

COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERÍA Y LOS CLIENTES IMPOSIBILITADOS DE COMUNICARSE VERBALMENTE

Lisnéia Fabiani Bock Ordahi¹
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha²
Lúcia Nazareth Amante de Souza³

Se trata de una experiencia desarrollada en la Maestría en Enfermería del UFSC. El objetivo fue reflexionar sobre el cuidado de enfermería al cliente imposibilitado de comunicarse verbalmente., bajo la Teoría de Paterson y Zderad, y analizar el proceso comunicacional entre la enfermería y el cliente. La experiencia se desarrolló en el Centro de Terapia Intensiva de un hospital privado en dos etapas: observación no participante y tres oficinas existenciales, incluyendo la participación de nueve técnicos en enfermería. En el diálogo intuitivo, cada uno de los participantes se autoconoció y fue conocido por los otros participantes. En el diálogo no científico, el equipo sugirió alternativas de diálogos no verbales. La fusión intuitiva-científica surge cuando hay necesidad de un posicionamiento de cada uno de ellos sobre el resto. El estudio sobre el proceso comunicacional reveló la necesidad de ampliar el acercamiento para el cuidado del cliente imposibilitado de comunicarse verbalmente, involucrando principalmente la preparación del equipo para la relación interpersonal y de diálogo.

DESCRIPTORES: atención de enfermería; comunicación; comunicación no verbal

COMMUNICATION BETWEEN NURSING STAFF AND CLIENTS UNABLE TO COMMUNICATE VERBALLY

This is an experience developed during the Master program in Nursing at UFSC. It aimed to reflect on the nursing care delivered to the patient unable to verbally communicate, based on Paterson and Zderad's Theory and to analyze the communicational process between nursing and client. The experience was carried out in the Intensive Care Center of a private hospital in two stages: non-participating observation and three existential workshops, involving nine nursing technicians. Each participant acquired self knowledge and was known by other participants in the intuitive dialogue. Alternatives of non-verbal dialogue were suggested during the scientific dialogue. The scientific-intuitive fusion emerged when there was a need of each one to position themselves about the totality. The study on the communicational process revealed the need to enlarge the approach regarding the care to the client unable to verbally communicate, especially training the team for the interpersonal and dialogical relationship.

DESCRIPTORS: nursing care; communication; non-verbal communication

COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E OS CLIENTES IMPOSSIBILITADOS DE COMUNICAÇÃO VERBAL

Trata-se de experiência desenvolvida no Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O objetivo foi refletir sobre o cuidado de enfermagem ao cliente impossibilitado de comunicação verbal, sob a teoria de Paterson e Zderad, e analisar o processo comunicacional entre enfermagem e cliente. A experiência ocorreu no centro de terapia intensiva de um hospital privado, em duas etapas: observação não-participante e três oficinas existências, envolvendo a participação de nove técnicos de enfermagem. No Diálogo Intuitivo, cada participante se autoconheceu e foi conhecido pelos outros participantes. No diálogo científico, a equipe sugeriu alternativas de diálogo não-verbal. A fusão intuitivo-científica surgiu quando houve a necessidade de posicionamento de cada um sobre a totalidade. O estudo sobre o processo comunicacional revelou a necessidade de ampliar a abordagem acerca do cuidado ao cliente impossibilitado de comunicação verbal, envolvendo principalmente o preparo da equipe para a relação interpessoal e dialógica.

