que, onde quer que esteja, está orgulhoso por mais uma conquista.

À Professora Doutora Raimunda Magalhães da Silva, orientadora, que me acompanhou com paciência neste estágio de crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Maria Grasiela Teixeira Barroso, pelo estímulo e interesse para que eu fizesse este curso.

À Professora Doutora Enedina Soares, que, pelo pouco tempo de convívio, contribuiu neste trabalho com valiosas sugestões.

A você Jane Eyre, “por tudo”.

À enfermeira Adriana Rocha Solon, pela sua amizade.

À Diretoria Médica e de Enfermagem do Hospital Universitário Wálter Cantídio-UFC, e do Instituto Dr. José Frota pelo apoio.

Aos médicos Dr. Petrônio de Vasconcelos Leitão e Dr. Marcos Antônio Alves, os quais por duas ocasiões distintas, me ajudaram neste caminhar.

À equipe do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional III, pela compreensão nas minhas ausências.

Aos pacientes que vivenciaram uma recuperação anestésica e me ensinaram a respeitá-los cada vez mais.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, compartilharam as dificuldades da produção deste trabalho, o meu reconhecimento e amizade.

À Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa - FUNCAP, pelo apoio financeiro indispensável na construção deste conhecimento.

RESUMO

A comunicação faz parte de todas as atividades de relacionamentos pessoais do homem. Procurou-se analisar como o paciente percebeu a comunicação equipe de enfermagem-paciente durante o período pós-operatório, vivenciado na Sala de Recuperação Anestésica. Para a viabilização deste estudo, utilizou-se a abordagem quantitativa complementada pela qualitativa, para que os achados fossem apreendidos e compreendidos coerentemente. Empregou-se a entrevista aberta a 30 pacientes que vivenciaram o pós-operatório de cirurgia de urgência/emergência, em um Hospital de emergência, no Município de Fortaleza - Ceará - Brasil, durante o 1º semestre de 1997. A análise dos dados fundamentou-se na comunicação terapêutica (STEFANELLI, 1993), além de literatura complementar. Os dados mostraram que dos 30 sujeitos, 20 eram homens. Quanto ao estado civil, 17 eram casados, 12 solteiros e um viúvo. Ficou evidenciado que a maioria sofreu acidente de trânsito e foi transportada em carro particular (15) e ambulância (12). A comunicação equipe de enfermagem-paciente foi percebida pelos pacientes como limitada na atenção de seus chamados, pelo descaso das situações vivenciadas, pelo desconforto, ausência da família e por nada saber sobre sua condição de saúde e de doença. Apesar de se ter identificado na sala de recuperação uma demanda que excede as possibilidades da equipe de enfermagem proporcionar uma assistência com qualidade, faz-se necessária uma compreensão mais ampla sobre a comunicação no processo de cuidar em enfermagem.

ABSTRACT

The communication is part of all the activities of the man's personal relationships. It tried to analyze as the patient he/she noticed the communication it equips of nursing-patient during the postoperative period, in the Room of Anesthetic Recovery. For the viabilization of this study, the quantitative abordagem was used complemented by the qualitative, so that the discoveries were apprehended and understood certanely. The interview was used open to 30 patient that the postoperative of urgêncy/emergêncy surgery, in an emergency Hospital, in the district of Fortaleza - Ceará - Brazil, during the 1st semester of 1997. The analysis of the data was based in the therapeutic communication (STEFANELLI, 1993), besides complemental literature. The data showed that of the 30 subjects, 20 were men. With relationship to the civil state, 17 were married, 12 single and a widower. It was evidenced that most suffered accident of traffic and it was transported in private car (15) and ambulance (12). THE communication equips of nursing-patient it was noticed by the patients as having limited in the attention of yours called, for the neglet of the situations, for the discomfort, absence of the family and for anything to know about its condition of health and of disease. In spite of her to have identified in the recovery room a demand that exceeds the possibilities of the nursing team to provide an attendance with quality, he/she makes himself necessary a wider understanding about the communication in the process of taking care in nursing.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 11 |
| IDENTIFICANDO O PROBLEMA..... | 11 |
| REVISÃO DE LITERATURA..... | 18 |
| 1 COMUNICAÇÃO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM..... | 18 |
| 2 ABORDAGEM DO REFERENCIAL TEÓRICO – Comunicação Terapêutica..... | 27 |
| ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO..... | 38 |
| APRESENTANDO OS RESULTADOS..... | 47 |
| PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE A COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SRA..... | 53 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 67 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 69 |

INTRODUÇÃO

IDENTIFICANDO O PROBLEMA

No dia-a-dia de minha vida profissional como enfermeira e na qualidade de membro integrante da equipe de enfermagem da SRA*, tem-me inquietado muito a forma como se estabelece a comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente na fase de pós-operatório imediato. Algumas indagações sobre a percepção que o paciente tem da comunicação com os membros da equipe de enfermagem; se o paciente tem consciência da maneira como deve ocorrer essa comunicação e se a forma como é usualmente feita a comunicação atende aos seus anseios e necessidades, tudo isso passou a fazer parte das minhas preocupações.

Intensificando minhas atividades na sala de recuperação anestésica, deparava-me com situações que geravam e fortaleciam meus questionamentos sobre o processo da comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente no pós-operatório imediato. Esse é um período em que o paciente se encontra sob efeito anestésico, necessitando de monitoração contínua de suas funções vitais. Potencializando a dificuldade que se estabelece para o início de uma comunicação, o paciente se encontra em um local totalmente estranho e vivenciando situação de desconforto, medo e conflito.

Nessa fase, é importante que a equipe de enfermagem seja conhecedora da relevância de seus cuidados especializados e esteja apta para desenvolvê-los, atendendo, assim, aos chamados de paciente, sejam esses verbais ou não-verbais, contribuindo para que a situação de estresse possa ser minimizada, mediante o estabelecimento de um canal de comunicação, com esclarecimentos sobre seu

* SRA – Sala de Recuperação Anestésica

estado de saúde, as causas do desconforto, a necessidade da permanência naquele setor, dentre outras informações, a fim de torná-lo menos apreensivo.

Intercalando minhas atividades assistenciais com atividades administrativas, ocupei, por várias vezes, cargos de gerenciamento dos serviços de enfermagem, quer na rede pública como privada. Esses fatos muito contribuíram para ampliar minhas noções de administração e me manter preocupada com a qualidade da assistência, visando com isso, à satisfação do paciente, familiares e equipe de enfermagem. *até aqui a vida profissional*

Conforme CHIAVENATO (1987), a comunicação é essencial tanto para a coordenação efetiva das atividades do grupo, como para a execução das funções administrativas, e o sucesso de um líder depende de sua habilidade em se comunicar efetivamente com os demais membros da organização. Acrescenta que a comunicação é essencial no desenvolvimento das funções administrativas; é impossível planejar, organizar, controlar e avaliar sem se comunicar.

Trabalhando há 16 anos em hospital de emergência e lidando com pacientes em pós-operatório, observava a angústia, a insegurança e principalmente, as dificuldades que os pacientes tinham de comunicar suas necessidades. *Problema*

Com o passar do tempo, foram se intensificando minhas indagações sobre o que poderia ser feito para minimizar esses problemas e, assim, optei por desenvolver um estudo que abordasse como temática a comunicação. Entendendo que as dificuldades na comunicação ocorrem a partir do momento em que o paciente chega ao hospital, seja como usuário dos serviços ambulatoriais ou emergenciais, acredito que os profissionais que o atendem devam ser possuidores de requisitos básicos para que a comunicação possa ser efetivada. *Porque esta trab. comunicação FALAR como o RN*

Ao longo de minha experiência, observo (não somente no desempenho profissional mas, também, como expectadora da conjuntura atual de saúde), que o

paciente, ao chegar às instituições hospitalares, algumas vezes trazido pelos serviços de assistência pré-hospitalar da rede pública, chega desacompanhado ou com familiares que desconhecem o fluxo do atendimento hospitalar, a linguagem e as exigências para que o ingresso do paciente seja realizado.

Desse modo, a segurança, a certeza do bom prognóstico, a necessidade de apoio integral e de uma assistência com qualidade, são os requisitos mínimos que o paciente espera encontrar nas instituições hospitalares, principalmente naquelas que se constituem referências de atendimento; e, sendo assim, a comunicação eficaz torna-se fundamental para que as expectativas do paciente se concretizem.

Segundo BITTES JÚNIOR, MATHEUS (1996), [comunicação é um ato intrínseco à existência humana e afirma que o existir no mundo só é possível quando nos comunicamos.] Cada pessoa tem características próprias que a diferencia das outras e, na comunicação não poderia ser diferente.] Como profissional e ser humano, a enfermeira não deve estar alheia à comunicação verbal e não-verbal do paciente visando a proporcionar um cuidado integral.

→ bom
Caso do RN
FALAR DA INSTITUIÇÃO

A comunicação discutida nesse estudo é expressada em toda a assistência e cuidados prestados aos pacientes em pós-operatório na SRA. de um hospital do Município de Fortaleza, especializado no atendimento ao politraumatizado e que enfrenta, como muitas instituições de saúde brasileiras, momentos difíceis para atender a demanda.

Na realidade, a SRA atende além de sua capacidade normal de 11 leitos. A superlotação dificulta ou impossibilita o cuidado individualizado e digno de um pós-operatório de cirurgia de urgência. Geralmente, a demanda de pacientes é maior do que o número de leitos, levando-os a atendimentos na mesma maca que os transportou da sala de cirurgia para o ambiente de recuperação. Esse fato dificulta a comunicação entre equipe de enfermagem e paciente, porque o número

- FALAR DA MÁE C DE SUP ENTÃO HOSPITAL PROJETO DINHEIRO AFICIO DO HOSPITAL COMO É EXPLICAÇÃO

de pacientes supera a disponibilidade de atendimento imediato dos seus chamados e indagações. A equipe de enfermagem fica sobrecarregada e com as mínimas condições para estabelecer prioridades.

É nesse contexto que cuidado de pacientes em pós-operatório e me questiono como esses cuidados, e especificamente a comunicação, estão sendo percebidos pelo paciente, [motivo por que decidi, nessa pesquisa, aprofundar o conhecimento sobre a comunicação, com ênfase no momento e na situação em que essa ocorre na SRA.,] ou seja, se esses pacientes estão sendo atendidos quando chamam o profissional de enfermagem e se dele recebem respostas para suas indagações.

Reportando-me às considerações de STEFANELLI (1993) [sobre comunicação, essa acredita que é também uma necessidade humana básica, sem a qual a existência do ser humano é impossível.] Por concordar com a Autora, acrescento que a pessoa que vivencia um pós-operatório imediato, na maioria das vezes, ainda sob o efeito anestésico (agravado pelo componente da dor, usando tubos endotraqueais, drenos variados, cateteres diversos, com sondas nasogástricas e vesicais e colocado em macas desconfortáveis, em um ambiente frio e estranho), ao iniciar o contato com a realidade pode verificar em que condições se encontra e demonstrar o desejo de como gostaria de ser cuidada.

[A ambiência e seus componentes são fatores que interferem na comunicação, pois funcionam como um potencializador do desconhecido, não favorecendo a aproximação entre equipe de enfermagem e paciente. No presente estudo, além do quantitativo que supera os limites estabelecidos para se prestar assistência de enfermagem digna, o paciente observa os limites da equipe multiprofissional trabalhando com roupas diferenciadas, fazendo uso de máscara, gorro, tornando cada vez mais distante a tentativa de verbalizar suas necessidades e iniciar um clima de escuta e atenção por parte da equipe de enfermagem.]

→ FALAR DA Uti
 A SRA é um setor fechado, onde se perde a noção de tempo e é inviabilizado o contato com as pessoas que fazem parte do cotidiano do paciente. Os alarmes de respiradores artificiais, de monitores cardíacos, de oxímetros com impulsos acentuados, aumentam os receios, dúvidas, medo, insegurança e, nesse momento de apreensão, o processo comunicativo também sofre mudança drástica. A equipe multiprofissional utiliza termos científicos, gíria profissional e toda uma linguagem própria da área de saúde, sem se aperceber da interrogação e, às vezes, do desespero que se instalam nas faces dos pacientes.

