

NURSING

Na comunicação com a pessoa comatosa o enfermeiro não deve interpretar a comunicação como uma mera transmissão de pensamentos lógicos e definidos, inclui todo o tipo de mensagem (verbal/não, verbal) entre duas mentes, onde esta forma de comunicar transcende o que é percebido pelos sentidos do profissional. Comunicar com a pessoa comatosa é a arte de comunicar não só com o que observo, pois esta mostra apenas um corpo de pessoa que é! A comunicação deve ser vista como a formação de uma camada subaquática crescente de mediatismo, banalização de afetos, padronização de sentimentos, distante e triste, dando origem a laços frágeis e de solidão. Este contexto deve ser interpretado pelo enfermeiro com perícia e perspicácia, promovendo a comunicação assertiva e adequada à situação de fragilidade e incapacidade, cuidando com humanidade todas as dimensões da pessoa.

NURSING

COMUNICAR NO SILÊNCIO

Na minha prática diária como enfermeiro a comunicação assume um papel cada vez mais valorizado na relação enfermeiro/doente, sendo hoje em dia um valor fundamental na certificação de qualidade de um serviço e conseqüentemente um bom indicador da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de saúde.

Comunicar não é um conceito exclusivo do ser humano, embora não exista nenhuma outra espécie animal com um processo de comunicação tão complexo, outras espécies possuem métodos de comunicação eficazes e que perduram no tempo. A comunicação para o ser humano suporta a base da assimilação, acomodação e desenvolvimento de competências, onde a escrita assume um papel primordial, permitindo com este simples gesto, refletir neste momento sobre a temática no meu contexto profissional.

Considero a comunicação como um processo dinâmico de origem verbal ou não verbal que está presente em todo o ciclo vital do ser humano, permitindo-lhe aceder aos seus semelhantes, promovendo a interação interpessoal e assim assumir uma grande relevância na vivência do ser humano nos diversos contextos onde se encontra inserido (social, económico, cultural ... etc.). Seguindo a minha opinião também Phaneuf (2005) considera a comunicação como um processo de troca e partilha de informações e sentimentos, que se deve desenrolar abertamente entre as pessoas, seja ela de uma forma verbal ou não verbal. Considero que o processo de comunicar é um momento de criação e recriação de informações, troca e partilha, colocando em comum ideias, sentimentos e emoções para com o outro.

Na minha perspetiva comunicar de modo adequado em ambiente hospitalar é a “pedra basilar” que diferencia a prática de enfermagem, ao promover o autêntico cuidar em detrimento do tratar, despersonalizando o momento e promovendo o relacionamento interpessoal com a pessoa doente, permitindo-lhe expressar as suas necessidades e dando assim origem a um cuidar individual, opinião minha esta reforçada por Carneiro, Fontes, Costa e Morais (2009.).

Considero que a comunicação assertiva no cuidar assume um lugar de destaque, encaro mesmo a comunicação assertiva como a “Arte de Comunicar”. Transmitir informação de forma direta e objetiva, com o fim que a mensagem chegue a todos os recetores sem ser visto como uma pessoa agressiva, torna-se na multifacetada sociedade onde nos inserimos, um verdadeiro talento. A falta de assertividade na comunicação em enfermagem pode criar conflitos, angústias, frustrações e mesmo perda de informação primordial na relação interdependente que diariamente estabelecemos com o doente e elementos de toda a equipe multidisciplinar envolvida, podendo mesmo por em causa as soluções que se procuram para dar resposta ao <http://www.nursing.pt/comunicar-uma-arte/>

NURSING

processo patológico, debilidade física, mental e espiritual, em que o doente se encontra. Neste contexto como enfermeiro na minha prática procuro demonstrar conhecimento, empatia, destreza e segurança no processo de transmissão de informação, colocando-me no lugar do doente/família que acolhe a informação. Olhando nos olhos, comunicando com naturalidade e calma, procuro transmitir confiança e credibilidade ao doente/família.