DESCRIPTORES: cuidados de enfermagem; comunicação; comunicação não verbal

¹ Enfermera, Maestría en Enfermería, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, Profesor del curso de Enfermería, del Centro Universitario FEEVALE, Brasil, e-mail: ffabibock@hotmail.com; ² Orientador, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado del Departamento de Enfermería, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, e-mail: padilha@nfr.ufsc.br; ³ Enfermera, Doctor en Enfermería, Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, Profesor de la UNISUL, Brasil, e-mail: luciamante@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Al inicio, la comunicación del hombre era a base de gestos, imágenes y sonidos. Solo después de mucho tiempo es que aprendió a usar señales gráficas para referirse a los objetos que conocía a través de los sentidos y que los comunicaban a través de gestos. A partir de la comunicación verbal es que el ser humano pasó de la inteligencia concreta animal, limitada hasta entonces, para la representación simbólica o mental del mundo⁽¹⁾. Para Enfermería, la comunicación adecuada es aquella que tiene por finalidad disminuir conflictos y alcanzar objetivos definidos para la solución de problemas que surgen durante la interacción con el cliente, considerando que la dinámica de enviar y recibir mensajes depende de la actitud interpretada por lo que se habla y por el modo como el equipo de enfermería asume un comportamiento. Involucra sentimientos, ideas, acuerdos, desacuerdos y proximidad física, siendo obtenida por medio de gestos, posturas, expresión facial, orientaciones del cuerpo, singularidades somáticas, naturales o artificiales, organización de objetos en el espacio y hasta por la propia relación de distancia mantenida entre los individuos⁽²⁾.

En una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la comunicación verbal puede estar afectada y el cliente presentar solo gestos y miradas muchas veces de angustia, con la intención de que puedan entender⁽³⁾. La reflexión y adquisición de conocimientos sobre la comunicación no verbal permite el desarrollo de la capacidad profesional para identificar con mayor precisión los sentimientos demostrados a través de la observación y el toque, superando las dificultades de comunicación con el cliente. Actualmente la comunicación, debido a la complejidad e importancia en el mundo contemporáneo, ha sido objeto de innúmeros estudios e investigaciones. En el área de salud y en especial en Enfermería es considerado fundamental para la atención a las necesidades básicas del ser humano⁽⁴⁾, pues el equipo debe saber decodificar y percibir el significado del mensaje que el cliente envía, para luego realizar el cuidado adecuado y coherente con sus reales necesidades. Para enfermería, la comunicación es un instrumento básico, una competencia y una habilidad a ser desarrollada⁽⁵⁾.

La experiencia en la UCI muestra que la mayoría de los clientes no pueden hablar, presentando alteraciones de la conciencia, que varía desde la

lucidez y orientación hasta el estado de coma profundo, generando la necesidad de realizar el control técnico de los equipos, comprender las dimensiones humanas, sociales, psicológicas y espirituales. Estudios con clientes hospitalizados en la UCI muestran que el toque de los familiares, enfermeros y médicos pueden alterar el ritmo cardiaco del cliente o disminuir, cuando sus manos son cogidas⁽⁶⁾. El proceso comunicativo, durante el cuidado brindado al paciente internado en una UCI, indica la importancia del autoconocimiento y autopercepción de la enfermera, así como el dialogo como medio de recreación para los involucrados en la interacción^(3,7).

Comprendemos que la Teoría Humanística de Paterson y Zderad⁽⁸⁾, a partir de sus supuestos, permite la aproximación entre los Enfermeros y los clientes a través de la experiencia existencial, en la cual su expresividad y potencialidad son evidentes. Las autoras observan a enfermería como una vivencia de humanos, incluyendo todas las repuestas posibles del ser humano en una situación, tanto de aquel que necesita como de aquel que ayuda, en la cual cada uno participa de acuerdo con su modo de ser. La misma teoría brinda un marco de referencia que involucra el *encuentro* (reunión de los seres humanos con la expectativa de se tiene alguien para atender y alguien para ser atendido), *presencia* (calidad de ser abierto y receptivo para otra persona de modo recíproco), *relación* (estar con el otro, donde uno va en dirección del otro, ofreciendo y permitiendo la presencia auténtica) y *un llamado y una respuesta* (la comunicación interactiva, que puede ser tanto verbal como no verbal)⁽⁸⁾.

Frente a lo expuesto, trazamos como objetivos para este estudio: reflexionar sobre el cuidado del equipo de enfermería para con el paciente, permitiendo la comunicación verbal, orientada por la teoría de Paterson y Zderad; y analizar el proceso comunicativo entre el equipo de enfermería y el cliente que se encuentra impedido de comunicarse verbalmente.