Diante desse quadro, a equipe de enfermagem deve estar atenta, observar e avaliar o nível de consciência de cada paciente para que a comunicação ocorra de forma satisfatoriamente para ambas as partes. Algumas vezes, o paciente, ainda sob efeito anestésico sem entender o que aconteceu realmente com ele, começa a se inquietar, sem saber sequer onde se encontra e por que está vivenciando tal situação.

Sendo assim, indagamos: como avaliar a percepção do paciente quanto à receptividade efetiva da mensagem feita naquele momento de ansiedade? Será que esse paciente entende as orientações e os esclarecimentos que lhe são prestados em relação ao seu estado de saúde? Como será que ele entende essa linguagem estranha utilizada pelos profissionais e as justificativas do uso de tecnologias desconhecidas? Como justificar para esse paciente a restrição dos seus movimentos pela situação imposta pelo ato cirúrgico ou pelo tipo de anestesia a que foi submetido?

É a esses pequenos e significativos detalhes que precisamos dar atenção, pois a comunicação deve ser um veículo de articulação entre membros da equipe de enfermagem e a pessoa de quem estamos cuidando, ajudando-a na expressão e atendimento de suas necessidades mais prementes. Vale a pena exemplificar

AQUI PODE-
 -SE FALAR
 DO NAS
 CER DA
 CRIANCA

7

INSTITUTO DE PESQUISA DO CIEP
 Dr. Scóer

quando o paciente em pós-operatório, com sonda vesical de demora, ao acordar fica, gritando: *quero urinar!* Essa é uma ocorrência para qual a equipe de enfermagem precisa estar atenta para fazer valer uma comunicação clara e explicar o que está acontecendo, o que ele está usando, qual o objetivo, as possibilidades viáveis de retirada e o momento que a micção acontecerá pelas vias naturais, aliviando, desse modo, a sensação de impotência e desconforto que vivencia.

[Para reforçar minha compreensão, STEFANELLI (1993) entende que a enfermeira pode usar a comunicação para conseguir estabelecer relacionamento efetivo com o paciente, promovendo apoio, conforto, informação e criando um clima de confiança e auto-estima, que irá refletir na qualidade da comunicação.]

* [Observa-se que, quando o paciente consegue se comunicar com a equipe de enfermagem, demonstrando ou relatando seus medos, seus incômodos, suas angústias, se forma um elo, havendo, assim, um processo comunicativo e não apenas mensagens emitidas e recebidas.]

Sabe-se que a maioria dos pacientes que ocupam os leitos da SRA. nem sempre passam pela orientação pré-operatória, pois provêm de situações de urgência, entendendo-se assim que nesses últimos a falta de um preparo prévio ou de uma visita pré-operatória, como ocorre nas cirurgias eletivas, pode contribuir para aumentar neles o estresse emocional.

Para prestar assistência ao paciente, a enfermeira precisa identificar suas necessidades, seus problemas, a fim de promover seu bem-estar, desempenhando atividades de proteção, cuidados específicos e de esclarecimentos quando as dúvidas surgirem nos momentos interativos, proporcionando efetiva comunicação. É importante que a equipe de enfermagem esteja atenta no

SITUAÇÃO
DA
MÃE

importante
do trabalho

8

relacionamento com esse paciente, no tocante ao que lhe falar, como falar, quando falar e como proceder diante do cliente.

Cada pessoa apresenta uma reação diferente diante de situações idênticas e exige da equipe de enfermagem um preparo para o bom relacionamento com o paciente, proporcionando atitudes eficientes e capacidade de sentir as necessidades humanas como se apresentam, descobrindo seus mecanismos de defesa para satisfazê-las dentro do máximo de respeito e dignidade.

Diante dos problemas expostos, na tentativa de desvendar o fenômeno da comunicação equipe de enfermagem/paciente na sala de recuperação pós-anestésica, formulei para esse estudo o objetivo: analisar como o paciente percebe a comunicação equipe de enfermagem/paciente no pós-operatório, em uma sala de recuperação anestésica.

Compreender como se faz a comunicação entre mãe e RN de alto risco na UTIN.

termina com o obj.

REVISÃO DE LITERATURA

1 COMUNICAÇÃO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A comunicação é um instrumento básico que a enfermeira deve adotar para desenvolver o processo de cuidar do cliente em geral, e em especial, no período pós-operatório imediato, quando esse ainda se encontra sob a ação das drogas anestésicas, fora do seu contexto familiar, social e até biológico.

A comunicação tem sido estudada enfaticamente em todos os ramos do conhecimento. Entretanto, ainda não se tem esgotado essa temática, a julgar pelo que BITTES JÚNIOR, MATHEUS (1996), revelam, dizendo que a cada dia, novos aspectos da comunicação constituem preocupação de pesquisadores.]

HORTA (1970) inclui a comunicação como instrumento básico da Assistência de Enfermagem e STEFANELLI (1993) refere-se como habilidade e competência a serem adquiridos pela enfermeira para assegurar a atenção em todas as dimensões do ser humano. Ressalta, porém, como mais importante do que denominar a comunicação na enfermagem, saber usá-la com a devida competência.]

De acordo com BRUNNER, SUDDARTH (1980), o relacionamento terapêutico é estabelecido quando o paciente percebe que é valorizado como pessoa.] A enfermeira pode melhorar sua prática adotando uma assistência humanitária, demonstrando interesse e calor humano. Sobreleva, ressaltar o fato de que, nessa hora, é importante a qualidade da comunicação que deve ocorrer na relação e equipe de enfermagem/paciente.

Reportando-se a importância da comunicação no setor de SRA, DRAIN, SHIPLEY (1981), ensinam que, para a comunicação em uma sala de recuperação ser bem sucedida, faz-se necessária uma equipe de enfermagem bem treinada.

Consideram, ainda, que, um programa de treinamento básico dessa equipe, deve incluir cursos e discussões formais, assim como demonstração e prática supervisionada informais.

Acredito que, complementando esses treinamentos, é de vital importância uma relação empática e compreensiva entre os membros da equipe de enfermagem e o paciente, para que possa haver uma comunicação eficaz, que atenda às necessidades do paciente.

A comunicação é um instrumento indispensável na avaliação do paciente em recuperação pós-operatória, devendo ser usada com habilidade para evitar ou até mesmo induzir resposta terapêutica indesejada do paciente, em razão do efeito das drogas anestésicas. STEFANELLI (1993:16), referindo-se à comunicação, descreve:

... deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pela enfermeira não importando sua área de atuação... A competência interpessoal usada de modo terapêutico, que vai permitir a enfermeira atender ao paciente em todas as suas dimensões, levando em consideração a sua cultura e o ambiente...

Percebendo-se a relevância da comunicação no processo terapêutico, entendo que a temática torna-se imprescindível no cuidado em enfermagem. [Deve ser entendida na forma de transmitir e receber a mensagem, de maneira compartilhada, na qual se inclui a maneira de falar, ouvir, escutar, tocar, entender, dentre outros.]

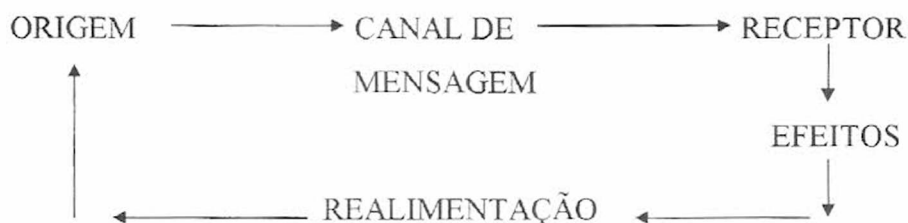
Enfatizando este pensamento, SILVA (1996:23-4) diz que

na comunicação não existe apenas um grande emissor e um receptor, mas uma troca entre as pessoas formando um sistema de interação e reação, ou seja, um processo recíproco, a curto

ou longo prazo, mudanças na forma de sentir pensar e atuar dos envolvidos.

A comunicação é um processo complexo que envolve comportamentos e relacionamentos, fazendo com que os indivíduos estabeleçam contato uns com os outros e com o mundo ao seu redor. Para reforçar a afirmação, FARIA (1995) relata que, desde o início da convivência dos homens em sociedade, a comunicação tornou-se imperativa porque, através dela, os homens tiveram possibilidades de trocar idéias e experiências.

Conceituando comunicação DUGÁS (1983) a concebe como um processo em que acontecem o envio e o recebimento de uma mensagem. Acrescenta que, se a mensagem não for recebida, não ocorre a comunicação. O modelo origem, mensagem, canal, receptor (OMCR) do processo de comunicação ilustra-o de forma mais simples, porém contém todos os elementos básicos e é facilmente compreendido em sua demonstração.



Dugás (1983).

Os elementos essenciais deste processo estão a seguir representados:

- uma fonte (emissor) - alguém que deseja enviar uma mensagem a outra pessoa;
- uma mensagem - o pensamento, o sentimento ou a idéia que o emissor deseja transmitir;
- um canal - a maneira como é destinada a mensagem;
- um receptor - a pessoa a quem é destinada.

Podemos perceber com esse esquema a importância da comunicação como um processo básico e essencial a todas as pessoas e aceita-se, universalmente, que é impossível não se comunicar. Entendemos que a equipe de enfermagem deve estar atenta na comunicação com o paciente na transmissão e captação de mensagens, de forma a ajudá-lo, garantindo-lhe conforto físico e mental.

Concordando com o que POWELL, LORETTA (1996) preconizam, a comunicação é uma livre troca de dádivas; o falante doa e o ouvinte recebe. Se não houver essa livre troca de dádivas entre a equipe de enfermagem e paciente, enquanto esse estiver sendo cuidado, a comunicação acontece de forma inadequada e as necessidades deixam de ser atendidas, havendo, assim, uma falha no processo de comunicação, o que os teóricos chamam de ruído.

No momento em que ocorre o cuidado, a equipe de enfermagem precisa estar atenta para não tornar essas ações tão mecânicas, podendo ser o momento ideal para o início de um diálogo, de uma conversa informal, de “comunicar-se”, pois a comunicação identifica o paciente como pessoa, propiciando condições para um relacionamento afetivo entre equipe de enfermagem/paciente.

Qualquer que seja o modo como se dá a internação de uma pessoa, e principalmente em um hospital de emergência, a mudança ocorrida no seu estado de saúde e no seu estilo de vida é sobremaneira, muito brusca. O indivíduo passa a ser um número, um leito, deixando de ser uma pessoa com vontade própria, tornando-se mais apreensiva, temerosa e receosa de expressar sua angústia. Nessa situação, a sensibilidade deve fluir na equipe de enfermagem, com o objetivo de incentivar a verbalização com o paciente, usando uma linguagem acessível e compreensível.

* Cada pessoa é única e interpreta de modo diferente as mensagens transmitidas. Os valores, as emoções, a cultura e o nível de conhecimento

influenciam o modo como o indivíduo envia e recebe as mensagens; então, observa-se que cada elemento desse processo é fundamental.]

[Precisamos perceber as diferenças. Ver, ouvir, observar o olhar e o modo como o paciente demonstra suas emoções. Entendendo como as pessoas lidam com seus sentimentos, pode-se aumentar as formas de comunicação.]

* [Segundo POTTER, PERRY (1996), existem dois métodos de comunicação, os quais vivenciamos no dia-a-dia, que são, o método verbal e o não-verbal, estando ambos relacionados durante uma comunicação interpessoal. Esses métodos podem transmitir a mesma mensagem ou mensagens diferentes. A comunicação verbal refere-se ao uso da linguagem escrita ou falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicar. A linguagem é efetiva ou de alta fidelidade quando o remetente e o receptor entendem claramente uma mensagem. A comunicação não ocorrerá se o receptor não for capaz de traduzir as palavras e frases do remetente. [A comunicação não verbal envolve as manifestações de comportamento não expresso por palavras, e nesse método, nos comunicamos em cada encontro face a face e, muitas vezes, os gestos evidenciados indicam mensagens muito mais significativas do que palavras.] *→ Rm e arrum*

[Para SILVA (1996), a comunicação verbal é associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. A comunicação não-verbal é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa e não expressa por palavras, podendo também ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões corporais.]

