

EXPRESSÃO NÃO VERBAL DO PACIENTE NO CUIDADO: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE CARDIOINTENSIVA

No verbal expression from the patient in care: perception of the nurse in cardio intensive care unit

Expresión no verbal del paciente en el cuidado: percepción del enfermero en la unidad cardio-intensivista

Ana Maria Cunha Bax¹

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo²

RESUMO

Este estudo trata da percepção de enfermeiros relativa à observação, à identificação e à análise da comunicação não verbal para traduzir a reação e o sentimento do paciente. Realizado em 2009 em um hospital no Rio de Janeiro com quatorze enfermeiros. Resultados: A comunicação não verbal foi citada no banho no leito (12%), pré-operatório (12%), pós-operatório (12%), admissão (12%), punção venosa (12%), visita familiar (8%), preparo de material (3%), dissecação venosa (3%), aspiração (3%), cardioversão (3%); 18% das enunciações não atendidas referem-se a situações de medo da morte (pré-operatório) e à incapacidade diante do abandono familiar. Os autores destacam que 7% dos pensamentos são representados por palavras, 38%, pela paralinguagem e 55%, pelos sinais corporais. Considerações: o enfermeiro observa, identifica e analisa a CNV para traduzir a reação, o sentimento do paciente e as necessidades a serem atendidas pelo cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem. Unidades de cuidados coronarianos. Comunicação não verbal.

Abstract

That is the perception of nurses related to observation, identification and analysis of non-verbal communication to translate the patient's reaction and feelings during the care provided. Method: Qualitative approach through creative dynamics with fourteen nurses in cardio intensive unit, in Rio de Janeiro's Hospital, in 2009. Results: The non-verbal communications is presented in the bath in bed (12%) preoperative (12%), postoperative (12%), admission (12%), venous puncture(12%), family visit (8%), preparation of material (3%), venous dissection (3%), aspiration (3%), cardio version (3%), 18% of statements missed refer to situations of fear death (preoperative) and the inability against family abandonment. Discussion: There is a validation that 7% of the thoughts are represented by words and 93% by body signals. Considerations: the nurse observes, identifies and analyses the NCV to translate the reaction, the patient's feeling and needs to be met by care.

Keywords: Nursing. Coronary Care Unit. Nonverbal Communication

Resumen

El estudio trata de la percepción de los enfermeros sobre la observación, identificación y análisis de la comunicación no verbal del paciente para traducir la reacción y el sentimiento durante el cuidado prestado. Método: Abordaje cualitativo, a través de dinámicas creativas con catorce enfermeros de la unidad cardio-intensivista, en un hospital de Rio de Janeiro, en 2009. Resultados: La comunicación no verbal se presenta en el baño en la cama (12%), preoperatorio (12%), postoperatorio (12%), admisión (12%), punción venosa (3%), aspiración (3%), cardioversión (3%), 18% de no atendidas se refiere a situaciones de miedo frente la muerte (preoperatorio) y la incapacidad frente al abandono familiar. Discusión: Ha validación de que 7% de los pensamientos son representados por palabras, y un 93% por los señales corporales. Consideraciones: el enfermero observa, identifica y analiza la CNV para traducir la reacción, el sentimiento del paciente y las necesidades que sean atendidas por el cuidado.

Palabras claves: Enfermería. Unidad de Cuidados Coronarios. Comunicación no verbal

¹Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Gerente do Serviço de Educação Continuada do Hospital dos Servidores do Estado. Membro do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar – Cliente de Alta Complexidade, EEAN/UFRJ. Niterói- RJ. Brasil. E-mail: ana_bax@oi.com.br; ²Doutora em Enfermagem. Professora Associada II do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC), da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Enfermagem. Líder do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar – Cliente de Alta Complexidade, EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. E-mail: scaraujo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Esta investigação resulta de dados parciais da dissertação de mestrado defendida em 2010, na Escola de Enfermagem Anna Nery, e trata da percepção de enfermeiros relativa à comunicação não verbal do paciente internado em uma unidade cardiointensiva. As peculiaridades dos cuidados de enfermagem nessa unidade e as pistas não verbais do paciente, como as expressões corporais, são indicativas de necessidades a serem atendidas pelo enfermeiro. Buscamos discutir como essa comunicação não verbalizada subsidia um cuidado de enfermagem singular em um cenário rico em tecnologia dura, leve dura e leve, que, sendo complexo, deve considerar tanto a clínica como a subjetividade do paciente.