Corroborando a minha convicção, Phaneuf (2005) considera a comunicação assertiva como a capacidade de transmitir a informação sem medo, de forma firme e tranquila, transmitindo o seu ponto de vista e defendendo o que se diz mas sem deixar de respeitar o outro. Cabe ao enfermeiro diariamente de um modo assertivo, afirmar a sua personalidade ao comunicar, sabendo dizer “sim” ou “não”, sem criar em si um sentimento de culpa ou hostilidade perante o outro. Contudo considero que embora pareça um processo simples, torna-se complexo quando eu como enfermeiro me deparo com doentes em que a sua condição patológica não lhes permite interagir com o meio. No meu quotidiano sinto a necessidade de fazer uso de meios complementares eficazes para comunicar com o doente. Eu, quando impossibilitado de comunicar verbalmente, como por exemplo quando estou perante um doente afásico ou com diminuição acentuada da acuidade auditiva, a linguagem gestual, a escrita, ... assumem um importante papel na transmissão de informação, procurando assim, embora de uma forma mais difícil, estabelecer uma comunicação assertiva. Contudo pergunto-me: E quando estamos perante o doente com alterações do estado de consciência, propriamente o doente comatoso, a relação/comunicação estabelecida é feita meramente numa perspetiva biomédica ou adotamos atitudes relacionais e comunicacionais adequadas à situação?

Penso que a incapacidade sentida pelo doente de se exprimir de forma verbal ou não verbal, deve ser uma experiência assustadora, devendo o enfermeiro como cuidador encarar esta fator como sendo decisivo no ato de cuidar da pessoa como ser holístico que é. Considero o enfermeiro como o elemento mais próximo da pessoa no processo de doença, pelo que preconizo que no cuidar holístico, tendo em vista todas as suas dimensões, deve desenvolver estratégias de comunicação que lhe permitam informar e estabelecer uma relação terapêutica eficiente com o doente e família nos diversos contextos, no sentido de promover a saúde e bem-estar dos envolvidos.

Como estudante no decorrer da minha licenciatura em enfermagem e como profissional, deparo-me que alguns profissionais, incluindo-me a mim, criam momentos em que as atitudes adotadas perante o doente, principalmente em estado comatoso, não serão as mais corretas. Destaco principalmente o comunicar com o doente, o não cuidar holístico, o dar mais importância à técnica em detrimento da relação terapêutica e empática com o doente. Observo comentários desadequados e inapropriados na presença do doente que nada ajuda na relação

<http://www.nursing.pt/comunicar-uma-arte/>

NURSING

terapêutica e promoção da saúde. É exemplo disso comentários como: Coitado está aqui como um trapo, mais valia morrer! Isto é vida? Nem a família o vem ver! Olha, está para aqui abandonado, ninguém quer saber dele, se não fossemos nós ...!

O referido, infelizmente, são contextos com que me deparo e que também já fiz parte dele e com os quais não me orgulho. Reconhece que tais atitudes e comportamentos podem ter origem na forma como os cuidados estão estruturados na organização: rotinas rígidas, dotações inadequadas, recursos materiais inapropriados, a falta de feedback por parte do doente devido ao seu estado patológico, a dificuldade de gerir o stress no ato de cuidar mas também a falta de formação e sensibilidade dos profissionais, são exemplos que puderam colocar em causa a relação terapêutica que devemos estabelecer com o doente.

Ao observar esta grave lacuna no meu comportamento profissional, procurei obter formação a título individual, direcionada para a comunicação com o doente em estado comatoso. No decorrer da minha formação fiz algumas entrevistas a colegas que diariamente lidavam com doente em estado comatoso. Acho oportuno neste momento partilhar uma entrevista exploratória que passo a transcrever no Apêndice 1. Penso oportuno ler em primeiro a entrevista antes de continuar a leitura desta reflexão.