A comunicação é um processo que a equipe de enfermagem precisa dominar e refletir sobre a sua fundamental importância, pois, através dela, se estabelece um relacionamento de ajuda ao paciente e com sua evolução terapêutica. O profissional de enfermagem se comunica mais efetivamente quando está cômico

de todos os fatores que influenciam o envio ou recepção de mensagens e quando for receptivo às respostas do outro.

MENDES (1994) informa que a comunicação é um meio através do qual se pode atingir as metas do processo interativo para alcançar o propósito da enfermagem e sugere aos enfermeiros que eles examinem a maneira como estão encarando os seres humanos sob seu cuidado: como objetos a serem manipulados e tratados ou como pessoas a serem cuidadas e compreendidas.

SILVA (1996) diz que não se pode separar o funcional do fisiológico, quando se trata de ser humano. *→ a colocação de que escreve* Concordo com essa autora, pois não podemos pensar no paciente como objeto, no qual se realizam procedimentos mecânicos, e sim, como pessoa, com sentimentos e sensações que se exacerbam frente a uma hospitalização. Ressalta, ainda, que cuidar da manutenção de um paciente não afeta somente o seu físico mas, principalmente, sua identidade.

Em qualquer comunicação com o paciente, os problemas, os interesses, sentimentos e atividades dele constituem o principal foco. *→ RN em primeiro lugar*

* CIANCIARULLO (1996) diz que comunicar-se realmente implica uma série de aspectos que, se não estiverem claros para as pessoas que estão se comunicando, pode produzir conflitos, possibilitando fracasso na relação.

A comunicação envolve uma variedade de comportamentos complexos de categorização difícil, mas, o objetivo principal é estabelecer e manter relacionamentos humanos. No caso de uma hospitalização, esse relacionamento deve acontecer de uma forma satisfatória e adequada entre equipe de enfermagem e paciente, pois comunicar-se é o meio de atingir um fim. No paciente hospitalizado, mudam as dimensões de sua vida, a família não está presente, as pessoas, o ambiente, tudo é desconhecido, é estranho, tornando mais difícil essa troca, essa relação, essa comunicação. *→ Trocar PI RN e seu relacionamento*

ROPER et alli (1995) repetem que o homem é essencialmente um ser social e que passa a maior parte de sua vida a se comunicar com outras pessoas.

O ser humano tem muitas complexidades que podem ser refletidas na forma como falamos, ouvimos, escrevemos, considerando tudo, no processo de comunicação. — Autora

SHEENY (1996) relata que a enfermagem de emergência precisa estar atenta com fatores psicológicos e psicossociais dos pacientes que dão entrada nesses serviços. A maneira como o paciente e sua família percebem a enfermeira e o modo como cuidam afetam os níveis de ansiedade e até mesmo o prognóstico da situação. [A autora acredita que o principal tema usado em todas as intervenções para prevenir a ansiedade do paciente ao lidar com este e família, em situação de crise, é a comunicação.]

Continuando com o pensamento de Sheeny, percebe-se o procedimento holístico recomendado pela Autora às enfermeiras que cuidam de pacientes emergenciais, os quais devem ser respeitados em seus sentimentos e não criticados.

STEFANELLI (1993) entende que é pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos entendê-lo em seu todo, levando-se em conta o seu modo de pensar, sentir e agir, e que só assim poderemos identificar os problemas sentidos por ele e tentar ajudá-lo a encontrar soluções para manter ou recuperar sua saúde; fazendo com que a situação de “doença” o torne mais fortalecido pela experiência vivida, pois cada experiência de vida constitui uma aprendizagem.

Portanto, considerando que entre todos os profissionais da área de saúde, a enfermeira e a equipe de enfermagem atuam a maior parte do tempo junto ao paciente e permanecem nas unidades durante as 24 horas, precisam estar atentas ao processo de comunicação; entender como esse ocorre, para que haja uma troca por meio da qual o paciente possa expressar seus sentimentos e a enfermeira

compartilhe com ele suas idéias, tornando-as comuns, estabelecendo a interação compreensiva.

SILVA (1996) acredita que a comunicação adequada é aquela que procura reduzir os conflitos, o mal-entendido, e permite que se alcancem objetivos definidos para solucionar os problemas detectados durante a interação com os pacientes.

Sabe-se, também, que tanto os membros da equipe de enfermagem como o paciente têm linguagem própria e é de extrema importância, diante do processo de comunicação que ocorre entre paciente e equipe de enfermagem, que as mensagens sejam produzidas e compreendidas de forma clara e concisa. É, portanto, de grande relevância que a equipe de enfermagem observe e valorize o momento em que ocorre a comunicação com o paciente, de modo que a mensagem possa ser compartilhada, recíproca, compreensível e aceita.

Não se pode esquecer que o paciente, ao ser hospitalizado, se encontra em um ambiente hostil, desconhecido, que gera medo, insegurança, no qual ele passa a depender das ações de outras pessoas que, muitas vezes, usam uma linguagem desconhecida, motivo por que é importante que haja clareza na forma como se dá a comunicação, repito.

A enfermeira exerce a função de gerenciamento da unidade, administra os recursos humanos, organiza o andamento dos serviços além de ter como prioridade o “cuidado” aos pacientes que se encontram em pós-operatório imediato, independentemente do nível da gravidade e complicação. Considerando o cuidado como aquele que na verdade caracteriza o trabalho da enfermeira, insisto no fato de que é de vital importância que, na relação dos membros da equipe de enfermagem/paciente, a comunicação se dê de uma forma compreensiva, levando-se em consideração a individualidade de cada paciente, tentando atendê-lo de uma forma holística, ou seja, atendendo-o em todas as suas

necessidades afetadas (psicológicas, biológicas, espirituais, emocionais) e não considerando só a necessidade fisiológica.

No momento de prestar o cuidado, a equipe de enfermagem deve procurar manter uma aproximação maior, a fim de esclarecer dúvidas tentando de certo modo aliviar as angústias e as tensões a que o paciente está submetido. Em algumas circunstâncias, o paciente chega ao hospital com distúrbios de consciência, não sabendo muitas vezes onde se encontra, se seus familiares já foram notificados e com outros problemas que caracterizam essas ocorrências, tornando-o ansioso, o que dificulta a comunicação.

Somando-se a esses fatores, ainda se tem o agravante de que o paciente que se encontra na SRA. não tem direito a visitas de familiares, tornando-se muitas vezes agressivo, revoltado pelo fato de não poder se comunicar com alguém da família.

Esses pacientes, nas mais das vezes, são pessoas saudáveis e, de um momento para outro, por um trauma, um acidente se vêem em um leito de hospital (por se tratar de um pronto-socorro), especificamente em uma SRA., com um aparato de equipamentos estranhos ao seu cotidiano. Portanto a equipe de enfermagem necessita aperfeiçoar os canais de comunicação, observando-se a importância de saber ouvir e conhecer as limitações de cada um permitindo um melhor conhecimento de si e dos outros. Assim ao lidar com pacientes em circunstâncias adversas, essa equipe precisa de preparo para desenvolver um relacionamento interpessoal adequado em que o respeito mútuo é importante.

Durante o processo de comunicação que envolve a enfermagem e o paciente, é necessário que seja percebido o significado da mensagem que o paciente envia, para que essa ação possa ser atendida de uma forma adequada, pois segundo LITTLEJONH (1988), comunicar significa partilhar com alguém

conteúdos de informações que são constituídos por pensamentos, idéias, intenções, desejos e conhecimentos.

2 - ABORDAGEM DO REFERENCIAL TEÓRICO – Comunicação Terapêutica

Para embasar esse estudo, empreguei como referencial teórico a comunicação terapêutica de STEFANELLI (1993) que a caracteriza como,

uma habilidade do profissional que utiliza seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar os seus problemas, a conviver com as demais, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto-realização.

A Autora classifica as técnicas de comunicação terapêutica em três grupos: de expressão, de clarificação e de validação, cada grupo com seus valores. Em cada um desses grupos, seguem-se algumas técnicas que podem ser aplicadas em todo o processo de comunicação.

GRUPO DE EXPRESSÃO

Mais utilizadas são as técnicas de expressão, no início do relacionamento equipe de enfermagem-paciente. Nessa fase, as pessoas precisam se conhecer, sendo necessário se estabelecer um clima de confiança recíproca.

USAR TERAPEUTICAMENTE O SILÊNCIO

É o uso do silêncio empregado terapeuticamente; é quebrar o silêncio do paciente, ou seja, estimulá-lo a expressar-se. É uma das técnicas mais difíceis de se por em prática, pois a enfermeira tem uma série de perguntas a fazer ao paciente. Partilhar o silêncio do paciente é uma tarefa árdua, mas essencial para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico.

O silêncio usado pelo profissional por si só encoraja o paciente a falar, transmite-lhe a expectativa de que ele pode, vai falar e ser ouvido. A enfermeira precisa refletir sobre o porquê desse silêncio antes de decidir se deve ou não intervir.

O paciente, ao sentir-se aceito e valorizado como pessoa, tende a experimentar segurança e confiança, passando a expressar seus sentimentos, pensamentos e aspirar à satisfação de outras necessidades.

[Um aspecto importante e que não pode ser esquecido no uso do silêncio é a comunicação não-verbal, tanto do paciente como da enfermeira: medo, tristeza, alegria, ansiedade e vergonha são sentimentos que o paciente pode manifestar.]

OUVIR REFLEXIVAMENTE

O ouvir reflexivamente é o ponto-chave para atender o paciente, ou seja, para que esse se envolva no relacionamento terapêutico. Ao ouvir o paciente a enfermeira precisa estar atenta para não julgar o conteúdo do pensamento expresso e concentrar a atenção no que ele diz, tentando compreender o que está sendo dito.

[Ouvir é comunicação e o propósito dela não é só compreender o outro, e sim, também, ser compreendido.]

[O “ouvir reflexivamente” demonstra um esforço voluntário para compreender a mensagem do outro, e o sucesso do relacionamento entre enfermeira e paciente depende da habilidade daquela em saber ouvir. O ouvir é fundamental para a prática da enfermagem.]

Para usar adequadamente as técnicas “permanecer em silêncio” e “ouvir reflexivamente”, praticamente, as técnicas básicas para o sucesso do

relacionamento terapêutico, a enfermeira vale-se de outras técnicas descritas a seguir.

O ouvir é um processo ativo, pois requer muita energia e esforço de concentração, de atenção, por parte da enfermeira, para a exata compreensão do que o paciente expressa, o que significa que, ao ouvir, ela é uma participante ativa na relação comunicativa.

VERBALIZAR ACEITAÇÃO

Para que o paciente possa se sentir livre para falar, precisa sentir-se aceito como pessoa, pois essa é uma das necessidades humanas básicas. Aceitar o paciente como ele é não implica aprovação de todo o seu comportamento; é expressar a crença no valor dessa pessoa, embora seu comportamento pareça inaceitável.

Permitir que os pacientes expressem seus sentimentos, verbalizem suas necessidades, faz com que ele se sinta aceito, sendo importante que ele seja respeitado em suas crenças, valorizado como pessoa e que possa se expressar de forma a ser compreendido e aceito como ser humano.

VERBALIZAR INTERESSE

É demonstrar percepção do paciente e do que ele faz. Chamar o paciente pelo nome já demonstra que ele existe como pessoa, que é cidadão e tem uma identidade.

O interesse, quando verbalizado para o paciente, faz com que ele se sinta importante no processo da assistência, que é aceito e respeitado.

USAR FRASES INCOMPLETAS

A enfermeira repete a informação dada ou parte dessa com inflexão de voz que é praticamente um convite para o paciente continuar a falar.

Formula frases incompletas, reticentes ou em aberto, estimula o paciente a completá-las, dando seqüência ao assunto, expressando assim suas idéias. Essa técnica tenta manter o paciente verbalizando sobre um determinado assunto, conduzindo-o a expressar suas necessidades com as próprias palavras.