METODOLOGÍA

Esta experiencia se realizó en una UCI de pacientes Adultos de un Hospital de la red privada del municipio de Porto Alegre/RS, que tiene 31 camas individualizadas a través de compartimientos,

garantizando la tranquilidad y privacidad del cliente con su familiar. Inicialmente se hizo contacto informal con la Enfermera supervisora de la UCI, que luego de conocer los objetivos, autorizó el desarrollo del presente estudio*. Aceptaron participar de los encuentros 09 técnicos de enfermería en periodo nocturno, que cumplieron los criterios de inclusión adoptados: tiempo mínimo de un año de trabajo en esta unidad y estar de acuerdo en firmar el término de consentimiento informado. El proyecto fue analizado y aprobado por la Comisión de Ética de la Universidad Federal de Santa Catarina.

Realizamos el estudio en dos etapas: la primera fue la observación no participante y la segunda fueron realizados trabajos existenciales. La observación no participante del equipo de enfermería con los clientes hospitalizados en la UCI tuvo por objetivo recolectar datos para subsidiar la programación y ejecución de los grupos existenciales. Por tal motivo fue realizada en diferente periodo a la de la recolección de datos, es decir en turnos de mañana y tarde, totalizando seis horas de observación no participantes. Utilizamos un Diario de Campo para transcribir el contexto observado, incluyendo la descripción de los diálogos y del campo de práctica asistencial⁽⁹⁾. El equipo de enfermería del turno diurno realizó su turno en seis horas diarias y por la noche por doce horas de trabajo, con sesenta horas de descanso.

Los grupos existenciales⁽³⁾ fueron realizados antes del horario de trabajo de los participantes y tuvieron como objetivo analizar las actividades realizadas por el equipo con el cliente, permitiendo la comunicación verbal, así como obtener subsidios para el futuro desarrollo de un proceso educativo con el equipo de enfermería dirigido para el cuidado del cliente impedido de comunicarse verbalmente y orientado por la teoría de Paterson y Zderad. Las tres reuniones fueron en junio de 2005 y siguieron las etapas de sensibilización, implementación y evaluación. Cada reunión existencial tuvo una duración promedio de sesenta minutos.

El tema de la **Reunión Existencial nº 1** fue intitulada "**¿ Quién soy yo?**". El objetivo de este momento fue brindar al grupo un proceso de reflexión sobre sí mismo, viviendo sus creencias como persona y como profesional. La **Reunión Existencial nº 2**

tuvo como tema las formas de comunicación utilizadas y fue intitulada de "**¿Cómo yo me comunico con el cliente internado en la UCI?**" El objetivo de esta reunión fue brindar al grupo un momento de reflexión sobre los modos de comunicación utilizadas por los involucrados durante el cuidado de enfermería, enfocando los aspectos de la comunicación verbal y no verbal, buscando identificar las facilidades y dificultades que el grupo tuvo para comunicarse con los clientes internados en la UCI. La **Reunión Existencial nº 3**, tuvo como tema la interacción del dialogo y fue llamada de "**Representación de la Relación en el diálogo**". Su objetivo fue dirigido para la reflexión sobre la interacción en el diálogo, determinada por el cuidado que el equipo de enfermería brinda al paciente internado en la UCI. Los participantes fueron identificados en la primera reunión con los nombres de flores, de acuerdo con la elección de cada uno. Escogieron **Clavel, Lirio, Tulipán, Orquídea, Hibisco, Amor perfecto, Rosa, Violeta y Margarita**. La relación de confianza establecida garantizó a los involucrados el derecho al no responder, no revelar o dar una explicación superficial, estableciendo los límites apropiados de sus testimonios, preservando de esta forma la intimidad⁽⁹⁾.

DETALLES DE LA EXPERIENCIA

El **diálogo intuitivo** fue percibido en especial durante la primera reunión a través de la construcción de la percepción de los sujetos de estudio, a través de dinámicas que los estimularon a pensar sobre ellos mismos y su práctica, así como sobre la forma que se comunicaban con los clientes. Pensando en el **diálogo intuitivo-científico**, los temas fueron organizados con preguntas simples y guías, buscando una aproximación con las percepciones relatadas por el grupo y finalizando con la **fusión intuitivo-científica** a través de la evaluación oral y escrita de cada participante.