Durante a nossa longa trajetória profissional como enfermeiras, evidenciamos que o paciente, inúmeras vezes, traz consigo o medo manifestado em comportamentos diversos, compreendidos pela aproximação imaginária da morte, como pela possibilidade real ou iminente de limitações clínicas e que contribuem para aumentar ainda mais a sua insegurança durante a internação.

A terapêutica e a linguagem são demarcadas pela ênfase na patologia cardíaca, no diagnóstico médico, sendo as mais comuns as arritmias, a precordialgia, a síncope, o bloqueio atrioventricular e os eventos da própria cirurgia cardíaca. Os predicativos e siglas utilizados como referência pessoal frequentemente deixam em segundo plano a identidade e a história pessoal do sujeito ao qual dirigimos o cuidado.

A relevância em construir uma semiologia das expressões não verbais do paciente cardiopata encontra apoio não só na necessidade de avaliação precoce do enfermeiro sobre o que não é dito, ou é interdito por ele, mas também na necessidade de efetivar um ato comunicativo capaz de gerar um cuidado efetivo.

Os cuidados intensivos induzem a uma sequência de procedimentos a serem realizados em um curto período de tempo, o que nos leva muitas vezes a privilegiar a técnica, e não o paciente. Existem ensaios de uma abordagem holística na enfermagem os quais recomendam uma prática que alcance a totalidade do ser humano¹. Para tal, a prática diária de cuidados intensivos nos setores fechados deve vencer o mito da valorização do tecnicismo em detrimento do cuidado direto ao paciente.

Por vezes, as alterações clínicas do indivíduo nos impõem considerar o uso contínuo e programado das medicações² antiarrítmicas, anti-hipertensivas, vasodilatadores coronarianos, entre muitas outras que são diluídas e administradas em soro através de bombas, assegurando infusões controladas por período ininterrupto, superiores a 24 horas.

Estas são medicações que contraindicam sua suspensão abrupta ou a deambulação do paciente, restrições que, quando não são seguidas, aumentam o risco de acidentes de quedas,

alteração da pressão arterial, ou resultam no retorno da precordialgia³. Por essa razão, este paciente fica impossibilitado de realizar o autocuidado, principalmente os relativos à higiene corporal e às necessidades fisiológicas básicas.

As eliminações intestinais e a higiene corporal passam a ser realizadas no leito, o que para muitos é constrangedor. Assim, é visível a alegria estampada no rosto do paciente quando a dor no peito cessa, quando se encontra livre da infusão contínua de medicação, e quando novamente pode assumir seu autocuidado. Mas, se a dor no peito retorna, há negação verbal da dor, mas ela pode ser percebida por manifestações corporais e faciais, movimentos de fricção no peito, imobilidade, sudorese, palidez e alterações nos sinais vitais⁴.

Isso nos faz refletir sobre alguns mecanismos de defesa, quando são adotados: postura de negação da dor, o silêncio ou a não informação dela. Há uma associação nítida entre a existência da dor e a manutenção da restrição no leito. Essa atitude de negá-la pode levá-lo a um quadro clínico ainda mais desfavorável, de rápida involução clínica, com outras complicações, às vezes de difícil estabilização, inclusive ao óbito.

Sendo esse comportamento comum nessa clientela, é importante atentar para a semiologia da expressão não verbal do paciente, indicadores de necessidades a serem atendidas pelo nosso cuidado. A forma não verbal de comunicação envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, destacando as expressões faciais e corporais⁵⁻⁷.

Dessa forma, os aspectos subjetivos se apresentam sob as formas proxêmica (posicionamento das pessoas na interação), táctica (toque no cuidado), cinésica (movimentos), paralinguagem (som que não se traduzem em palavras) e pelo próprio silêncio manifestado pelas pessoas. Todas as formas de comunicação são fortemente influenciadas pela cultura e experiências pessoais e familiares⁶.

Faz-se mister compreender o que acontece com o paciente, considerando suas dúvidas, anseios, medos identificados pelos indícios não verbais, uma vez que não verbaliza, mas expressa nas reações corporais quando se defronta singularmente com as diversidades clínicas durante os cuidados.