REPETIR COMENTÁRIOS FEITOS PELO PACIENTE

Quando a enfermeira repete o comentário feito pelo paciente, ele percebe que ela está atenta ao que fala e isto pode estimulá-lo a continuar falando sobre o assunto.

O uso dessa técnica oferece ao paciente a oportunidade de tornar mais claros seus pensamentos e sentimentos, de reforçar ou centrar sua atenção em algum assunto importante que não tenha sido percebido por ele.

REPETIR AS ÚLTIMAS PALAVRAS DITAS PELO PACIENTE

Às vezes, o paciente está descrevendo uma experiência e para de repente. A enfermeira poderá repetir apenas suas últimas palavras para tentar dar continuidade ao assunto. Essa técnica é um reforço efetivo para que ele continue a expressar seus sentimentos e pontos de vista. Essa técnica é, em geral, associada à de "ouvir reflexivamente".

FAZER PERGUNTA

A pergunta deve ser feita em termos claros, conforme a compreensão do paciente, uma de cada vez, a fim de permitir que ele elabore a resposta de acordo

com o ritmo de que é capaz. Uma série de perguntas sem interrupção deve ser evitada.

Quando se quer saber o, porquê da mudança de comportamento do paciente a enfermeira pode valer-se de perguntas até chegar à explicação clara da ocorrência.

O estudo de STEFANELLI (1985) confirmou que perguntas podem dar resultados efetivos quando usadas com critérios e pertinência ao assunto que está sendo tratado no momento.

DEVOLVER A PERGUNTA FEITA

Ao devolver ao paciente a pergunta feita por ele, a enfermeira tenta transmitir-lhe a idéia de que o ponto de vista dele é o mais importante. Segundo Hays, Larson apud STEFANELLI (1993) essa técnica encoraja o paciente a explorar e aceitar as próprias idéias e sentimentos como sendo parte do auto-sistema, o que lhe garante o direito de ter suas opiniões.

USAR FRASES DESCRITIVAS

Frases descritivas são muito usadas no relacionamento terapêutico, quando a enfermeira explica ao paciente rotinas da unidade e procedimentos de enfermagem.

Deve-se ter o cuidado em não confundir o uso de frases descritivas e afirmativas com aconselhamentos. Ao dar informações, a enfermeira deve usar termos concretos, em uma linguagem clara e concisa, acessível ao paciente. As explicações devem ser de caráter descritivo, lógico, preciso e enunciadas em tom de voz agradável.

Devem ser evitados o uso de termos técnicos, jargão profissional, vocabulário rebuscado ou siglas, pois a não compreensão desses pode tornar o paciente ansioso.

MANTER O PACIENTE NO MESMO ASSUNTO

Alguns pacientes têm dificuldades em se concentrar em único assunto. Isso pode ser conseqüência de distúrbio do pensamento ou um mecanismo de defesa que o paciente usa, consciente ou não, para evitar o aprofundamento na sua real preocupação. A enfermeira deve esforçar-se por manter o paciente em um diálogo coerente, com seqüência lógica.

PERMITIR AO PACIENTE QUE ESCOLHA O ASSUNTO

Essa técnica tende a estimular o paciente a participar como elemento ativo na interação, ou seja, visa a desenvolver o senso de responsabilidade do paciente em relação ao seu plano terapêutico. Ajuda o paciente a aprofundar-se sobre um assunto de interesse para ele e a descrever suas experiências.

Essa técnica é usada com pessoas que relatam os fatos com riqueza de minúcias. Quando usada adequadamente, ajuda o paciente a ser mais objetivo, mais claro em sua comunicação com o outro.

VERBALIZAR DÚVIDAS

Nos achados da pesquisa de STEFANELLI (1985) a técnica “verbalizar dúvidas”, na maioria das vezes, foi usada com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Essa situação confirma a afirmação feita de que as *técnicas de comunicação terapêutica* não são regras fixas para serem usadas indiscriminadamente; pois

têm de ser adaptadas a cada paciente e a cada situação; caso contrário, tenderão a estereotipar a comunicação enfermeira-paciente.

DIZER NÃO

O uso dessa técnica requer honestidade e sinceridade por parte da enfermeira e coerência de conduta entre os membros da equipe que assistem o paciente. Tem-se que aprender a dizer “não” quando necessário e assumir suas conseqüências.

Dizer “não” com propriedade é tão valioso para o desenvolvimento e maturidade da pessoa quanto responder positivamente.

ESTIMULAR EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS SUBJACENTES

Estimular a expressão dos sentimentos subjacentes não é das técnicas de mais fácil emprego. Implica conhecimento mais profundo da pessoa e exige interpretação do que ela diz. Essa técnica exige maturidade emocional da enfermeira, para que não confunda os próprios sentimentos com os do paciente.

USO TERAPÊUTICO DO HUMOR

O humor pode ser associado a qualquer das técnicas descritas anteriormente, desde que, com propriedade e em situação adequada.

GRUPO DE CLARIFICAÇÃO

Nesse grupo, são apresentadas técnicas que ajudam a esclarecer o que foi expresso pelo paciente.

O esclarecimento torna-se necessário, quando o paciente não se expressa com clareza, não consegue compreender com precisão a experiência que vivencia

seus pensamentos e sentimentos sobre essa experiência e quando não descreve os eventos em seqüência lógica.

São importantes as técnicas de clarificação porque um dos objetivos do relacionamento enfermeira-paciente é elucidar os pensamentos, sentimentos, idéias e a análise da relação entre esses e as ações do paciente.

O foco da clarificação é obter um significado mais explícito da mensagem. Quando essas técnicas são usadas com interesse, são percebidas pelo paciente como sinal de interesse em compreendê-lo. Se a enfermeira permitir que o paciente se expresse de modo desorganizado, sem sentido, esse não perceberá se é ou não compreendido, sendo perdida a oportunidade para efetuar correção na sua comunicação.

ESTIMULAR COMPARAÇÕES

A comparação é uma técnica que ajuda o paciente a descobrir semelhanças e diferenças entre as experiências por ele vivenciadas. No uso dessa técnica, a enfermeira deverá acautelar-se para não introduzir fatos de sua vida pessoal.

SOLICITAR AO PACIENTE QUE ESCLAREÇA TERMOS COMUNS

Freqüentemente, na comunicação entre enfermeira e paciente, esse usa termos comuns a sua linguagem, de compreensão difícil, que dão margem a várias interpretações, ou então, como consequência de sua doença, usa um termo totalmente estranho ao vocabulário do idioma comum; nesses casos, ela terá de lhe solicitar que esclareça qual o significado do termo e/ou frase usados.

A elucidação das experiências e dos pensamentos e sentimentos do paciente deve ser procurada a cada passo do relacionamento enfermeira-paciente. Não se

pode esperar que ela entenda tudo o que ele diz, porque ela também tem suas limitações como ser humano.

SOLICITAR AO PACIENTE QUE PRECISE O AGENTE DE AÇÃO

A enfermeira deve interromper a palavra do paciente quando esse usar termos genéricos e indefinidos. O paciente tem de aprender a falar com precisão e clareza. A enfermeira precisa estar atenta a sua própria comunicação, porque é comum ela também generalizar experiências ou pensamentos.

É importante que o paciente aprenda a falar sobre si mesmo, seus problemas específicos e não sobre generalidades e, ainda, a falar somente por ele mesmo e por mais ninguém.

Um dos aspectos importantes dessa técnica é levar os pacientes a desenvolver o sentido de identidade própria.

DESCREVER OS EVENTOS EM SEQUÊNCIA LÓGICA

Às vezes, o relato do paciente apresenta contradições ou carece de seqüência lógica ou cronológica. A colocação dos eventos em seqüência lógica permite ao paciente estabelecer relação entre causa e efeito, ou mesmo corrigir falhas nas informações prestadas.

A ansiedade causada pela doença, o isolamento, e até mesmo, a falta de calendário e relógio podem provocar uma distorção de tempo e espaço.

GRUPO DE VALIDAÇÃO

Nesse grupo, são introduzidas as técnicas que permitem a existência de significação comum do que é expresso.

A validação da comunicação deve acompanhar todo o relacionamento terapêutico e é necessária porque as mensagens emitidas têm de ter a mesma significação para as pessoas envolvidas no decurso na terapia.

Caso não haja clarificação e não seja validada a mensagem do paciente, o profissional do cuidado incorre no risco de agir com base nos próprios valores, crenças ou interpretações errôneas. As técnicas usadas neste grupo são:

REPETIR A MENSAGEM DO PACIENTE

Ao ouvir as palavras do emissor da mensagem, o receptor deverá sempre estar atento à significação daquelas e questionar se ela é a mesma para ambos. Isso só pode ser validado por meio da observação e discussão.

PEDIR AO PACIENTE PARA REPETIR O QUE LHE FOI DITO

O paciente, ao repetir a mensagem emitida, tem a oportunidade de reconsiderar seu conteúdo e fazer correções, se necessário. Nesse caso, a enfermeira deve estar sempre alerta, procurando sempre saber se a mensagem é comum para ambos. Ao partilhar a percepção da mensagem, a enfermeira oferece oportunidade ao paciente de corrigir percepções ou informações inadequadas.

SUMARIZAR O CONTEÚDO DA INTERAÇÃO

A habilidade nessa técnica requer atenção da enfermeira para o conteúdo da mensagem do paciente, o modo como ele tentou transmiti-la e o propósito da formulação.

Segundo Hays, Larson apud STEFANELLI (1993), essa técnica permite à enfermeira e ao paciente trabalharem com as mesmas idéias em mente, esforçar-se por compreender a significação do que está sendo dito, reforçarem a

significação real dos dados e atingirem nova compreensão da situação vivenciada.

Com essa técnica, ajuda-se o paciente a perceber seus progressos e a evitar inúncias desnecessárias. O sumário pode ser utilizado, no início da conversação.

Cabe à enfermeira, no seu dia-a-dia, seja no ensino, na prática ou na pesquisa, desenvolver a habilidade em comunicação e descobrir novas formas de tornar sua comunicação com o paciente a mais terapêutica possível, nunca permitindo que sua comunicação com o paciente se torne um ato permanentemente mecânico.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

O presente estudo tem como proposta analisar a comunicação que envolve o paciente e a equipe de enfermagem no pós-operatório imediato, durante sua permanência na SRA.. Foi direcionado para a abordagem qualitativa e complementada com dados quantitativos, para que os achados fossem apreendidos e compreendidos coerentemente.

Trata-se de uma investigação exploratória, que, para TRIVIÑOS (1992) facilita ao investigador acrescentar sua experiência acerca de um determinado problema, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre o assunto identificado.

Nas últimas décadas, tem se observado o emprego da pesquisa qualitativa, em virtude da interação que se estabelece entre o pesquisador com os sujeitos pesquisados. Optei por essa abordagem para atender aos objetivos da investigação e por entender que a pesquisa qualitativa oferece a condição de se conhecer as experiências, os significados e as percepções dos sujeitos, com a vantagem de colocar o investigador, em situação favorável para aprofundar o fenômeno em estudo, envolvendo o contexto social [MINAYO (1993), HAGUETE (1992), TRIVIÑOS (1992)].

Para melhor compreender os fenômenos sociais, HAGUETE (1992) refere que a opção pela pesquisa qualitativa é coerente e justificada, principalmente quando se relaciona à descoberta de certas atitudes e em determinadas situações.

Ao me propor a analisar como acontece o processo de comunicação entre o paciente e equipe de enfermagem, o método selecionado direcionou a trajetória metodológica, situando-me em contato direto com os sujeitos da investigação e com o fenômeno a ser investigado.

Reforçando a prioridade da pesquisa qualitativa, quando o investigador busca um contato mais próximo com os sujeitos, LÜDKE, ANDRÉ (1986:26) assinalam que

na medida em que o observador acompanha in loco as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar aprender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às próprias ações.