Durante la primera etapa, la observación no participante, constituye el momento cuando el investigador se encontraba presente en la situación y no interactuaba con las personas observadas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Este método de observación, permitió reunir

* Este fue ejecutado durante la asignatura denominada "Proyectos Asistenciales en Salud y Enfermería" del Curso de Maestría en Enfermería del Programa de Post-Grado en Enfermería de la UFSC, donde los alumnos realizan práctica asistencial con clientes del área de su interés para implementar los principios de una de las Teorías de Enfermería o de Educación.

informaciones tales como las características y las condiciones de los individuos, comunicación verbal y no verbal, actividades y condiciones ambientales, sin que el observador interfiriese en la dinámica del escenario. Describimos a continuación dos momentos significativos, observados durante las seis horas de actividad de cuidado directo al cliente. El primero momento es la descripción del no cuidar del cliente en enfermería, y el segundo momento se refiere al enfrentar la empatía y la relación interpersonal entre enfermera y cliente.

La técnica de enfermería entra en el "compartimiento" donde se encuentra el cliente "C" y dice: *solo una pinchadita*, refiriéndose al test de glicemia capilar. El cliente la mira con insatisfacción y baja la cabeza (triste). La técnica de enfermería pregunta: *¿La Señora quiere almorzar ahora?*. La cliente hace una señal de sí con la cabeza. La técnica de enfermería dice, posterior a observar el avance del horario en el reloj: *-Señora si usted no come su médico va a querer pasar una sonda para alimentarla*. En ese momento el paciente arruga la frente y muestra su descontento a través de la cara y suspira cuando la trabajadora se retira del "compartimiento".

Este registro muestra la falta de sensibilidad y atención del profesional al realizar un procedimiento doloroso, utilizando la ironía en tono de amenaza, en caso que el cliente no aceptase alimentarse. La falta de cuidado, se manifiesta en este momento a través de la postura y actitud del profesional, tal vez por falta de preparación, sobrecarga de trabajo, cansancio o falta de vínculo. Al contrario de la situación citada, presenciamos otro hecho, en el cual las etapas metodológicas de la Teoría Humanística son demostradas por la enfermera con su actitud⁽⁸⁾.

La enfermera estaba sentada al lado del cliente, cogiendo su mano, explicando al cliente que requeriría de su ayuda para pasar la sonda nasoentérica y que aún necesitaba de esta sonda por la incapacidad de alimentación por vía oral. El cliente estaba despierto, lúcido, entubado pero colaboraba. La enfermera comenzó el procedimiento con dificultades, pues la sonda se enrollaba en la boca, exigiendo un gran esfuerzo del cliente. Fueron varias las tentativas sin suceso, llegando a dañar un poco las fosas nasales. La enfermera no quería continuar, con lágrimas en los ojos intentaba calmar al cliente cogiéndolo de las manos, demostrando su cariño. El cliente insistía a través de mímica facial que la misma debería continuar, pues lo consideraba necesario e

importante para su tratamiento. Luego de algún tiempo fue colocada la sonda y la enfermera permaneció al lado del cliente hasta él dormir, pareciendo preocupada con la incomodidad causada.

La enfermera buscó conocer al cliente intuitivamente viendo la situación con los ojos del otro y comprendiendo su difícil experiencia. Transmitió seguridad y confianza a través del toque, de la expresión facial fragilizada y del diálogo, lo cual llevó al cliente a percibir la necesidad de realizar el procedimiento para su tratamiento y mejora de su salud. En enfermería fenomenológica, no existe una descripción de un plan de atención de Enfermería dirigido para una meta, pues la Enfermería humanista se preocupa de estar con el otro quien tiene una necesidad, tomando en consideración que el *estar mejor* o el *bienestar* es alcanzado a través del *diálogo*⁽⁸⁾. Esta observación fue extremadamente importante, pues a partir de allí trazamos el modo como desarrollamos las Reuniones Existenciales.