Há de se ampliar as habilidades profissionais em saúde para perceber e traduzir a comunicação não verbal nessa especialidade, considerando o aumento da incidência da doença cardiovascular, sendo esta a segunda causa de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Município do Rio de Janeiro em uma população crescente, com faixa etária bem variada⁸.

METODOLOGIA

O enfermeiro foi escolhido como sujeito desta pesquisa por ter a incumbência de planejar e avaliar os serviços de assistência de Enfermagem, segundo a lei 7.498/1986, de exercício da profissão⁹, além da possibilidade de proceder ao cuidado de enfermagem utilizando-se de um modelo assistencial

integral, que valorize as manifestações do paciente, durante a realização de todos os procedimentos diretos e indiretos.

Considerou-se, portanto, neste estudo a necessidade de refletir com os enfermeiros sobre a comunicação não verbal manifestada pelo paciente multidimensional (biológico, social, imaginário, emotivo, espiritual) e de identificar com eles os comportamentos e as manifestações que traduzem indicações de necessidades a serem atendidas no cuidado prestado.

Assim, comprova-se que o conhecimento prático na profissão de enfermagem se associa ao conhecimento teórico adquirido e se fundamenta reafirmando ou refinando a teoria, conduzindo-a a uma retroalimentação constante de ações e situações vividas na prática, gerando novos conhecimentos¹⁰.

Este estudo qualitativo, em função do objeto de estudo e da abordagem que valoriza a comunicação enfermeiro-paciente, identificando as expressões verbais e não verbais do cliente, está fundamentado com auxílio da técnica da Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes⁶ e da utilização do método do Grupo Pesquisador¹¹.

Parte desta técnica valoriza a percepção através dos sentidos, buscando o desconhecido, o inconsciente das memórias sensoriais, como fonte de prazer e desprazer. As experiências são compartilhadas no grupo, geram consciência de si mesmo e do mundo que o envolve, acessando a enciclopédia gravada na memória sensitiva de sentimentos, das relações e dos contextos, estabelecendo constante vínculo com o já experimentado no passado para reconhecimento das situações do presente.

Apropriamo-nos do Método do Grupo Pesquisador, que é o centro vivo da Sociopoética¹², através do qual a transformação das pessoas pesquisadas é uma exigência ética e política fundamental. O Grupo Pesquisador é formado pelo facilitador, que é o representante da academia, e pelos co-pesquisadores, que são os sujeitos que produzem as verdades, e se encontram à flor da pele. Este método se desenvolveu em seis momentos, três encontros de uma hora e meia de duração para produção de dados e três de reclusão para análise do material produzido.

Aprovado por dois Comitês de Ética e Pesquisa, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, protocolo nº 111/08, e pela instituição pesquisada, protocolo nº 000.363, o princípio ético na pesquisa com seres humanos¹³ norteou a produção de dados. E, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido totalizamos a participação com quatorze enfermeiros, identificados por pseudônimos com nomes de flores e cores.

O cenário escolhido foi o setor de unidade cardiointensiva de um hospital federal na cidade do Rio de Janeiro, e, para garantir o conforto e a acessibilidade do grupo, o local escolhido foi o auditório do setor. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro a novembro de 2009, em três encontros, utilizando respectivamente a técnica de relaxamento seguida dos relatos de experiências sobre o objeto, registros em cartolina e enunciação das ideias.

Posteriormente, no segundo encontro, com a técnica do psicodrama, identificamos a comunicação não verbal do paciente. Por último procedemos à validação dos dados. Todas as enunciações produzidas foram gravadas, transcritas e analisadas nos três momentos de reclusão¹². As técnicas possibilitam o desprendimento das preocupações proporcionando ao co-pesquisador uma tranquilidade, que possibilita um maior acesso e utilização da memória, do raciocínio e das sensações.

A dramatização foi baseada no teatro de Boal e no psicodrama. Trata-se de um instrumento que proporciona a movimentação de todo o grupo e pode ser realizado em uma simples sala do nosso ambiente de trabalho com os recursos mobiliários disponíveis¹⁴. O psicodrama é composto, segundo a influência francesa de contexto, componentes, etapas, meios de aquecimento, dramatização ou ação, *feedback* e encerramento. O contexto grupal refere-se às características de cada grupo, no caso o grupo de enfermeiros que atuam na unidade cardiointensiva. Estes têm seus costumes, suas regras de comportamento, suas regras de interação.

