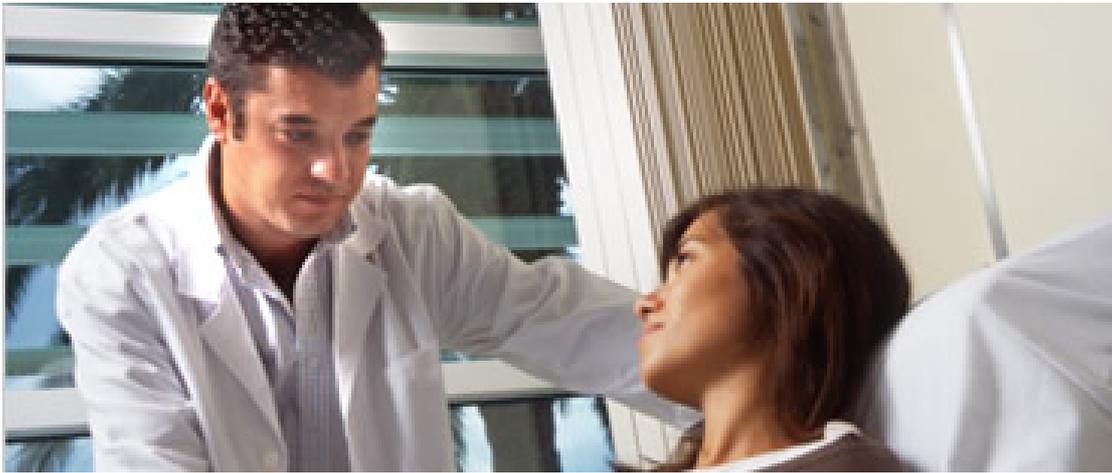

HEMODIÁLISE

COMUNICAÇÃO & ENFERMAGEM



SERÁ QUE AINDA COMUNICAMOS?



O mundo globalizado de hoje exige profissionais cada vez mais qualificados, principalmente do ponto de vista tecnológico. As competências e os conhecimentos dos trabalhadores são essenciais para responder às exigências impostas pelas mudanças sociais e económicas. Nesse contexto, as interações pessoais acabam por ser relegadas para segundo plano. O sector da saúde não é excepção.

Vivemos num mundo de poucas palavras. Predomina a imagem. Na actual cultura, a razão sobrepõe-se à emoção. Valorizamos o ter, divinizamos o ser (KEITH, 1999).

Atingido por essas reformulações económicas, sociais e políticas, também o sector da saúde sofre os impactos dos ajustes macroestruturais. As

solicitações da produtividade, da tecnologia e da qualidade dos serviços, obrigam os profissionais a um nível de formação cada vez mais exigente.

Partindo desta premissa, e tendo em conta a realidade dos cuidados físicos e mentais prestados ao doente insuficiente renal crónico terminal (DIRCT), reforçamos a importância que assume a discussão dos cuidados emocionais entre os diversos profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros, com vista ao bem-estar e qualidade de vida do paciente (ALMEIDA & WITT, 2003).

O enfermeiro, como principal agente de mudança, deve buscar conhecimentos e formação que lhe permitam humanizar os cuidados de enfermagem.

Estes novos horizontes exigem-lhe agora a capacidade de desenhar e implementar cuidados de enfermagem holísticos, que abarquem todas as dimensões do doente, e a motivação para se manterem

permanentemente actualizados (TIMBY, 2001).

Uma das situações mais comuns na actividade dos enfermeiros é a prestação de cuidados a doentes submetidos a hemodiálise. A experiência, como milhares destes profissionais podem observar diariamente, cria situações únicas de stress, não só para os doentes mas também para as suas famílias.

Vários investigadores documentaram já a repercussão dos níveis de stress, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um doente hemodialisado e na sua família

(WRIGHT & LEAHEY, 2002; OUIMETTE et al, 2004; DOYLE et al, 2004; AHLBERG et al, 2004).

Na perspectiva do doente, ao tratamento de hemodiálise estão geralmente associados aspectos negativos como o medo do desconhecido, pela utilização de recursos tecnológicos muitas vezes invasivos, a barreira da linguagem técnica e rebuscada, a apreensão por estar num ambiente estranho e a preocupação com sua integridade física.

O enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente. Deve, por isso, promover o seu bem-estar nas suas diversas dimensões: biológico, psicológico, social, espiritual e emocional.