Portanto, acredito que a opção por essa abordagem direciona o caminho da investigação e contempla, de maneira adequada, o objetivo proposto.

cenário do estudo

Esse estudo foi desenvolvido em uma sala de recuperação anestésica de um hospital de emergência, mantido pelo governo Municipal, na cidade de Fortaleza - Ceará - Brasil, localizado no centro da Cidade, em área de grande movimento comercial e especializado no atendimento ao politraumatizado.

Apresenta uma estrutura física verticalizada, com oito pavimentos, onde estão instalados os serviços de imagenologia para apoio diagnóstico, as unidades de emergência de adulto e pediátrica, emergência especializada, incluindo os serviços de oftalmologia, endoscopia digestiva e respiratória, odontologia, hemotransfusão, as unidades de internação, o bloco cirúrgico, além do centro de material e esterilização, unidades de terapia intensiva adulta e pediátrica, unidade de internação conveniada, centro de tratamento de queimados e o centro de estudos e pesquisas, com biblioteca e auditórios.

Esse hospital atende uma população predominantemente vítima de traumas, decorrentes das mais variadas situações, e tem um atendimento médio mensal de 10.000 clientes, de acordo com os dados do Sistema de Gerenciamento

Hospitalar. Constitui-se, ainda, como campo de prática para os acadêmicos da área da saúde, das universidades locais, como também, oferece residências médicas nas especialidades de cirurgia geral, taumato-ortopedia, anestesiologia e cursos de especialização para os profissionais de enfermagem e nutrição.

A Sala de Recuperação Anestésica localiza-se no bloco cirúrgico, comportando 8 salas de cirurgia, uma farmácia-satélite, um banco de sangue e setores administrativos, para melhor fluir a dinâmica do serviço. Apesar de ter sido planejada com onze (11) leitos para receber os pacientes provenientes das salas cirúrgicas, onde deveriam permanecer até o pleno restabelecimento de seu homeostase, esta apresenta-se com uma superlotação, acrescida de um número indeterminado de macas, ocupando irregularmente áreas destinadas à circulação interna.

Para DRAIN, SHIPLEY (1981) a sala de recuperação deve, estar localizada próxima ao centro cirúrgico, ser equipada, tanto com recursos materiais suficientes como com recursos humanos qualificados. Deve manter um constante intercâmbio com as unidades de origem dos pacientes, visando a uma assistência especializada e assegurando a continuidade dos cuidados. A sua dimensão deve estar baseada no volume ou tipo de cirurgias realizadas, sendo que dois leitos de recuperação serão necessários para cada quatro ou cinco cirurgias realizadas, por um período de 24 horas. Uma vez definido o número de leitos, o tamanho da unidade pode ser planejado; o espaço entre um leito e outro deve ser 11,22 m para permitir a realização de manobras e procedimentos.

A sala de recuperação deve ser provida com pessoal capacitado para proporcionar observação e cuidados intensivos aos pacientes após um procedimento cirúrgico no qual foi necessário o uso de anestésico. Na SRA a equipe de enfermagem é composta por 09 enfermeiras e 24 auxiliares de enfermagem distribuídas em escalas de rodízio mensal.

A clientela recebida nessa unidade é oriunda de cirurgia de urgência ou cirurgia eletiva, caracterizada como de médio e de grande portes, necessitando, portanto, de cuidados intensivos e especializados. Quando acometida de desequilíbrio orgânico severo apresenta também comprometimento em seu estado emocional e segurança, tornando-se imperativa uma assistência de qualidade capaz de atender as suas necessidades básicas afetadas.

A sala de recuperação anestésica é o local onde o paciente deve ficar até que se restabeleça do ato anestésico a que foi submetido. Para a avaliação do paciente pela enfermeira, para se certificar que esse já tem condição de alta anestésica, são seguidos determinados parâmetros contidos no método de Aldrete e Kroulik. Esses parâmetros são direcionados para a capacidade do paciente desenvolver atividades, estabelecer um padrão respiratório normal, evidenciar condições de circulação eficaz, esboçar nível de consciência compatível com o estado de alerta e normo-coloração da pele (DRAIN, SHIPLEY 1981). Para avaliar as condições do paciente, objetivando a alta anestésica, a enfermeira segue determinados indicadores, contidos no método descrito a seguir:

atividade

capaz de mover as quatro extremidades, voluntariamente ou sob comando.....2

capaz de mover as duas extremidades, voluntariamente ou sob comando.....1

incapaz de mover, voluntariamente ou sob comando qualquer extremidade....0

• respiração

capaz de respirar profundamente e tossir francamente.....2

dispnéia ou limitação respiratória.....1

apnéia.....0

| | |
|---|---|
| • circulação | |
| pressão arterial até 20% do nível habitual..... | 2 |
| pressão arterial entre 20% e 50% do nível habitual..... | 1 |
| pressão arterial com variação superior a 50% do nível habitual..... | 0 |
| • consciência | |
| completamente acordado..... | 2 |
| despertando ao comando..... | 1 |
| não respondendo ao estímulo auditivo..... | 0 |
| • cor | |
| rosado..... | 2 |
| pálido, “terroso”, icterico..... | 1 |
| cianótico..... | 0 |

Índices iguais ou superiores a oito (8) são os recomendados para a alta da sala de recuperação anestésica. Apesar de se ter esses parâmetros para medir os níveis há pouco citados, os pacientes ficam, muitas vezes, até cinco dias na sala de recuperação, pelo fato de não se dispor de vagas nas unidades de internação, causando, com isso, um desconforto para o paciente, que fica privado de se comunicar com familiares, de satisfazer necessidades fisiológicas normalmente (fazer higienização no banheiro), de se alimentar, enfim, de atender suas necessidades humanas básicas.

APRESENTANDO A AMOSTRA ESTUDADA

Os participantes desse estudo foram pacientes cirurgiados, selecionados por conveniência na fase pós-operatória imediata e que se encontravam na sala de

recuperação pós-anestésica. Nesse local aconteceu as primeiras observações para a inclusão desses pacientes na pesquisa. Logo após a transferência desses para a enfermaria, os mesmos foram convidados a participar do estudo. Os critérios estabelecidos para a seleção da amostra foram os seguintes:

- ✓ concordasse em participar do estudo de maneira espontânea;
- ✓ estivesse lúcido e orientado e que apresentasse condição de verbalizar;
- ✓ ter sido operado de urgência no período de abril a maio de 1997;
- ✓ com idade superior a 18 anos.

Quanto ao número de clientes estudados, me embasei em LÜDKE, ANDRÉ (1986), que recomendam a conclusão do estudo no momento em que a exploração de novas fontes leva à redundância de informações ou a um acréscimo muito pequeno à informação anteriormente obtida. Portanto, tão logo percebi esse fenômeno, procurei encerrar a coleta dos dados perfazendo um total de trinta pacientes.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

No levantamento de dados, fiz uma comunicação oficial à direção do Hospital e à chefia do Serviço de Enfermagem da SRA, expondo o objetivo do estudo e solicitando autorização para desenvolvê-lo, o que foi atendido sem restrições.

Atendendo aos princípios éticos da pesquisa, os clientes foram informados sobre seu anonimato e adotado para a identificação um sistema de codificação em números arábicos de 1 a 30. Como técnica de coleta de dados, e na tentativa de obter maiores informações, utilizei a observação livre e um roteiro de entrevista semi-estruturada, contendo, além dos dados de identificação do paciente, perguntas que contemplavam o objeto do estudo.

A entrevista foi organizada com uma linguagem simples, de fácil compreensão pelo receptor, pois, segundo CIANCIARULLO (1996), a comunicação implica uma série de aspectos que se não estiverem claros para os que estão se comunicando pode gerar conflitos e fracassos na relação.

Na concretização dessa etapa, o paciente foi abordado na enfermaria após ter tido alta da SRA por entender que, se ele estivesse na SRA, poderia ficar inibido ao responder as perguntas que lhe eram dirigidas. O paciente era escolhido quando ainda se encontrava na SRA, onde era observado o seu grau de consciência, durante o tempo em que ele permanecia na SRA, pois acredito que teria melhor condição de avaliar como ocorreu a comunicação caso estivesse consciente e orientado alopsiquicamente.

Após ser transferido para a enfermaria, acompanhava sua transferência, identificando seu leito e unidade de internação. A entrevista foi realizada num espaço entre 12 e 24hs após a transferência da SRA. Mediante esse fluxo, novamente retomava o contato com o paciente selecionado para compor a amostra do estudo. Todos os pacientes abordados concordaram em participar da entrevista sem interpor objeção ou qualquer forma de constrangimento, o que tornou os momentos agradáveis, interativos e gratificantes.

Durante o momento da entrevista, os pacientes ficavam atentos, apesar de em algumas ocasiões, terem dificuldades em responder algumas indagações. Outros foram concisos e objetivos em suas respostas, tornando-as monossilábicas. Com o decorrer da entrevista, e uma empatia mais presente, complementavam suas respostas afirmando que *o atendimento de enfermagem na SRA tinha sido bom...*, mas acrescentavam que tinham sentido dor, chamavam as pessoas porém elas não vinham. Eu continuava insistindo no questionamento sobre o atendimento de enfermagem e a resposta ainda era afirmativa.

Durante o período definido para a coleta de dados, de abril a maio de 1997, as entrevistas foram por mim realizadas, em média atendendo dois pacientes por dia e cada entrevista com duração média de 40 minutos. Optei por não utilizar o gravador, pois o equipamento parecia inibir os participantes, o que poderia também induzi-los à omissão de respostas significativas. Imediatamente às entrevistas e às anotações realizadas junto com os pacientes, dirigia-me à biblioteca da Instituição para anotar os dados coletados e retratar da forma mais fidedigna possível, as respostas obtidas.

Na tentativa de alcançar o objetivo proposto, considerei importante incluir no roteiro as seguintes indagações:

- o que aconteceu com você ?
- como você chegou ao hospital ?
- como você foi recebido ?
- alguém conversou com você ?
- informaram a você que ia ser operado ?
- quando você ficou na sala de recuperação anestésica, como percebeu o atendimento neste setor ?
- o que lhe falaram sobre o seu problema ?

Após a etapa de entrevistas que propiciou um contato mais direto e efetivo com os participantes do estudo, realizei leituras dos dados levantados e construí um perfil do cliente atendido na SRA, identificando aspectos relativos ao sexo, estado civil, escolaridade, profissão, crenças religiosas, por entender que cada uma dessas características pode influenciar no processo da comunicação. A essas características foram acrescidas o motivo do atendimento e a maneira como chegou ao hospital.

Os discursos decorrentes das entrevistas foram relidos na busca por similaridades e divergências, sendo analisados à luz da teoria da comunicação terapêutica de STEFANELLI (1993).

Os discursos foram organizados por similaridades e apresentados sob o tema Percepção do paciente sobre a comunicação com a equipe de enfermagem na SRA. A seguir será apresentada a análise dos dados quantitativos e qualitativos na forma de tabelas e falas, respectivamente.

APRESENTANDO OS RESULTADOS

Apesar de não se constituir objetivo da pesquisa evidenciar o perfil da clientela atendida nesse setor, entendia que essa inserção seria enriquecedora no decorrer da análise dos dados. Relembrando, a amostra do estudo constou de 30 pacientes que foram submetidos a cirurgias de urgência e que usufruíram dos serviços da sala de recuperação anestésica.

Quadro I

Respostas quanto ao estado civil e sexo dos respondentes

| ESTADO CIVIL \ SEXO | MASCULINO | FEMININO | TOTAL |
|-----------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Solteiro | 10 | 02 | 12 |
| Casado | 10 | 07 | 17 |
| Viúvo | - | 01 | 01 |
| TOTAL | 20 | 10 | 30 |

O quadro acima mostra que dos 30 pacientes que participaram da pesquisa, 20 eram do sexo masculino. Observa-se que há maior predominância de acidentes em pessoas do sexo masculino (20) e nas pessoas casadas (17). Esses dados podem ser confirmados com as observações diárias feitas na SRA, onde se nota que a maioria do atendimento é prestado a homens; e também em registros do SAME, que comprovam o resultado acima encontrado.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará -SESA/CE (1997), foi registrada no período de 1990 a 1995 a média anual de 1.902 óbitos para o sexo masculino e de 406 para o sexo feminino (em geral), correspondendo à proporção de 5:1 (masculino: feminino) evidenciando-se uma concentração média de 82,3% dos óbitos para o gênero masculino.