Entre os componentes do psicodrama existem, talvez inconscientemente, compromissos e posturas éticas entre si e em relação com o paciente, que são como leis a serem respeitadas. O contexto dramático é caracterizado pela própria cena. Ali no mundo do faz-de-conta, tudo pode ocorrer com verdadeiro significado para o sujeito, sem, contudo, atingir a realidade¹⁴. A leitura e releitura das transcrições permitiram a análise das unidades de significação relativas à percepção dos enfermeiros diante da comunicação não verbal dos pacientes.

RESULTADOS

A observação do enfermeiro relativa à comunicação não verbal do paciente foi identificada nas intervenções, como expressões importantes para o cuidado. Identificamos que procedimentos de enfermagem foram os mais citados por eles ao considerar as reações com predomínio das manifestações não verbais do paciente em cada intervenção.

As diferentes manifestações não verbalizadas cinésica e paralinguagem dos pacientes durante os procedimentos assistenciais foram traduzidas por sentimentos identificados como: medo, insegurança, ansiedade, desconforto e saudade. Na valorização desta tradução da subjetividade do paciente, esse profissional intervém com o objetivo de manter ou produzir o reequilíbrio psicofisiológico.

Destacou-se, entre os 26 procedimentos citados, a visita de enfermagem como o procedimento em frequência (20%), e em riqueza de detalhes na interação. Entendemos como visita de enfermagem, neste contexto, toda ou qualquer aproximação do enfermeiro ao paciente ou ao leito, compreendida como proximidade, posição entre os corpos na interação.

A observação por meio de um olhar sensível, quando direcionado para o leito ou mesmo em passagem por ele, avalia o estado do paciente. Acreditamos que a interação com o

envolvimento permite a utilização nesse momento de um olhar mais pontual sobre o paciente e suas manifestações, apresentando-se como uma inspeção e avaliação contínua do paciente. O cuidado singular demarca a qualidade da interação já esperada no comportamento do profissional de enfermagem durante a visita.

Os procedimentos de banho no leito (12%), pré-operatório (12%), pós-operatório (12%), admissão (12%), punção venosa (12%), apresentaram o mesmo número de observações. Isso também nos leva a concluir que, durante esses procedimentos, o enfermeiro apresenta seus sentidos vigilantes à comunicação não verbal do paciente.

Ressalta-se a igualdade numérica entre os procedimentos de pré-operatório e pós-operatório cardíaco, o que demonstra a mesma valorização nos cuidados e das intervenções nestes dois momentos, destacando-as como momentos de extrema atenção para o enfermeiro.

Os demais procedimentos citados foram: visita familiar (8%), preparo de material (3%), dissecação venosa (3%), aspiração (3%), cardioversão (3%). Estes receberam menor número citações e são apresentados com manifestações tácteis, cinésicas e de paralinguagem.

O número total de enunciações das enfermeiras, 32 (100%), e o número total de expressões de cuidado singular (81%), percentagem alta de respostas, são as expressões do cuidado às respostas às expressões do paciente. As respostas foram direcionadas pela comunicação não verbal observada e geraram uma atenção individualizada.

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

Essas atitudes apresentaram-se em situações de impotência perante a sua atual condição de doença ou pela carência, neste momento, de uma ligação da desesperança ao estado da doença. Assim as consideramos como necessidades psicoespirituais. O enfermeiro diante dessas questões se apresenta sem atitudes, algumas vezes distantes de significado de espiritualidade.

DISCUSSÃO

Buscamos traduzir o que o silêncio diz, e, na ânsia de compreendermos nosso paciente, procuramos constantemente as pistas comunicativas para a tradução das necessidades nela implícitas. Quando estamos na presença de outra pessoa, estamos constantemente emitindo sinais para informar nossos sentimentos e emoções. Alguns adquirem a capacidade de perceber e interpretar esses sinais mais facilmente que outros¹⁵, e os enfermeiros da unidade cardiointensiva conseguem fazer

a relação entre a percepção das pistas comunicativas não verbais do paciente e as necessidades a serem atendidas no cuidado.

O enfermeiro, ao obter o conhecimento sobre comunicação não verbal, apresentar-se-á mais apto a entender os comportamentos e as atitudes dos pacientes e, assim, realizar um cuidado mais significativo⁶. Particularmente, um cuidado mais pontual e singular.