É imperativo mudar estas percepções, atitudes e comportamentos e a comunicação é a ferramenta necessária. Por isso, hoje em dia, tão importante como deter competências do âmbito terapêutico é dominar os conceitos e as estratégias comunicacionais.

Em face desta realidade, consideramos relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao doente hemodialisado. A qualidade da comunicação vai contribuir certamente para a qualidade da assistência terapêutica.



“A pessoa só se torna pessoa em face de outra.”

A INTERACÇÃO COM O DOENTE



A palavra ‘comunicar’ provém do latim *communicare* que significa pôr em comum, compartilhar, ligar, unir. A comunicação, sendo um processo, é por isso dinâmica e evolutiva.

A etimologia do termo implica uma reciprocidade, isto é, a comunicação para ser efectiva necessita de mais do que um interlocutor e exige a descodificação da mensagem, seja ela verbal ou não-verbal.

FREIRE (1988, p. 65) afirma que “o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjectividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico”.

A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem, contribuindo para uma melhor assistência ao doente e à família que vivem a ansiedade e o stress do tratamento hemodialítico. É essencial para estabelecer uma relação entre profissional, doente e família. Esta nossa afirmação é corroborada por SARAIVA (1999), ao referir teorias que defendem o processo comunicativo como forma de ajuda ao indivíduo e à família.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-doente, o processo de comunicação tem de ser eficiente para viabilizar uma assistência humanizada e personalizada de acordo com as necessidades.

A interacção com o doente caracteriza-se, assim, não apenas por uma relação de poder, em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

Cuidar é o trabalho de enfermagem



E cuidar não é apenas tratar. É também dar atenção, reflectir. Os cuidados devem, portanto, ser prestados de forma humana e holística. À luz desta abordagem integrada, não podemos excluir o cuidado emocional aos nossos doentes, quando ambicionamos uma assistência de qualidade.

Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo, observando sistematicamente o ambiente e os doentes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência.

No entanto, ao focarmos a atenção nas rotinas e nos procedimentos técnicos, deixamos de perceber importantes necessidades dos doentes – sentimentos, anseios, dúvidas – e,

consequentemente, deixamos de prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua a dimensão emocional.

SKILBECK & PAYNE (2003) conduziram uma revisão de literatura para compreenderem a definição de cuidado emocional e de que forma enfermeiros e doentes podem interagir para produzir relacionamentos de suporte emocional. Perceberam que a ausência de definição e de significados próprios acaba por se repercutir na prática assistencial do enfermeiro.

A visão holística



Para a nossa reflexão, vamos assumir que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível (SÁ, 2001).

Este ponto de partida exige um elevado nível de sensibilidade às manifestações verbais e não-verbais

do doente, que permita ao enfermeiro interpretar as suas necessidades individuais.

Consideramos, portanto, que a promoção de um cuidado holístico que integre as necessidades bio-psico-sócio-espirituais e emocionais passa pela eficácia do processo comunicativo entre enfermeiro-doente. Todavia também entendemos que o processo é dinâmico e que, para haver comunicação, a expressão verbal (palavras) ou não-verbal (postura, expressões faciais, gestos, aparência e contacto corporal) de um dos sujeitos, tem de ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro.

Caso assim não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e, conseqüentemente, comprometendo os cuidados oferecidos.

WALDOW (1999) deixa claro que cuidar se pode concretizar de duas formas: como forma de sobrevivência ou como demonstração de interesse e carinho. A primeira verifica-se em todas as espécies animais e sexos. A segunda

ocorre exclusivamente entre os humanos, considerando a sua capacidade de usar a linguagem, entre outras formas, para comunicar com o outro.

Para otimizar assistência integrada, a equipa de enfermagem pode estabelecer estratégias de cuidados para atingir seus objectivos.

Contudo, não é demais reafirmar que a comunicação é o elemento-chave para a construção de qualquer estratégia que englobe o cuidado emocional.

A importância da formação



Alguns autores reconhecem que os problemas de comunicação ou a comunicação insatisfatória entre enfermeiro e doente se repercutem no desenvolvimento de uma melhor interação entre ambos.

Especialmente no âmbito da doença crónica, devido ao medo da morte, à ansiedade do enfermeiro sobre a capacidade de o doente enfrentar a doença, à falta de tempo, à falta formação para lidar com estes casos (WILKINSON, 1991), e à ansiedade sobre as consequências negativas para os doentes (PARLE et al., 1997).