Considero que a postura profissional e comportamentos que demonstramos na nossa prática podem favorecer como prejudicar a comunicação com o doente, principalmente em estado comatoso. Reforçando a minha opinião Phaneuf (2005) considera que posturas, gestos, contacto físico e visual, expressões, tom de voz, ênfase, tipo de respiração, o silêncio, ... amplamente utilizados de forma consciente ou não, são fatores que estão associados à comunicação e relação terapêutica que o enfermeiro deve adotar perante o doente comatoso, definindo assim o cariz humanitário que o enfermeiro deve deter.

Para mim a comunicação e a relação terapêutica, são dois conceitos indissociáveis na minha prática diária. A forma como comunico, os códigos e meios usados, a sintaxe, semântica, aspetos verbais e não-verbais usados, levam a que o doente interprete a mensagem com um intuito positivo ou negativo, independentemente do conteúdo da mensagem, o que vai de acordo com as ideias de Phaneuf (2005) e Freixo (2011.)

Na minha opinião a relação terapêutica que o enfermeiro deve construir com o doente comatoso assume um papel primordial, uma vez que deve valorizar a relação que se cria com o doente atribuindo a este, um papel proactivo no seu processo de recuperação, que vai de encontro aos padrões de qualidade definidos pela ordem dos enfermeiros.

No doente exceccionalmente sensível e vulnerável, cabe ao enfermeiro ser um elemento ativo quebrando as barreiras que proporcionam e geram sentimentos de medo, frustração e ansiedade, que “assombram” o doente. Neste sentido devemos promover cuidados de qualidade

<http://www.nursing.pt/comunicar-uma-arte/>

NURSING

mais próximos da “Arte de Cuidar”, tendo como objetivo o bem físico, social, mental e espiritual.

Infelizmente considero que hoje em dia ainda existe uma fraca preparação do profissional de saúde quando aborda o doente não interativo ou em sofrimento profundo. Diariamente o profissional é “traído pelos cuidados técnicos”, ações consideradas de grande importância. Neste contexto o ouvir, escutar, sorrir, olhar, ... são elementos que vão sendo esquecidos, demonstrando o desinteresse pela relação de ajuda. Felizmente, ainda observo colegas que procuram escutar e partilhar as dificuldades sentidas pelo doente, dando visibilidade à relação de ajuda e não desvalorizando o sofrimento e comunicação em detrimento do clássico modelo biomédico. Na minha opinião que vai de encontro à de Ramos (2008), os benefícios de uma boa comunicação com o doente traduz-se numa melhor capacidade do doente aceitar diagnósticos, técnicas e terapêuticas, traduzindo-se numa melhoria do estado de saúde.

Como enfermeiro procuro não prestar os cuidados de forma automática e fria, mas sim estar atento a qualquer reação verbal ou não verbal, para assim cuidar e cuidar com humanidade, ou seja, reconhecer um conjunto de particularidades (o olhar, o toque, o sorrir, o partilhar, o socializar, ...) que permitam ao ser humano de se conhecer como espécie na humanidade e assim reconhecer o outro semelhante como elemento que faz parte da humanidade.

Neste âmbito penso que o enfermeiro perante o doente comatoso deve assumir estratégias de comunicação promovendo a relação terapêutica. Na minha opinião reforçada por Carvalho e Stefanelli (2005), essas estratégias devem incidir sobre o desenvolvimento da capacidade de ouvir reflexivamente, usar terapêuticamente o silêncio, mostrar interesse pelo outro, saber dizer “sim” e “não”, usar o humor terapêutico, dialogar com o doente mesmo não havendo feedback e estimular no doente expressões de sentimentos e emoções. Conhecendo estas estratégias, penso que o enfermeiro poderá mobilizar as suas ações consoante as necessidades do doente na sua individualidade e singularidade, no decorrer da prestação de cuidados. Para a profissão de enfermagem assumir o título de “Arte” cabe ao enfermeiro, na presença do doente comatoso e sendo detentor da “Arte de Cuidar”, perceber mesmo na forma não-verbal o que é expresso no modo de ser do outro.