As ações efetivas desta equipe não permitem transparecer a atenção focada sobre as manifestações não verbais do paciente. Mas, mesmo durante essa assistência, se dá a percepção das manifestações não verbais deste sujeito e a possível formação de um banco de dados sensoriais dessas manifestações pelo enfermeiro. Este banco de dados será utilizado no conhecimento e reconhecimento de suas necessidades durante a assistência.

A atenção voltada para o paciente que se encontra em pré-operatório cardíaco é tão valorizada quanto a despendida para o paciente que retorna em pós-operatório. Tais dados mostram a preocupação do enfermeiro com as condições físicas e psicológicas do paciente encaminhado para o centro cirúrgico, assim como a labilidade deste quando retorna em situação de pós-operado.

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

A facilidade de tradução é justificada por ser a expressão facial a base mais fidedigna para julgamentos das emoções¹⁶. Essa fidelidade aumenta à medida que nos familiarizamos com a face do outro, e mais verdadeiras serão essas expressões quanto conhecermos o contexto em que ocorrem.

Identificamos que a percepção do enfermeiro é mais dirigida às cinesias e corporalidades, pontuada mais uma vez a observação das cinesias faciais^{5,6,16}. Aliadas ao contexto da cardiointensiva, apresentam-se como a decodificação mais próxima da realidade do paciente, com apreensão, medo e ansiedade, como vimos nos depoimentos dos enfermeiros. O verdadeiro “abecê” de uma enfermeira é ser capaz de ler na fisionomia do paciente cada mudança que se opera sem lhe causar o esforço de dizer o que é que está sentindo¹⁷.

O banho no leito é valorizado; é um momento de interação, aproximação e confiança. É a oportunidade de observar e avaliar as condições físicas e psicológicas do paciente. A admissão do paciente na unidade processa-se de forma generalizada e mecânica, inclusive pelo seu estado clínico, em sua maioria crítico. A atuação de dois ou três enfermeiros e/ou técnicos garante a monitorização e a realização da verificação dos sinais vitais, a troca de

suas vestes pessoais pela do hospital, a coleta de sangue ou outro exame necessário.

Atentamos para a citação do procedimento “banho no leito”, com referência ao paciente que apresenta uma manifestação corporal rígida, sem movimentos e mãos serradas. Esse comportamento foi identificado como adaptador, estando relacionado geralmente a sentimentos negativos⁶, a si próprio ou a outras pessoas. São manifestações geradas à medida que o desconforto psicológico e a ansiedade aumentam, chegando a um nível demasiadamente alto, referido como congelamento, quando a pessoa não apresenta mais qualquer movimento¹⁶. Para melhor observar o paciente, não devemos deixar de destacar as proxemias apresentadas pelos enfermeiros, que, na execução da maioria de seus procedimentos assistenciais, permanecem na distância considerada espaço íntimo^{5,16}, e, muitas vezes, não se apercebe disso.

A linguagem apresenta-se mais valorizada nesse cotidiano. Mas o significado vai além das palavras. Implica o tom de voz, a coerência e o ritmo, que possibilitam interpretações do estado emocional do sujeito⁶. Ao analisarmos o número de citações relacionadas à linguagem e ao silêncio, identificamos que apresentam a mesma quantificação. Isso nos faz concordar com autores que ressaltam que somente 7% dos pensamentos são representados por palavras, 93% pelos sinais corporais⁵.

Através do olhar, o indivíduo doente transmite uma gama de significados que somente aquele que cuida, preocupa-se e se envolve é capaz de traduzi-lo¹⁸. Identificamos através das falas que o paciente internado nesta unidade se apresenta em estado de constante estresse e alerta. Esse estado causa a dificuldade em manter a estabilidade clínica e sua linguagem geralmente modifica o tom de voz, a coerência e o ritmo das palavras. O estresse não assistido pelo profissional pode intensificar distúrbios orgânicos e causar uma piora do quadro clínico. Também dificulta a capacidade de entendimento e produz uma seletividade no ouvir.

A expressão da comunicação não verbal do paciente aparece como unidade de significação do cuidado objetivo para suprir essas necessidades. Essa denominação é composta de necessidades de dimensão psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual. As primeiras dimensões ou níveis dizem respeito a todos os seres vivos, sendo o nível psicoespiritual uma característica única do homem¹⁸.