O sexo masculino é o mais afetado pela violência, provavelmente pela exposição a que está submetido no dia-a-dia: ocupações de maior risco, consumo de álcool e drogas de forma desordenada e, ainda, por motivos comportamentais e culturais.

Quadro II

Religião dos respondentes

| RELIGIÃO | FREQUÊNCIA |
|------------------|------------|
| Católica | 23 |
| Evangélica | 03 |
| Igreja Universal | 01 |
| Não referiu | 03 |
| TOTAL | 30 |

Temos acima o demonstrativo das respostas quanto à religiosidade dos participantes, no qual 23 (76,6%) dos 30 são católicos o que nos leva a crer que é a religião predominante em nosso País. Apenas 03 (10%) referiram não ter *nenhuma religião*.

A fé em Deus torna-se um sustentáculo para a continuidade da vida, e, assim pode ser representada de várias formas e em diferentes religiões como:

comigo, graças a Deus, foi tudo bem...

A frase “graças a Deus” parecia aliviar os temores do paciente e era uma forma de agradecimento pela vida e pelo cuidado que estava recebendo de profissionais de saúde em uma instituição pública.

Quadro III
Escolaridade e profissão dos respondentes

| PROFISSÃO \ ESCOLARIDADE | ESCOLARIDADE | | 1ºg | | 2ºg | | TOTAL |
|--------------------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|-----------|
| | Anal-fabeto | Alfabe-tizado | Incom-pleto. | Com-pleto. | Incom-pleto. | Com-pleto. | |
| Padeiro | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Ambulante | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| Agricultor | 04 | - | - | - | - | - | 04 |
| Estudante | - | - | 04 | 01 | 01 | - | 06 |
| Vendedor | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| Doméstica | 02 | 04 | - | - | - | - | 06 |
| Professora | - | - | - | - | - | 02 | 02 |
| Comerciante | - | - | - | - | 01 | - | 01 |
| Mestre de Obra | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Mecânico | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| Comerciária | - | - | - | - | 01 | - | 01 |
| Vigia | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| Tipógrafo | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Motoqueiro | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| Operador de Máquina | - | - | 01 | - | - | - | 01 |
| Pintor | - | 01 | - | - | - | - | 01 |
| TOTAL | 06 | 10 | 08 | 02 | 02 | 02 | 30 |

Descrevemos profissão/escolaridade dos participantes da pesquisa. Os dados mostram que houve predominância de estudantes, totalizando um número de seis (20%), e de domésticas, perfazendo o mesmo quantitativo e percentual.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PESQUISA EM SAÚDE PÚBLICA

O grau de escolaridade variou de 06 analfabetos (20%) ao 2º grau completo, registrado por 02 participantes, correspondendo a um percentual de 6,7%. O maior número foi de alfabetizados (10) que correspondeu ao percentual de 30%.

Verifica-se a diversidade de profissões exercidas pelos acidentados e chamou a atenção o fato de que todas se classificam como de baixo poder aquisitivo. Isso me leva a crer que a procura por essa instituição pública se dá principalmente pelo caráter gratuito no atendimento e pelo fato de estar sempre equipada com recursos materiais e humanos qualificados.

Quadro IV

Transporte do paciente para o hospital

| TRANSPORTE | FREQÜÊNCIA |
|----------------------|------------|
| Ambulância | 12 |
| Automóvel de passeio | 15 |
| Táxi | 01 |
| Motocicleta | 01 |
| Ônibus | 01 |
| TOTAL | 30 |

Do total de 30 pacientes, 12 chegaram na ambulância na qual são prestados os primeiros socorros no local do acidente. Esse tipo de atendimento mostra o quanto se torna necessário o funcionamento do serviço de socorro pré-hospitalar.

A população de Fortaleza conta com ambulâncias de Socorro de Urgência, o Corpo de Bombeiros (GSU), ligado à Secretaria de Saúde do Estado, e o SOS Fortaleza, da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, que atuam com essas viaturas especiais. O motorista recebe treinamento de “socorrista” e um auxiliar de enfermagem, também com treinamento nessa área, que são os encarregados pelo transportes desses pacientes. Essas ambulâncias ficam em pontos estratégicos da Cidade. Existe uma central telefônica que solicita o serviço

e rastreia a ambulância que esteja mais próxima ao local do acidente para prestar os primeiros socorros e transportar o paciente até o local indicado.

Qualquer pessoa que tenha estado doente e necessitado de repouso e conforto se lembrará de ter sido colocado em uma maca sob o som estridente da sirene. Só quem sobreviveu a essa cena é que pode avaliar o desconforto e a fria necessidade desse transporte, começo de uma provação longa e dura de suportar quando se está bem, difícil de traduzir em palavras, quando o barulho, a luz, as sondas e as vozes se tornam insuportáveis (KÜBLER-ROSS, 1992).

Apesar da existência do serviço de ambulâncias mantidos pelo poder governamental, o automóvel de passeio foi o meio de transporte mais utilizado com 50% . Este meio de transporte facilitou o acompanhamento de familiares que participaram com informações necessárias a um atendimento adequado à situação de saúde apresentada pelo paciente.

Os demais meios de transportes - como táxi, motocicleta e ônibus - foram os menos procurados, possivelmente pela dificuldade de se acomodar um acidentado.

Quadro V

O que motivou o atendimento cirúrgico

| CAUSAS | FREQÜÊNCIA |
|--|------------|
| Acidente de Trânsito com Fratura | 09 |
| Abdômen Agudo | 08 |
| Ferimentos Traumáticos – Acidentados por Motos | 05 |
| Agressão por Arma Branca | 04 |
| Traumatismo de Abdômen | 02 |
| Traumatismo Vascular | 01 |
| Agressão por Arma de Fogo | 01 |
| TOTAL | 30 |

Demonstrando a causa dos atendimentos cirúrgicos, o quadro anterior discrimina e evidencia a violência social a que estão expostos os habitantes das grandes cidades.

Dos 30 pacientes, 14, ou seja, 46,7% dos acidentados, deram entrada no hospital por acidente de trânsito; dentre esses, 09 envolvendo veículos e 05 envolvendo motocicletas.

No Brasil, a partir dos anos 80, ao se excluírem as causas mal definidas, a violência assumiu uma posição de destaque aparecendo como segunda causa de morte, logo abaixo das doenças do aparelho circulatório (CEARÁ, 1997).

O Estado do Ceará, a partir do final da década de 80, excluindo as causas mal definidas, acompanhou a tendência dos óbitos do País, com as causas externas ocupando igualmente a segunda colocação dentro dos 17 grandes grupos da Classificação Internacional das Doenças. Os óbitos por violência representaram, nos anos de 1980, 1990 e 1995, as percentagens de 8,4%, 8,9% e 10,7% em relação ao total de óbitos (CEARÁ, 1997).

Portanto, as causas externas apresentam-se como um problema de grande magnitude na esfera da saúde pública e as intervenções têm sido tímidas, provavelmente sobre o efeito, não surtindo o impacto desejado pela sociedade, comprovado pelas altas taxas de mortalidade e grande número de seqüelas e incapacidades permanentes.

Modificações significativas ocorreram em Fortaleza de 1981 a 1995, nos aspectos de mortalidade proporcional por causas específicas.

As causas externas e os neoplasmas, que, em 1981, ocuparam o 3º e 4º lugares no “ranking” da classificação das causas específicas, com 9,2 e 8,0%, evoluíram para 13,4 e 11,9%, em 1995, passando então para os 2º e 3º lugares, respectivamente (FORTALEZA, 1997).

Os homens se expõem mais aos riscos relacionados à construção civil, às atividades portuárias, fabris e em pedreiras, além da maior exposição ao trânsito, decorrente do uso de bebidas alcoólicas, ao porte de armas e envolvimento em disputas que geram agressões (FORTALEZA, 1997).

Esse estudo, mostrou o abdômen agudo como a 2ª causa de atendimento. Esse quadro se caracteriza como uma doença aguda e grave, necessitando, pois, de cuidados urgentes. Esses casos geralmente chegam em carros particulares e acompanhados de familiares e isso, possivelmente, facilita a comunicação e o tratamento porque possibilita informações precisas e mais rápidas.

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE A COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SRA

Ouvir alguém de forma adequada é bastante complicado e, no entanto, é fundamental para a relação enfermeira-paciente. A enfermeira não poderá obter quaisquer resultados até que tenha perguntado ao paciente qual é o problema e escutado a resposta.

Sabe-se que no pós-operatório imediato o desconforto físico é muito freqüente e pode ser demonstrado sob várias formas, como relatam os pacientes a seguir. O desconforto por permanecerem deitados em macas, foi assim expresso:

Eu fiquei numa cama que eu não podia me virar e o meu corpo estava muito machucado.

Eu fiquei em cima de uma cama estreita, eu pedia para me virar e não conseguia.

Eu só não gostei daquelas caminhas, eu sentia muito frio.

Conforme as falas mencionadas, deve-se levar em conta o fato de que o paciente se submeteu a um ato cirúrgico sem uma prévia preparação. É uma situação que traz toda uma ansiedade e medo de como aconteceu o fato que o conduziu à internação, o efeito pós-anestésico, o ambiente desconhecido da SRA,

tudo isso levando o paciente ao desgaste, tornando-o vulnerável a desequilíbrios físicos e emocionais, necessitando de atenção especial da enfermagem.

A SRA tem 11 leitos permanentes com ocupação diária de 100%. Como esse total de leitos não é suficiente, o hospital recebe pacientes na própria maca que os transporta do centro cirúrgico para a SRA. Como o número de leitos nas unidades de internação é insuficiente para dar suporte aos pacientes em pós-operatório, esses são “obrigados” a permanecer em macas na SRA até que surjam vagas nas unidades de internação.

Diante do que foi citado, o paciente, ao ser submetido ao ato cirúrgico, além de sofrer agressão em seu corpo, ainda está sujeito a permanecer no pós-operatório imediato, com sondas, drenos, cateteres diversos, deitado em uma cama estreita, sem proteção lateral, que o impede de movimentar-se; com um colchão, que de certa forma não atende às necessidades de conforto, nem de segurança, nele tendo que permanecer por um longo período.

As expressões “*meu corpo estava muito machucado*”, “*não podia me virar*” e “*sentia muito frio*” são ouvidas diariamente de pacientes em situações críticas de saúde e que denotam a necessidade de uma assistência de enfermagem integral e rigorosa.

Esses motivos de desconforto fazem clamar por uma maior interação equipe de enfermagem /paciente, ou seja, um diálogo aberto, justificando os motivos da situação vivenciada e, ao mesmo tempo, solicitando a sua compreensão. Por ser um serviço de emergência, os pacientes chegam acidentados e precisam de atendimento imediato, para suas lesões físicas, assim como precisam ser ouvidos.

A dificuldade de comunicação com a família foi outro fator relevante para os pacientes e esses não foram atendidos em seus apelos, como revelam a seguir.

Foi muito ruim, eu precisava ver alguém da minha família. Eu precisava falar com alguém para resolver minhas coisas.

Eu pedi prá moças de lá chamarem minha família porque eu achava que ia morrer e diziam que não podia.

Não foi muito bom porque a minha esposa está de resguardo eu queria ver ela e não deixaram.

Fica clara nessas falas, a necessidade de “estar com” a família. A SRA é uma unidade fechada, não sendo permitidas visitas. Ficam com acompanhantes, somente as crianças e os idosos. A comunicação que existe do paciente com familiares se dá através do Serviço Social. A assistente social visita cada paciente três vezes ao dia e mantém o contato desse com seus familiares. Por outro lado, não sendo permitidas visitas, os familiares se angustiam por não poderem ver e estar com eles partilhando desse momento difícil.

É oportuno ressaltar que trazer a família para participar efetivamente da assistência do paciente hospitalizado é uma necessidade imperiosa, já que a doença é um fator que interfere na segurança física, socio-econômica, religiosa e, principalmente, emocional (AQUINO, 1984).