Cabe a nós como enfermeiros mudar comportamentos e atitudes inadequadas, independentemente da força de fatores externos e internos, que possam existir e influenciar o nosso comportamento. O poder de comunicação no ato de enfermagem assume-se na minha perspetiva como o alicerce da construção da relação terapêutica, da promoção e recuperação do doente do seu estado patológico, pois sem uma base de construção forte e bem estruturada, o desmoronar do cuidar em enfermagem poderá por em causa a essência da disciplina,

NURSING

competências e qualidades implícitas e que a sociedade e nós como enfermeiros e pessoas, devemos exigir à profissão.

Bibliografia Principal

Monografias

Carvalho, E. C. e Stefanelli, M. C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. Baueri: Manole Editoras

Freixo, M. J. (2011). *Teorias e modelos de comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência

Ramos, N. (2008). *Saúde migração e interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas*. Lisboa: Universidade Aberta

Publicações Periódicas

Carneiro, A. D., Fontes, W. D., Costa, S. F., e Morais, G. S. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enfermagem*, 22 (3), 324 – 327

APÊNDICE - 1

(Entrevista Exploratória)

A Enfª X, licenciada em enfermagem, iniciou a sua carreira profissional em 1987 no Hospital Francisco Xavier no serviço de Medicina Intensiva. Em 1988 integrou equipa da UCI do Hospital Francisco Xavier, onde permaneceu até 1993. Em 1993, por motivos de Concurso de Graduação, integra a UCI do Hospital Egas Moniz tornando-se Enfª Graduada, permanecendo nesta instituição até ao ano de 1999. Em 1999 integra a equipa de ortopedia do Hospital Sousa Martins, onde permaneceu até ao ano de 2000. Em 2001 fez parte da equipa multidisciplinar que abriu o serviço de UCI do Hospital Sousa Martins, onde permanece até ao presente momento a exercer funções.

Questões colocadas

1- De acordo com a sua experiência profissional/pessoal, na sua opinião, quais os aspetos com maior peso preditivo para o profissional de enfermagem, aquando da prestação de cuidados ao idoso inconsciente?

2- Na sua perspetiva, existe variabilidade de atitudes/tipos de comunicação entre profissionais de enfermagem na prestação de cuidados ao idoso inconsciente? Se sim, quais os fatores que acha que condicionam esta variabilidade entre profissionais?

Transcrição das respostas às perguntas colocadas

Quando falamos de inconsciência temos de definir corretamente inconsciência. Existem vários estados de consciência/inconsciência, desde o profundo ao normal e ao inconsciente induzido.

Não podemos falar em inconsciência apenas no idoso em coma natural, temos também referir aquele que está inconsciente mas resultado de uma indução terapêutica. Nesta situação de inconsciência induzida não se pretende que o doente em causa esteja de todo inconsciente do que se passa ao seu redor. Desde que ele consiga colaborar comigo naquilo que eu preciso para cuidar dele, eu deixo-o vir ao seu limiar de consciência; ouve, isto é difícil mas é o otimizado, é o idoso estar sedado mas pouco para permitir que ele colabore, que tenha a noção daquilo que se passa ao seu redor.

Sempre em casos de idosos inconscientes, eu procuro estimular o doente mas também estimular os familiares e amigos a estimular o doente verbalmente ou não verbalmente, quer nós tenhamos noção que ele nos escuta ou não. Eu faço isso por princípio, é difícil mentalizar

NURSING

os profissionais e familiares da importância do papel que desempenhamos nestas situações. Devemos sempre estimular o idoso com frases simples como por exemplo: “Coragem! Vamos conseguir! Amanhã é outro dia!”. Estas são atos simples que nós profissionais e o povo em geral não conseguem fazer, temos de insistir em dizer Bom Dia! tocar no idoso. As pessoas têm medo de comunicar verbalmente ou não verbalmente, têm medo de estimular, têm medo de mostrar ao idoso inconsciente que estamos presentes, seja qual for o método que se use.