En la segunda etapa desarrollamos un proceso reflexivo al respecto de los resultados durante la ejecución de las reuniones existenciales basadas en la teoría de Paterson y Zderad. Las reuniones existenciales se caracterizaron a través de tres fases conforme la adaptación de los supuestos de la Teoría de Paterson y Zderad, es decir, el Diálogo Intuitivo, el Diálogo Científico y la Fusión Intuitivo-Científico. En la **Reunión Existencial n° 1**, los participantes fueron invitados a escribir en un espiral dibujado en hoja de cartulina, sus expectativas con respecto a las reuniones a ser desarrolladas. Posterior a todos escribir, leímos en voz alta las siguientes palabras:

Crecimiento, unión, conocimiento, crecimiento y unión, crecer como ser humano, adaptación y aprendizaje, humanización y sin timidez, compañerismo, sinceridad, integración, mayor conocimiento y comprensión con el paciente y los compañeros, capacitación y compromiso, respeto, unión con el grupo, amistad y alegría.

La finalidad fue que los participantes utilizaran a través de su propia intención, la búsqueda por conocimiento con el objetivo de mejorar sus relaciones interpersonales y actividades diarias encontradas en la práctica de enfermería. Solicitamos que elaborasen un anuncio utilizando figuras de revistas o texto, respondiendo a la pregunta guía: **"¿Quién soy yo? En casa? En el trabajo?"** Observaron las revistas, algunos en silencio, otros intercambiando ideas y

realizando comentarios sobre la reunión, con un fondo musical que apoyo la reflexión de las personas sobre las dos preguntas propuestas. Posterior a la construcción individual, solicitamos que cada uno pegase su anuncio en la pared y lo leyera, para que luego poder comparar la percepción con el contenido programado para este momento. Utilizamos el testimonio de **Orquídea** para ilustrar esta fase:

Pegue algunas, como por ejemplo esta la de una madre con un niño. Yo soy una madrezota, me gusta mi hijo y jugar con él. Esta es otra figura (muestra una pareja abrazada, con expresión de felicidad) durante el final de semana cuando mi esposo está en casa, es el momento que puedo disfrutarlo y dejo las otras cosas para otros días. También me gusta estar sola, me gusta orar, tener un tiempo para reflexionar sobre lo que hice y aquello que puedo mejorar. La mayor parte del tiempo que estoy en casa estoy descansando (foto de pies cruzados en señal de reposo). En el trabajo puedo parecer una persona seria, concentrada. Busco concentrarme en lo que hago. Soy abierta para las críticas, opiniones. Soy flexible y acepto lo que me dicen.

Cada uno elabora una retrospectiva sobre su propio yo, que según Paterson y Zderad⁽⁸⁾ constituye la base para que se establezca la relación de diálogo, pues se encuentran relacionados a la comprensión del ser a través de su propia vivencia, que amplía la posibilidad de conocer a los seres humanos a través de enfermería. El proceso de autoconocimiento se establece al vivenciar la práctica a través de la reunión, siendo un momento de reflexión, análisis e interpretación del propio "yo", mostrando algunos sentimientos personales e íntimos sobre el trabajo y sobre los compañeros de trabajo. Los participantes permanecían atentos a cada declaración, revelando que a pesar de ocupar muchas horas del día trabajando juntos, sabían poco unos de los otros. Fueron tratados algunos sentimientos dentro de la interacción del diálogo, considerando que estaban presentes en las conversaciones, sentimientos como: empatía, compromiso emocional, paciente y aceptación. Debido al tiempo, al finalizar la reunión, cada uno describió el momento vivido, agradeciendo la participación del grupo y el reto propuesto.

Para la **Reunión Existencial nº 2**, fue realizada la dinámica del ovillo de lana*. En este momento **Violeta** hizo el siguiente comentario:

así es cuando uno mueve el cliente en cama con la sábana. Si una de las personas suelta la sábana, el cliente puede caer. Se necesita comunicación.

Fue significativo el recordar que cualquier acción, principalmente el cuidado al cliente debe ser acompañado de una comunicación adecuada y de comprensión mutua.