Identificamos que o enfermeiro atua imediatamente na tentativa da manutenção do equilíbrio psicossocial (50%) e da manutenção do equilíbrio psicobiológico (29%). Observamos que, ao manter o equilíbrio psicossocial do paciente, o enfermeiro evita um desequilíbrio psicobiológico causado pelo primeiro, procurando, assim, conservar ou restabelecer um estado de estabilidade do quadro clínico do paciente. Em 21% das unidades de expressão do cuidado, o enfermeiro deixa transparecer a preocupação com o paciente,

porém permanece em estado de observação acerca dos sentimentos deste, deixando de desenvolver, na totalidade, atitudes que respondam às expectativas por ele apresentadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos na unidade cardiointensiva uma intervenção de enfermagem, cuja percepção está alicerçada em sinais, símbolos e linguagens não verbais, que se revelam em sentimentos e sentidos e que se representam em expressões de cuidado, a serem considerados na restauração e manutenção do equilíbrio físico e psicossocial do paciente.

Por meio da técnica de vivência, identificamos este código, utilizado pelos enfermeiros na valorização da comunicação não verbal do paciente, seus vários significados a partir dos comportamentos, percepção essa considerada apurada, sensível, diretiva e ampliada. Os sentidos na observação ampliam-se para melhor avaliar a expressão e o cuidado necessário.

Por meio dos dados, descrevemos a prática assistencial, pontuando que o enfermeiro observa, identifica e analisa a comunicação não verbal para traduzir a reação e o sentimento do paciente, e que, muitas vezes, se expressa timidamente a partir de estímulos durante a interação ou o cuidado profissional. O processo de cuidar exige disponibilidade, receptividade, intencionalidade, confiança, produzindo o crescimento dos atores envolvidos.

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

Porém, o enfermeiro compreende que tem uma atuação prática invasiva e que sua assistência se situa na constante ultrapassagem do espaço de confiança do paciente, e que, por isso, precisa imprimi-lo, contemplando uma visão do cuidado integral, valorizando a subjetividade do paciente e cuidando de outras dimensões, além da técnica precisa e correta.

Para atender os aspectos subjetivos no cuidado, é necessário perceber o outro, traduzir o que ele sente e como enfrenta o processo, perceber as expressões não verbalizadas dos pacientes e decodificá-los no cuidado, tornando-o singularizado, individual e efetivo. A comunicação é muito utilizada pelo enfermeiro em todos os momentos de cuidado e a aproximação deve favorecer a troca de informações entre enfermeiros e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, organizadores. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
2. Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. São Paulo: Roca; 1996.
3. Zanini AC, Oga S. Farmacologia aplicada. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 1985.
4. Corrêa CG. Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
5. Silva MJP. Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2007.
6. Araújo STC. Os sentidos corporais dos estudantes de enfermagem no aprendizado da comunicação não verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da sociopoética. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
7. Araújo STC, Sória DAC, Moura VLF, Lima EMS. A semiologia da expressão dos pacientes com feridas cirúrgicas no pós-operatório imediato. Esc Anna Nery. 2004 abr; 8(1): 53-61.
8. Albanesi FFM. Indicadores de doenças cardiovasculares no estado do Rio de Janeiro com relevo para insuficiência cardíaca. Rev SOCERJ. [online]. 2004 dez; [citado 2008 jan]. 17(4): [aprox 05 telas]. Disponível em: www.sociedades.cardiol.br/socerj/revista/ve2004.asp.
9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. [citado 2010 junho 05] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.
10. Banner P. Do novato ao expert. Lisboa: Quarteto; 1999.
11. Gauthier J. Sociopoética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN; 1999.
12. Gauthier J, Santos I. A sócio-poética: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa vivência. Rio de Janeiro: UERJ; 1996.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [citado 2008 maio] Disponível em: <http://www.ufgs.br/bioetica/res.196.96.htm>.
14. Castilho A. Dinâmica do trabalho de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2002.
15. Araújo STC, Santoro DC, Porto IS, Santos I, Figueiredo NMA. Manifestações não-verbais de clientes com distúrbios cardiovasculares percebidas por alunos de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2004; 12(2): 166-72.
16. Knapp ML, Hall JA. Comunicação não-verbal na interação humana. Tradução de Mary Amazonas Leite Barros. São Paulo: JSN Ed; 1999.
17. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez/ ABEn, 1989.
18. Waldow VR. O cuidado na saúde: a relações entre o eu, o outro e o Cosmos. Petrópolis(RJ): Vozes, 2004.