Nós profissionais, somos muito diferentes de uns para os outros. Cada um tem melhores aptidões numa área do que para outras. Em relação aos meus colegas com que trabalho na UCI, nem todos conseguiram compreender a importância da relação humana. Trabalhar com este tipo de doentes é stressante, os profissionais acabam por valorizar a técnica e a parte relacional muitas vezes é esquecida. É importante estabelecer um pacto relacional para com o idoso inconsciente, mas também entre profissionais, esta parte muitas vezes fica esquecida. Eu talvez por trabalhar já há tanto tempo, acho isto importante e com mais facilidade consigo comunicar com o idoso inconsciente.

Existe uma grande variabilidade de atitudes entre profissionais. Talvez exista um deficit de formação, por exemplo há colegas meus e médicos, que quando o idoso está mais agitado (e não quer dizer que esteja a fazer disparates), mais inquieto e a estimular por exemplo o ventilador, há quem não goste, pois estas situações dão mais trabalho, implica que estejamos mais atentos e por vezes lá vamos sedar mais o doente. Esta situação não é a melhor, é importante avaliar a necessidade ou não de sedar o idoso, mas infelizmente estas atitudes não são uniformes. Porém, entre colegas com diferentes idades, não podemos estabelecer padrões, ou seja, não quer dizer que o enfermeiro mais velho saiba lidar melhor com a situação do que o mais novo. A experiência, os serviços e as áreas por onde já passaram são fatores que poderão pesar nestas situações. Por exemplo: tenho colegas que passaram pela psiquiatria e dá-me ideia que estes estão mais atentos ao doente e conseguem estabelecer mais facilmente uma relação com o idoso inconsciente e isto penso que é resultado sem dúvida da experiência anterior dos colegas. Porém não poderemos ao cuidar deste tipo de doentes apenas dar ênfase à parte relacional, se todos apenas nos preocupássemos com este ponto, a parte técnica ficaria gravemente debilitada. Acho que seria importante, embora não se pratique, a criação de equipas que se complementem uns aos outros. Hoje em dia não se preconiza que sejamos todos especialistas em tudo, cada um deve especializar-se numa área.

Quanto à falta de comunicação por parte dos profissionais quando confrontados com este tipo de doentes, o problema penso que seja a insegurança. Hoje em dia a nível académico

NURSING

acho que não se preparam profissionais para comunicar, relacionar-se e ser empático com os outros, penso que esta parte está esquecida.

Comunicar verbalmente com o idoso é difícil, mas a comunicação não verbal ainda é mais difícil. Tocar o idoso na sociedade ainda é “tabu”, mesmo na nossa profissão. Já ouvimos falar da importância do toque terapêutico na recuperação, mas é complicado e o toque sem luvas!?, esse então, raramente se observa apesar de com certeza ser muito confortante o idoso inconsciente sentir a nossa mão sobre ele. Por exemplo, em casos em que o idoso inconsciente está polipneico, taquicárdico ou mesmo agitado, se colocarmos a mão sobre o peito e comunicarmos verbalmente com ele para se acalmar, grande parte das vezes temos sucesso. Não basta apenas comunicar verbalmente com ele, mas conjugar o toque com a comunicação verbal e diariamente observo o efeito que um gesto pode ter, percebes? Não posso afirmar mas às vezes penso que o idoso inconsciente tem mais percepção da comunicação não-verbal do que a verbal, tudo isto como é óbvio depende do grau de inconsciência.