En un segundo momento tratamos sobre la importancia de la comunicación entre el cliente y el grupo, considerando que la comunicación puede ser verbal, no verbal y paralingüística (explicando un poco sobre cada una). En el Diálogo Científico, la construcción del conocimiento intuitivo tuvo respaldo en la producción literaria de los autores, que se dedicaban al estudio sobre la comunicación e interacción entre cliente y equipo de enfermería. La explicación sobre la comunicación verbal y no verbal permitió al grupo sentirse una *presencia* en la relación YO-TU, confirmando el proceso del diálogo vivido a través de gestos, emociones, miradas, silencio, expresión corporal, facial, entonación de voz y otros comportamientos de los participantes⁽⁸⁾.

Solicitamos seguidamente, la formación de tres pequeños grupos para que cada uno construyese a través de una dramatización, una escena del día a día representando el modo como las personas se comunicaban en el trabajo, evidenciando oportunidades y dificultades. Siendo al final explicados los aspectos que quedaron oscuros o con doble interpretación dentro de la dramatización. Todos recordaron lo sucedido con algunos de los clientes en especial, oportunidades y dificultades, relaciones de empatía, creencias, compromiso emocional con el cliente y familiares y las dificultades para trabajar con los diversos profesionales del área de salud. El grupo formado por **Tulipán, Rosa y Margarita** se mostró bastante preparado para la presentación con varios aspectos que se reflexionaron. **Margarita** se sentó frente a la mesa e inicio diciendo:

Primero vamos a hablar de algunas cosas que son importantes para la interacción del diálogo. Las cosas que nos ayudan mucho en la comunicación: tener un turno fijo para los clientes, en donde se pueda cuidar del mismo hasta el final de la hospitalización, esto permitirá una mejor comprensión del cliente, principalmente si él no consigue comunicarse verbalmente. Diariamente uno va aprendiendo pequeñas cosas que van

* En la técnica del ovillo de lana cada participante tendría que pasar el ovillo de lana para un compañero del grupo, manifestando en voz alta una palabra que expresará su expectativa con respecto al momento y a la reunión, en donde cada persona del grupo coge la lana sin soltarla, formando como una tela de araña del diálogo.

ayudando a cuidar de tu cliente; observar al cliente como un todo, no solo por sus signos vitales.

Tener un turno fijo para el cuidado del cliente según el grupo permite una mayor aproximación entre estos y en consecuencia una formación de vínculo y empatía entre el profesional y el cliente, manifestando el cuidado a través de las preferencias de horario de sueño, posición en la cama, temperatura ambiente, higiene corporal entre otras. El cambiar de clientes en cada turno dificultará el diálogo, influyendo para la insatisfacción del cliente.

Un tono de voz más bajo y cariñoso transmite seguridad y tranquilidad. Observamos a veces y nos choca mucho cuando el neurocirujano llega gritando al cliente: "¿fulano?" y lo pellizca para ver si reacciona. El cliente da un salto de susto, de dolor, de frío...o pude estarlo inclusive dañando. Uno sabe que es importante este enfoque para evaluar el nivel de conciencia, pero hay formas de hacer esto. Si uno se coloca en el lugar del cliente, esta situación es agresiva y chocantes (Margarita).

El vínculo citado anteriormente provoca que el profesional este atento a los acontecimientos, buscando proteger al cliente de cualquier factor de estrés o aquello que interfiera en la tranquilidad del mismo, inclusive agravando la incomodidad al no poderse comunicar verbalmente. El profesional que llega para evaluar al cliente puede olvidar que es necesario transformar el encuentro en un momento significativo y no solo en un contacto físico en el cual el *estar haciendo por* puede ser sustituido por el *hacer con*, divulgado por la teoría humanística. El cuidado además de dedicación y preocupación significa solicitud y atención, pudiendo provocar inquietud y responsabilidad de quien cuida⁽¹²⁻¹³⁾.