A formação para o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação assume assim grande relevância.

HEAVEN & MAGUIRE (1996) e KRUIJVER et al (2001) realizaram uma sondagem pré-teste, proporcionaram formação sobre competências comunicativas aos enfermeiros e realizaram um pós-teste. No final do estudo, os autores reconheceram que a capacidade de comunicação do enfermeiro melhorou significativamente após a formação. WILKINSON et al (1998 e 1999) e KRUIJVER et al (2001) também descobriram que após formação as enfermeiras melhoraram a avaliação dos problemas do doente e do conteúdo emocional revelado pelo mesmo.

Assim, para além da valorização continuada das aptidões comunicacionais, sugerimos ainda a visita diária de enfermagem como um importante meio de diagnóstico das carências de segurança, amor, auto-estima e espiritualidade do doente, a par das necessidades bio-fisiológicas.

É a partir da visita de enfermagem que o enfermeiro estabelece um processo de comunicação com o doente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico, aos procedimentos a realizar, às normas e rotinas da instituição ou clínica, desempenhando um importante papel na redução da tensão e ansiedade que se reflectem no quadro clínico do doente (OUIMETTE et al, 2004; DOYLE et al, 2004; AHLBERG et al, 2004).

SANTOS (1999) refere que os diálogos repletos de termos técnicos, geralmente inacessíveis, ocorridos junto ao doente, são por ele interpretados de acordo com o nível dos seus conhecimentos. Por outro lado, o impacto emocional da postura silenciosa de enfermeiros e médicos,

também pode agravar ainda mais o estado de ansiedade e tensão. Estas atitudes devem ser evitadas, na tentativa de minimizar o seu impacto na qualidade da assistência prestada ao doente num momento em que este se encontra mais fragilizado.

O impacto na sobrevida do doente



**“O homem vai-se descobrindo, na relação com os outros. Mas há muitas dificuldades no auto-conhecimento, ninguém vê, exactamente, todas as dimensões da sua personalidade.”
(Estanqueiro, 2005)**

Para uma melhor qualidade dos serviços de saúde, é vital conhecer não só a percepção do doente mas também a da família. Só assim estaremos sensibilizados para disponibilizar um conjunto de cuidados que atenda às expectativas do doente e da sua família, diminuindo o peso do stress e da ansiedade no processo do tratamento.

Segundo WRIGHT & LEAHEY (2002, 13) “a enfermagem tem um compromisso e

obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”.

A promoção do cuidado emocional tem alcançado resultados positivos na sobrevida do doente.

McCORKLE et al (1998) realizaram um estudo correlacionando os sintomas de stress e as intervenções de cuidado emocional. Os autores encontraram uma relação estatisticamente significativa entre ambos os factores, revelando que os doentes falecidos precocemente foram os mesmos que receberam menos intervenções de cuidado emocional.

A partir dessas evidências, subscrevemos a importância do cuidado emocional para a recuperação e sobrevida do doente hemodialisado sem, todavia, menosprezarmos em momento algum

o cuidado técnico-científico. Na realidade, essas diferentes dimensões dos cuidados de saúde devem harmonizar-se e complementar-se.

O cuidado emocional na prática



Para prestarmos um cuidado emocional de qualidade, é necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar atencioso, tocar e confortar os nossos doentes, recuperando a sua auto-estima.

Tocar, olhar e ouvir são gestos e comportamentos que contribuem para gerar sentimentos de segurança e protecção e fortalecer a auto-estima. Segundo MONTAGU (1998), o toque desenvolve vantagens evidentes em termos de saúde física e mental. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico. Portanto, o acto de tocar

alguém é confortável e faz parte do cuidado emocional (SÁ, 2001).

Para que os cuidados sejam humanizados, integrais e individualizados é necessário conhecer os sentimentos, vontades e necessidades da pessoa que os recebe.

Só assim conseguiremos obter alguma ressonância à nossa acção, além de nos permitir oferecer um serviço realmente direccionado, que ajude a diminuir o sofrimento presente no convívio com a doença.