Há de se reconhecer que o “estar-com” e o “partilhar” são meios de comunicação relevantes, portanto, o hospital deve oferecer a oportunidade para a continuidade do relacionamento efetivo entre os membros da família, é muito importante, fundamental até, para o restabelecimento mental e físico, como é também, o caso da prevenção de estresses.

A inserção da família no plano terapêutico e assistencial constitui a busca e a tentativa de, quando da hospitalização, atender às necessidades humanas de comunicação e afeto no binômio paciente/família. Para BRUNNER, SUDDARTH (1980), a família deve ser incluída no planejamento do cuidado do paciente até sua reabilitação plena.

No período da doença, os familiares desempenham papel preponderante e, através de uma relação de ajuda, contribuem para a recuperação mais rápida do paciente.

Tratando-se de uma cirurgia de urgência e motivada por acidente, o pós-operatório é transformado em mais um motivo de preocupação e nervosismo para a família, pois, muitas vezes, é uma situação desgastante e amedrontadora para ambos.

A hierarquia das necessidades de Maslow apud AQUINO (1984) sugere que o indivíduo opere em níveis ascendentes, os quais precisam ser pelo menos parcialmente atendidos antes que a pessoa passe a manifestar necessidades de um nível superior.

O “*medo da morte*”, como foi citado pelo paciente, demonstra um sentimento de dependência, de insegurança. Considerando essas conseqüências, a enfermagem deve usar a sua força de persuasão para ajudá-lo, assegurando-lhe uma assistência orientada e segura.

Outra causa de desconforto observada foi sobre os “gritos” de outros pacientes em situação crítica de saúde.

Fui bem atendido... só não gostei porque não consegui dormir com outro paciente gritando.

Comigo foi tudo bem, mas tinha um cara lá todo amarrado e outros gritando com dor.

Os ruídos oriundos dos gritos e gemidos de pacientes, barulho de aparelhos, conversa entre funcionários são freqüentes na SRA e provavelmente incomodam as pessoas que estão em situação menos grave. No entanto, muitos pacientes reconhecem que o hospital, em virtude da característica de tratar de doente, não pode ser um ambiente tranqüilo.

Essa colocação é corroborada por SOARES (1998) quando questionou 60 pacientes sobre o ambiente hospitalar e verificou que apenas 47% imaginavam encontrar um ambiente sossegado. Mirshawaka apud SOARES (1998) declara que os pacientes freqüentemente reclamam do fato de não conseguirem dormir no hospital por causa do barulho.

Por essa razão, a enfermagem deve procurar preservar o ambiente livre de ruídos, visto que é um elemento facilitador para o conforto e sono tranquilo do paciente e que, conseqüentemente, contribuirá para a recuperação mais rápida.

A queixa de dor está sempre presente e muitas vezes passa despercebida pelos profissionais que prestam o cuidado no pós-operatório.

Foi bom, mas tive dor e chamava as pessoas e elas não vinham.

Eu senti muita dor, eu queria uma injeção e a enfermeira dizia que já tinha dado.

A dor é uma característica de muitas doenças, sendo um fenômeno individual. A maior parte das pessoas que conhece o que é sentir dor a percebe como uma sensação desagradável e algo que tem que ser evitado tanto quanto possível.

As sensações de mal-estar para ALVES, RABELO (1995) são reações corporais/psíquicas percebidas como “algo” que se mostra de forma subjetiva à consciência de cada indivíduo. A dor do outro, mesmo daquele que seja mais próximo e íntimo, não é “vivida por mim”.

O que se pode perceber, objetivamente, são sinais como: contrações musculares, fâcias de sofrimento, gemidos e a própria queixa do paciente, o que leva a equipe de enfermagem a prestar o cuidado para o alívio parcial ou total da dor.

A comunicação é posta por STEFANELLI (1993) como um *processo que sustenta toda a assistência de enfermagem e o desenvolvimento do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente*. Portanto, torna-se indispensável sua aplicação durante o cuidado com o paciente em pós-operatório imediato, principalmente quando ele reclama de dor e solicita a presença do profissional para ouvir suas queixas.

Nas falas imediatamente anteriores, está presente a oportunidade da equipe de enfermagem mostrar seu potencial e habilidade de comunicar-se, e tornar menos agressiva a situação vivenciada pelo paciente, menos dolorida, mais satisfatória e digna para a pessoa doente.

Entre os profissionais que prestam o cuidado na SRA, há aqueles caracterizados por tipos de comportamentos inadequados ao ambiente e a situação que o paciente vivencia.

Eu fui muito mal atendido, tem umas pessoas muito ignorante.

Tinha uma dona lá que era muito ignorante.

Foi péssimo, a gente fala com as mulheres de lá e ninguém liga prá nada.

Quando o paciente se referiu a pessoa "*ignorante*" e que "*ninguém liga prá nada*", não distinguiu qual o profissional que o atendeu dessa forma. Mesmo assim, pode-se perceber que, na SRA, a comunicação entre paciente e equipe de enfermagem é algo a se questionar e se adequar às condições mínimas de respeito ao ser humano.

Para STEFANELLI (1993), aceitar o paciente não implica concordar com todas as manifestações de seu comportamento e sim encará-lo como pessoa.

Sabe-se que as condições de trabalho não são favoráveis para ambos, profissional e doente; entretanto, cada pessoa que trabalha na SRA, juntamente com os dirigentes da Instituição, devem dispor de espaço físico e tempo para

discutir sobre a situação desconfortante no serviço e tentar harmonizar o ambiente de maneira adequada para todos.

Ouvir, é um mecanismo que transmite ao paciente que ele é aceito, respeitado, tratado como ser humano; é dar-lhe oportunidade para se desenvolver no processo de comunicação, porque o saber ouvir é condição essencial para que haja comunicação (STEFANELLI, 1993).

A sensação de sede foi colocada por alguns pacientes como:

Foi tudo bem. Eu sentia muita sede...

Quase morro de sede, a enfermeira disse que eu não podia beber e nem comer...

Conforme BRUNNER, SUDDARTH (1980), *a sede é um sintoma incômodo após a administração de muitos anestésicos. Deriva em grande parte do ressecamento da boca e da faringe causado pela inibição da secreção de muco após a medicação pré-operatória.*

A perda de líquidos orgânicos e de sangue causa um desequilíbrio hídrico, contribuindo para a sensação de sede, e essa não é aliviada pela administração de soluções por via endovenosa. É necessário que a enfermagem explique as conseqüências que podem ocorrer caso ele (o paciente) tome água nas primeiras horas após o ato cirúrgico, como por exemplo, crise freqüente de vômito. Caso a boca esteja muito seca, pode-se umedecer os lábios com algodão embebido com água de preferência gelada, proporcionando melhor bem-estar (VEIGA, CROSSETTI, 1986).

Mesmo que seja para dizer “não”, ou seja, que ele “não pode beber, nem comer”, a enfermeira precisa saber administrar essa necessidade.

A contenção no leito foi percebida como uma forma de sofrimento.

Foi muito ruim, me amarraram e eu sofri muito lá.

Tinha um cara todo amarrado.

O termo “amarrado”, como descrito, faz-nos lembrar pacientes em hospitais psiquiátricos e de uma enfermagem retrógrada. Mas, como esclarecido, a necessidade dos pacientes permanecerem em macas na SRA significa uma contenção feita como medida de segurança, pois a maioria das macas não possui grades laterais.

Mesmo ao fazer-se necessária a contenção nesses pacientes, a equipe de enfermagem precisa estar atenta aos danos que possam ocorrer, como lesões ou hematomas iatrogênicos.

O conforto e a segurança deverão estar sempre associados para oferecer ao paciente uma adaptação adequada ao ambiente hospitalar, proporcionando um tratamento eficaz que satisfaça suas necessidades e diminua sua angústia.

A sensação de abandono e desprezo foi demonstrada nas falas.

Eu senti muito frio, vomitei muito, pedi ajuda mas as pessoas falavam para eu virar a cabeça de lado. Foi uma sensação horrível...

Eu só sei que estava aqui em cima desta cama sem saber o que vai ser da minha vida...

O vômito é uma das conseqüências do pós-operatório, que ocorre à medida que o paciente se recupera da anestesia, na tentativa de aliviar o estômago do muco e da saliva deglutidos durante o período anestésico (BRUNNER, SUDDARTH, 1980).

A “sensação horrível” relatada é uma queixa freqüente. A intervenção de enfermagem para que o paciente vire a cabeça de lado visa a permitir uma drenagem eficaz, evitando-se a bronco-aspiração, o que pode causar asfixia e morte.

A fala “*estava em cima desta cama sem saber o que vai ser da minha vida*” expressa o abandono que, na realidade se dá pelo fato de o familiar não poder estar ao seu lado na SRA. O paciente, ao ser hospitalizado, necessita que

os outros compreendam seus problemas, suas limitações, temores, esperanças e seus desejos, pois se sente afetado em suas necessidades humanas básicas.

Quando a pessoa está enferma, em geral é tratada como alguém sem direito a opinar. Quase sempre é o outro quem decide sobre ela. Custaria tão pouco lembrar de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e acima de tudo, o direito de ser ouvido (KÜBLER-ROSS, 1992).

A enfermeira exerce um papel importante na detecção destas necessidades, devendo dar-lhe apoio e ajuda necessários.

Na concepção de AQUINO (1984) *a hospitalização ocasiona alterações bio-psico-sócio-espirituais tanto para o paciente como para a família, cabendo destacar o desconforto das mudanças ambientais, a sensação de perda do espaço social, as preocupações com o trabalho e com a vida familiar, assim como com os aspectos econômicos e espirituais.*

Outro tipo de desconforto relatado é em relação a sondagem nasogástrica.

Não foi bom, porque eu ficava pedindo para tirarem a borracha do meu nariz e ninguém escutava.

A sondagem gástrica, seja essa, naso ou orogástrica, pode ser efetuada para alimentar pacientes, colher material para exames, drenar o conteúdo gástrico em casos de intoxicações exógenas e, no paciente em pós-operatório de cirurgias da região abdominal para drenagem de secreção contida no estômago ou no intestino.

Sabe-se que a inserção de uma sonda gástrica causa desconforto, principalmente na região nasofaríngea deixando o paciente irritado e com desejo de livrar-se da sonda.

A habilidade na comunicação da equipe de enfermagem torna-se fundamental para fazer com que o paciente compreenda e aceite a necessidade de manter-se sondado o tempo necessário para seu restabelecimento.

O mal-estar vivenciado pelo paciente e ainda o chamado que “ninguém escutava” denota, por um lado, que nenhum profissional estava presente na área onde ele (paciente) se encontrava, ou então, um total desrespeito da equipe de enfermagem no atendimento do paciente.

A assistência humanizada de enfermagem é uma aclamação profissional, portanto, o atendimento mínimo humanizado da enfermagem é atender com atenção e prontidão o chamado do paciente que vivencia a sensação de um pós-operatório de cirurgia de urgência.

Na fala “*eu perguntei a enfermeira quanto tempo vou ficar aqui e ela disse quem sabe é o médico*”, pode-se observar que o paciente não obteve uma resposta convincente, da enfermeira. Essa deve ter capacidade técnica e científica de explicar ao paciente a necessidade da permanência no hospital para seu pronto restabelecimento.

Nesse contexto, percebe-se a dúvida relativa à distinção profissional entre enfermeira e auxiliar de enfermagem e outros. Faz-se necessário que a enfermeira se identifique para o paciente, para que esse reconheça e valorize o profissional que o assiste.

Corroborando estes achados, SOARES (1998) encontrou que apenas 11% de sua amostra sabiam dizer quem era a enfermeira do setor. Afirma ainda que o *fato da enfermeira não ser identificada e distinguida na equipe de enfermagem pelo paciente foi significativo e sobressai como um fator de influência negativa na avaliação da qualidade do serviço.*

É importante que a enfermeira aprenda a colocar-se na relação com o paciente de forma autêntica e que sensibilize os integrantes da equipe de enfermagem para alcançar um nível excelente na comunicação enfermeira-paciente.