Lembro-me de vários casos por quais já passei com este tipo de doentes, mesmo idosos em que estava diagnosticado o seu estado vegetal e conseguimos obter reação por parte deles. Lembro-me de um indivíduo muito diferenciado, era professor de anatomia reformado, que eu tive oportunidade de cuidar. Ele fez um AVC do tronco, esteve ventilado e um dia ficou muito agitado, de tal forma que teve de ser imobilizado e tivemos de o sedar. Ele à posterior teve oportunidade de nos contar a razão de tal agitação. Estava a recuperar e encontrava-se inconsciente e a ser ventilado. Nós estávamos a fazer aerossóis e estes fizeram uma espécie de nevoeiro (que é normal) que envolveu o doente. Ele, mesmo sendo professor de anatomia, não interiorizou que se tratava de aerossóis, provavelmente nós também não tivemos o cuidado de lhe explicar o procedimento, talvez se alguém lhe explica-se, ele teria entendido. Quando o idoso recuperou a consciência, contou que houve um momento no seu inconsciente que se lembra de estar em pânico, que tudo ardia à sua volta, tentando alertar os profissionais de saúde que o rodeavam para fugirem, pois havia fogo na sala (o nevoeiro do aerossol!!!).

Sou muito cética, embora não duvide dos critérios de morte cerebral quando bem aplicados (pois se duvidasse ao fazer-se um transplante de órgãos estar-se-ia a cometer um homicídio), o doente quando se encontra num limiar muito próximo de morte cerebral, mesmo que sejam escassas, há reações por parte destes doentes, a que devemos estar sempre atentos, resultado do trabalho de um grupo de profissionais que procuram estimular e recuperar a consciência destes idosos inconscientes. Durante a minha experiência já foram várias as surpresas e devo dizer que são muito reconfortantes. Nos casos de sucesso temos entretanto de

NURSING

ter em atenção que a maioria dos doentes não tem memória do estado de inconsciência, apesar de reações e respostas que eles nos dão de forma não-verbal quando por nós estimulados.

Acho interessante esta temática, há que criar programas de relacionamento interpessoal. Não está em causa apenas o relacionamento e a comunicação com o idoso inconsciente/consciente, mas também o relacionamento e a comunicação entre a equipa multidisciplinar que cuida deste tipo de doentes, por vezes não é o melhor. Tenho ideia que quando os profissionais de saúde conseguirem comunicar melhor uns com os outros também nos será mais fácil ultrapassar o receio que é comunicar com o inconsciente, adotando assim as atitudes mais corretas que estas situações implicam.

Ao comunicar com o idoso inconsciente devemos conjugar os diferentes tipos de comunicação para o estimular. A mim não me custa nada chegar junto de um doente e fazer-lhe um carinho na face, não me dá pudor, mas há que ter em atenção que esta atitude faz parte da minha personalidade, tendo-se desenvolvido sem dúvida com os anos de experiência e com os casos que surgiram ao longo destes anos. O técnico de saúde não pode ter medo deste tipo de doentes, ou seja, por vezes há um afastamento do profissional para se proteger, mas temos que aprender a confiar e não ter medo do doente e ultrapassar os “20 cm de espaço para com o outro”, quando o fim é a recuperação do doente. Ainda há pouco tempo estava a fazer o turno da noite, quando um idoso entrou inconsciente na UCI por cerca das 24 horas, com necessidade de ser ventilado mecanicamente. Por volta das 6 horas da manhã este começou a recuperar a consciência, mas nesse momento começou a ficar agitado, pareceu-me que ele queria escrever e eu, embora não muito confiante, arranjei um papel e um lápis, dei-lho e ele escreveu: “Obrigado pela forma como me tratam, mas cuidado tenho SIDA!?”. Por isso se torna tão necessário confiar, estabelecer empatia como idoso inconsciente, dar-lhe a oportunidade de ele se sentir à vontade connosco, só com atitudes corretas e que vão de encontro às necessidades do idoso inconsciente, é que conseguimos conquistar a sua confiança e o à vontade que eles necessitam para comunicarem connosco.