A experiência de trabalhar com pacientes crónicos leva-nos ainda a reflectir sobre a melhor maneira de auxiliar o ser humano incapacitado de comunicar. Nestes casos, a comunicação não-verbal – postura, expressões faciais, gestos, aparência e contacto corporal – assume uma importância extrema, funcionando como um instrumento ao serviço da equipa de enfermagem na aproximação a questões importantes e íntimas não verbalizadas.

O profissional de saúde tem no corpo humano o campo central da sua actividade quotidiana. Torna-se vital conhecer o seu funcionamento físico e psicológico. O enfermeiro, principalmente em clínicas de hemodiálise, começa a tomar consciência da importância da comunicação não-verbal. E de que tem de aprofundar os seus conhecimentos nesta área se quiser prestar um cuidado humanizado e de qualidade.

tecnológica ocorrida na última década em todas as áreas do conhecimento.

No campo das ciências da saúde, voltadas para o cuidado do ser humano, temos de criar mecanismos para aproveitar melhor a avalanche de conhecimento que nos é oferecida. Também é essencial desenvolver novos modelos de assistência ou aperfeiçoar os existentes, para integrar o conhecimento e a prática de modo eficiente, caso contrário corremos o risco de desactualização.

GLOBALIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO



Hoje a informação é gerada e distribuída, em tempo real, para o mundo inteiro. É cada vez mais difícil absorver o conhecimento produzido, tendo em conta o volume e a velocidade a que é disponibilizado.

A profissão de enfermeiro não está isenta dos efeitos da revolução

Os mercados globalizados e outras mudanças do mundo contemporâneo também tiveram impacto sobre a comunicação humana. As diversas formas de comunicação existentes actualmente permitem criar linguagens diferentes e conviver com diferentes crenças, valores, atitudes, padrões de comportamento e condutas, o que gera ansiedade e solidão. Essa situação causa angústia nos profissionais da área da saúde, nos professores e nos que estão na prática diária da enfermagem, pois há cada vez mais dificuldades em atender às necessidades específicas do indivíduo.

Às vezes, não existem condições para identificar as características predominantes, uma vez que a população também é influenciada por esta fusão global.

O enfermeiro tem de ser capaz de gerir as dificuldades de prestar assistência a uma clientela cheia de incertezas diante das mudanças a que está sujeita no dia-a-dia. Para amenizar a situação, as competências em comunicação são cada vez mais necessárias.

A vida muda quando adquirimos a capacidade de usar esse saber e o integramos no quotidiano profissional e pessoal. Começamos então a prestar mais atenção a algo que nos acompanha ao longo de toda a vida, nos bons e nos maus momentos. Algo que, de tão habitual, passa quase despercebido: a comunicação com os que estão à nossa volta.



NOVOS PARADIGMAS DA ENFERMAGEM



“Está comprovado que nunca se alcança realmente uma boa comunicação antes que duas pessoas se decidam a trabalhar para isso. Precisamos de estudo e prática para aprender a difícil arte da comunicação.” (Powell; Brady, 2001)

Para ajudar o homem a viver e a lidar com os processos de mudança contínua ou permanente surgiram novos paradigmas de gestão orientados para o desempenho e a construção face à incerteza do mundo actual. Nesses modelos, a comunicação é encarada como um meio activo de estruturação social. É vista como “*performance, execução e*

desempenho relacional". Mais do que mero intercâmbio de mensagens, a comunicação surge hoje como processo de construção de modos de realidade social, não sendo, portanto, um modelo linear.

É uma visão mais dinâmica, que contempla a evolução, a criatividade e a interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHLBERG, K. et al. **Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer.** *Journal of Advanced Nursing.* v. 45, n. 2, p. 205-213, 2004.
2. ATKINSON, L. D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
3. BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva.** Dissertação de Mestrado, UFSC. Florianópolis, 1995.
4. BARCELLOS, V. R.; CAMPONOGARA, S. **O uso da comunicação não-verbal no cuidado ao paciente cardiopata: percepções da equipe de enfermagem.** In: COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões.** Santa Maria:UNIFRA, 2001. 232p. p.53-72.
5. BERNHARD, L.A.; WALSH, M. **Leadership: the key to the professionalization of nursing.** New York: McGraw - Hill Book, 1981.
6. BITTES JÚNIOR, A; MATHEUS, M. C. **Comunicação.** In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 6, p. 61-73.
7. BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
8. CRAWFORD, R. **Na era do capital humano.** Trad. Luciana Bontempi Gouveia. São Paulo: Atlas, 1994.
9. DOBRO, E. R. H. et al. **A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal.** *Rev. Esc. Enf. USP,* São Paulo, v.32, n.3, p. 255-261, 1998.
10. DOYLE, N. M. et al. **Maternal stressors during prolonged antepartum hospitalization following transfer for maternal-fetal indications.** *American Journal of Perinatology.* v. 21, n. 1, p. 27-30, 2004.

11. DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
12. ESTANQUEIRO, A. **Saber lidar com as pessoas**. Lisboa, Editorial presença, 2007.
13. FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
14. GATTÁS, M. L. B. **Relacionamento interpessoal enfermeira-paciente**. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 4, n. 2, p. 12-18, 1984.
15. GOLDSMITH, M. **Indagar, aprender, acompanhar e crescer**. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M.; BECKHARD, R. **O líder do futuro**. Trad. Cynthia Azevedo. 2. ed. São Paulo: Futura, 1996.
16. HANDY, C.B. **Como compreender as organizações**. Trad. Helena M.C.M. Pereira. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
17. HEAVEN, K.; MAGUIRE, P. **Training hospice nurses to elicit patients concerns**. Journal of Advanced Nursing. v. 23, n. 2, p. 280-286, 1996.
18. HEIL, G.; PARKER, T.; TATE, R. **A liderança e a revolução do cliente**. Trad. Nivaldo Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira, 1995.
19. HUDAK, C. M.; GALLO, B.M. **Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro**. In: HUDAK, C. M.; GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
20. KEITH, D. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1999.
21. KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente – Colocando em ações as habilidades de liderança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.
22. KRUIJVER, I. P. M. et al. **Communications between nurses and stimulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme**. European Journal of Oncology Nursing. v. 5, n.3, p. 140-150, 2001.
23. LUNARDI, Valéria Lerch. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. Tese de Doutorado, UFSC. Florianópolis, 1997. p 121.
24. McCORKER, R. et al. **The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress**. Nursing Research, v. 47, n. 1, p.02-10, 2004.
25. MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.
26. MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1998.
27. NEGRINI, M. R.; RODRIGUES, A. R. F. **Relacionamento terapêutico enfermeiro paciente junto a mulheres mastectomizadas**. Revista o Mundo da Saúde, v. 24, n. 4, p. 16-22, 2000.
28. OUIMETTE, P. et al. **Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients**. Journal of Traumatic Stress. v. 17, n. 1, p. 1-9, 2004.
29. PARLE, M et al. **The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients**. Social Science and Medicine. v. 44, n. 2, p.231-240, 1997.

30. POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: Conceitos, processo e prática.** Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
31. SÁ, A. C. de O. **O cuidado do emocional em enfermagem.** São Paulo: Robe Editorial, 2001.
32. SANTOS, N. R.; LEMES, M. D. A **percepção e os sentimentos do paciente de familiares na UTI.** Revista Estudos Vida e Saúde. v. 28, n. 6, p. 09-15, 2001.
33. SANTOS, S. S. C.; LUIS, M. A. V. **A relação da enfermeira com o cliente cirúrgico.** Goiânia: AB, 1999.
34. SARAIVA, A. M. P. **O doente inconsciente e a efetividade da comunicação através do toque.** Nursing. n. 134, p. 36-40. 1999.
35. SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Editora Gente, 1996.
36. SINNO, M. **Comunicação enfermeiro-cliente.** Rev. Bras. de Enf., v. 40, n. 2/3, p. 09-15, 1987.
37. SKILBECK, J.; PAYNE, S. **Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care.** Journal of Advanced Nursing. v.43, n. 5, p. 521-530.2003.
38. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 2000.
39. STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** São Paulo: Ed Manole, 2005.
40. STUART, G. W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Reichman e Affonso, 2002.
41. TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
42. WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.
43. WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
44. WILKINSON, S. et al. **A longitudinal evaluation of a communication skills programme.** Palliative Medicine. v. 13, n. 4, p. 341-348, 1999.
45. WILKINSON, S. et al. **Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme.** Palliative Medicine. v. 12, n. 1, p. 13-22, 1998.
46. WILKINSON, S. **Factors which influence how nurses communicate with cancer patients.** Journal of Advanced Nursing. v. 16, n. 6, p. 677-688, 1991.
47. WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família.** 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.