Mais uma vez as falas denotam o desconhecimento do paciente em relação ao profissional da equipe de enfermagem:

duas moças perguntaram se eu estava sentindo alguma coisa...
a enfermeira conversou e disse que vinha para a enfermaria...

Em ambas as falas, apesar de não se ter dado um diálogo efetivo e mais prolongado, houve a intenção de uma resposta coerente e o interesse de verificar a situação de saúde do paciente. Foi um momento em que o paciente esclareceu dúvidas, mas ao mesmo tempo, poderiam ter sido fornecidos outros esclarecimentos, deixando o paciente mais consciente e seguro de sua situação vivenciada.

A pergunta pode ser usada, desde que com propriedade, principalmente quando a enfermeira quer obter do paciente informações específicas. As perguntas devem ser feitas somente com a finalidade de estimular o paciente a dar continuidade ao assunto e esclarecer suas idéias.

O alcance da qualidade assistencial só será possível, segundo SOARES (1998), quando novas posturas forem assumidas pela enfermeira - como interagir com o paciente, saber ouvir, conhecer suas necessidades e expectativas. Acrescenta, ainda, que se deve levar em consideração o tratamento humanitário, a comunicação, a informação simples e completa sobre a intervenção terapêutica, além de dar espaço ao paciente para falar de suas preocupações, anseios e perspectivas.

Sobre as pessoas que cuidavam ou prestavam qualquer tipo de assistência aos pacientes, descobriram que a comunicação foi prejudicada e assim disseram:

não conversaram, só deram soro e uma injeção porque estava com dor...
as enfermeiras olhavam o soro, ajeitavam mais não disseram nada...
só fizeram cuidar, conversar ninguém conversou nada...

Nestas manifestações fica caracterizado o cuidar puramente mecânico. Para BITTES JÚNIOR, MATHEUS (1996),

a enfermagem se apresenta através do processo de cuidar do ser humano, um ser complexo e indivisível, e para comunicarmos com ele será preciso considerarmos seus valores e crenças, prezar a auto-estima e o auto-conceito, além de estabelecermos um relacionamento empático.

A fala “*as enfermeiras olhavam o soro e ajeitavam mais não me disseram nada*” denota a necessidade afetiva desse paciente e não podemos considerar apenas o fisiológico do paciente, pois seu comportamento está diretamente relacionado ao que ele sente e pensa. Não há como separar o emocional do fisiológico quando o assunto é ser humano.

Essas falas fazem a todos ver que o paciente, ao se hospitalizar, age como uma pessoa assustada, pois se encontra em um ambiente desconhecido, e em sua imaginação, tudo pode acontecer. Quase sempre nos esquecemos de que esse paciente se encontra em cima de uma cama, totalmente dependente de nossos cuidados e que, até há pouco tempo, era pessoa sadia, dona de seu corpo e de suas vontades.

Mas, com habilidade e competência, a enfermeira pode ajudar a minimizar as dificuldades decorrentes de uma hospitalização e a qualidade da assistência de enfermagem que se presta ao paciente pode ser diretamente influenciada pela forma de nos comunicar com ele.

A informação sobre o diagnóstico e cirurgia foi ausente para muitos pacientes, conforme os relatos:

sobre o meu caso, não falaram nada...
sobre a operação não falaram nada...
só sei que fui operado.
ninguém falou nada até agora...

Fica clara nas falas a desinformação a respeito do ato cirúrgico. Quando o paciente diz “*sobre o meu caso não falaram nada*”, percebe-se que as

informações podem ter sido incompletas ou não foram entendidas. Na comunicação enfermeira-paciente, os problemas, interesses, sentimentos e atividades do paciente constituem o principal foco. Para ajudar o paciente é necessário que a enfermeira tenha disponibilidade de ouvi-lo com atenção.

Concordamos com CARRARO (1997) quando diz que *o hospital é um lugar em que não há espaço para ficar sem respostas, é um lugar em que as pessoas buscam e encontram soluções e o ato cirúrgico é, muitas vezes, esta solução.*

Entretanto, as falas dos pacientes descritos nesse estudo denotam desinformação do paciente sobre a experiência cirúrgica, e aqui procede a alguns questionamentos: quantas questões, dúvidas, inquietações o paciente vivencia nessa situação ? Será que ele não deseja saber o que está acontecendo? As pessoas que o atendem não integram o saber teórico e prático durante o cuidado ? Será que não há espaço temporal para o profissional orientar o paciente ? Por que acontece essa gritante falha de comunicação entre equipe de enfermagem e paciente na SRA?

Questões básicas e óbvias sobre o ato cirúrgico e o pós-operatório poderiam ter sido explicadas para os pacientes, até porque foram vítimas de traumas inesperados e que por vezes nem lembram onde se encontram além de estarem longe da família.

A situação vivenciada pelo paciente, com esse tipo de cirurgia, envolve mudanças radicais na rotina diária, afastamento das atividades profissionais e ainda expondo-se ao estresse causado por uma internação hospitalar, em que o “desconhecido” está sempre presente.

SALVARANI, MENDES (1992) encontraram que a “tensão” e “medo” foram as situações mais comuns vivenciadas pelo paciente no pós-operatório e a

maior expectativa dele foi conversar com alguém. Os comportamentos da equipe de enfermagem que causaram satisfação para a maioria dos pacientes pesquisados foram: ouvir com atenção, mostrar-se disponível, interessada, deixar o paciente falar sem interromper e principalmente conversar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo está passando por grandes mudanças e o sistema de atendimento à saúde precisa se adequar a essas transformações. Hospitais e outros serviços de saúde devem mudar não apenas fisicamente, mas também em sua atitude em relação ao cuidado de enfermagem com o paciente e com a comunicação.

Hoje está em franca evidência a qualidade, que não é uma simples questão técnica ou filosófica, mas uma política comprometida e permanente em busca do “defeito zero”.

Considerando-se a comunicação como um instrumento básico para a assistência de enfermagem e percebendo-se que existem dificuldades que podem afetar tal processo, espera-se que a enfermeira, por desempenhar um papel importante na equipe multiprofissional, tenha a intenção de detectar tais dificuldades e, assim, intervir nos elementos que estejam interferindo até mesmo impedindo a compreensão básica e efetiva necessária à comunicação equipe de enfermagem-paciente.

Cabe à equipe conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente.

A equipe de enfermagem da Instituição estudada, precisa refletir sobre a comunicação e entender como parte de todos os cuidados prestados às pessoas e de todas as relações vivenciadas pelo homem.

A comunicação visa a provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional.

Com relação à análise dos dados, verificou-se que a maior parte dos pacientes eram insatisfeitos com o sistema de comunicação e relataram, várias

vezes, que chamavam a enfermeira e não eram atendidos. Mesmo assim, alguns pacientes, apesar das más condições vivenciadas, apontaram a comunicação como satisfatória. Tal fato foi observado nas falas dos pacientes que apresentaram um grau de instrução mais elementar, ou seja, apenas assinam o nome, e, também, naqueles que exercem profissões que não exigem maiores qualificações, justificando um nível socio-econômico desfavorecido. Isso nos leva a crer que os pacientes acreditam que são bem atendidos, por vivenciar no seu dia-a-dia dificuldades semelhantes ou piores.

O desconforto físico relatado por vários pacientes pautou-se nas condições de “*estar numa maca*”, “*sentir frio*”, “*sentir sede*”, “*estar amarrado*”, “*gritos e ruídos*”, “*náuseas e vômitos*”, agravando-se ainda o fato de não serem ouvidos.

Ficou evidenciada nas falas dos pacientes a vontade de “*estar-com*” a família e sabe-se que, naquele momento, é imprescindível compartilhar os medos, angústias, dúvidas com os familiares. Nessa ocasião, a enfermagem e Instituição precisam oferecer oportunidades para esses encontros, deixando paciente e família livres de dúvidas.

Comprovei que as informações sobre condição de saúde, diagnóstico, cirurgia e recuperação foram ausentes para muitos pacientes, o que poderia ter sido observado plenamente pela enfermagem.

Para tanto, precisa-se rever sobrecarga da demanda de pacientes, principalmente nos finais de semanas, quando há uma superlotação no setor, causando estresse em toda a equipe de trabalho.

Diante do exposto, verifico a necessidade de uma avaliação contínua do serviço e qualificação profissional, visando a uma assistência humanizada, e individualizada e digna para o ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, P.C., RABELO, M.C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A.M.R. (Org.) **Saúde & comunicação** - visibilidades e silêncios. São Paulo:HUCITEC-ABRASCO, 1995. Cap. 4, p. 217 – 236.
- ANÁLISE da mortalidade em Fortaleza no período de 1981 a 1995. **Boletim 1**, Fortaleza n. 1, p. 1-47, 1997. Ceará, 1997.
- AQUINO, G.S. **Pacientes adultos hospitalizados**. Rio de Janeiro:Cultura Médica, 1984 - 98p.
- BITTES JÚNIOR, A. MATHEUS, M. C. C. Comunicação In CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo; Atheneu, 1996. 154 p.
- CEARÁ, Secretaria do Estado. Departamento de Epidemiologia. **Boletim epidemiológico de mortalidade por causas externas**, Ceará, 1990 a 1995, Fortaleza, 1997.
- BRUNNER, SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. Cap. 19, p. 352 – 360.
- CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência** - resgatando Florence Nightgale. Goiânia:AB, 1997. 119 p.
- CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. São Paulo:McGraw-Hill, 1987. 381 p.
- CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo; Atheneu, 1996. 154 p.

- DRAIN, S. **Enfermagem na sala de recuperação.** Rio de Janeiro:Interamericana, 1981. 645 p.
- DUGA'S, B.W. **Enfermagem prática.** Rio de Janeiro:Guanabara, 1984. Cap. 27, p. 507 - 529.
- FARIA, E. M. Comunicação e informação "instrumentos para transformação da prática dos serviços de saúde". **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 47-59, jan/jun, 1995.
- HAGUETE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 3. ed., ver, atual., Petrópolis:Vozes, 1992. 224 p.
- HORTA, W de A. **Processo de enfermagem.** São Paulo:EPU, 1970. 84 p.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo:Martins Fontes, 1992. Cap. 7, p. 125 – 150.
- LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana.** Rio de Janeiro:Guanabara, 1988. 407 p.
- LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo:EPU, 1986. 55 p.
- MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** São Paulo:Sarvier, 1994. 94 p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo / Rio de Janeiro:HUCITEC / ABRASCO, 1993. 269 p.
- POTTER, P. A., PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem: prática clínica e prática hospitalar.** São Paulo:Livraria editora, 1996. 999 p.
- POWELL, J. S. J., BRADY, L. **Arrancar máscaras! Abandonar papéis!** São Paulo:Loyola, 1996. 175 p.

- ROPER, N., LOGAN, W.W., TIERNEY, A.J. **Modelo de enfermagem**. 3. ed., Portugal: McGraw-Hill, 1995. P. 454
- SALVARANI, M.C.C., MENDES, I. A. C. O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com o enfermeiro. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em enfermagem, 3. 1992, **Anais**. Ribeirão Preto: EERP / USP, 1992. p. 591 - 605.
- SHEENY, S.B. **Emergency nursing: principles and practice**. 3. ed. Ed. Mosby. St. Louis Missouri. Years Book, 1996. 886 p.
- SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo:Gente, 1996. 133 p.
- # Pegar essa
SOARES. M.F. **Expectativas e satisfação dos pacientes internados no Hospital Geral de Fortaleza**. Fortaleza, 1998. 85 p. Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Ceará. Dissertação de Mestrado.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente - teoria e ensino**. 2ª ed. São Paulo:Robe, 1993. 200 p.
- TRIVIÑOS, J.P. **Introdução à pesquisa em ciências sociais - a pesquisa em educação**. São Paulo:Atlas, 1992, 175 p.
- VEIGA, D.A., CROSSETTI, M.G. **Manual de técnicas de enfermagem**. Porto Alegre:D.C. LUZATTO, 1986. 174 p.