Observar señales y reacciones del cliente; utilizar otros recursos como la tabla con las letras del alfabeto, números, para que puedan indicar con las manos, dedos, las letras formando así frases que traduzcan sus necesidades, así mismo el uso de papel y lapicero, pizarra mágica; con el apoyo de la familia para interpretar. Otra dificultad percibida por nosotros es la limitación en la toma de decisiones de enfermería. Muchas veces necesitamos tomar decisiones más rápidas, pero requerimos del aval del otro profesional para poder realizarlas. Por ejemplo, el médico de turno no está realizando el cuidado integral de este cliente, entonces cuando solicitamos una evaluación pues consideramos que está con dolor, no cree en las opiniones del equipo, no permitiendo que el cliente reciba medicación para el dolor (Margarita)

La utilización de materiales de apoyo y de participación de los familiares en el proceso comunicativo, puede favorecer la relación de diálogo entre el equipo y los clientes que no consiguen

comunicarse verbalmente. "La persona abierta o disponible se revela como una presencia"⁽⁸⁾. El testimonio anterior mostró que la técnica de enfermería identificó la necesidad de cuidado, por lo tanto enfatizó que algunas acciones dependían de otros profesionales para que el cuidado sea realizado. Las acciones deben ser visibles a nuestros ojos a través del toque, la interacción, atendiendo a las necesidades manifestadas por el cliente, considerando y no juzgando sus sentimientos. El grupo presente en la reunión mencionó la importancia de la sensibilidad de las personas durante el cuidado y el respeto al ser humano. Luego de algunas discusiones el grupo formado por **Violeta, Orquídea y Clavel** inició la dramatización. **Violeta** presentó al grupo.

Orquídea será la cliente (lúcida y entubada), y Clavel el técnico de enfermería. El cliente hizo señales para arriba, como si estuviera atorándose. Esta con una mirada tensa, pues el técnico de enfermería no está comprendiéndola. Clavel pregunta muy rápidamente: *¿Señora, necesita alguna cosa? ¿Quiere taparse? ¿Está con falta de aire? ¿Quiere levantar las piernas?* Nervioso le dice: *Solo un poco, voy a llamar a mi compañera para ver si ella te entiende.* La cliente comienza a dar de palmadas sobre las piernas, sin conformarse. Llega la otra técnica de enfermería, en este caso es la propia Violeta, que se sienta a lado del cliente. Hace el siguiente comentario: *ahora intenta hablar bien tranquila y me muestre lo que usted quiere.* La cliente comienza a reír y al mismo tiempo se muestra inconformada, indicando con las manos el tubo orotraqueal, intentando comunicar que no es posible hablar cuando se está entubada. Violeta coloca las manos en la cintura, demostrando estar a la defensiva y que se equivocó en esta atención (todos ríen de la falla de la compañera). Orquídea señala la almohada y Violeta pregunta: *¿Vamos a voltear la almohada? ¿Vamos a colocar otra más alta?* Orquídea mueve la cabeza para confirmar su necesidad y aproxima las manos como si fuese a rezar, demostrando estar aliviada por haberla entendido. Violeta inicia la discusión comentando que tiene dificultades para entender al cliente, quien se comunica a través de gestos, movimiento de labios y otras señales. *Es mejor, cuando se cuidado de un mismo cliente, permanecer cuidándolo en otros turnos, pues uno conoce sus necesidades, manías, horarios de sueño, formas de alimentarse, de realizar la higiene, de promover la privacidad, de comodidad en cama y de tener una mejor comunicación. No me gusta cambiar a cada turno de cliente, pues termino no conociendo como la compañera que ya lo cuidó.*

Nuevamente el equipo señaló la necesidad de autoconocerse y conocer al otro para realizar el cuidado, a través de una comunicación eficaz, retomando la necesidad de tener turnos fijos. En cada turno con el cliente, si estamos atentos a sus llamados no verbales, la gran mayoría de veces, podremos cuidarlo con sensibilidad, respondiendo a su expectativa. El arte en enfermería es la capacidad de decir sin palabras, de cuidar intuitiva y con empatía, de valorizar el encuentro y de trascender lo que es visible⁽¹⁴⁾.

En la **Reunión Existencial nº 3**, el acogimiento fue realizado a través de la dinámica de los globos*. Realizamos algunas consideraciones al respecto de la dinámica e iniciamos la Reunión. Colocamos los textos y anuncios producidos y el resumen de la observación no participativa en las paredes. Así mismo fue presentada la película de las dramatizaciones realizadas. Luego de circular entre ellos el material, en silencio y atentamente observaron durante treinta minutos. Seguidamente cada uno presento verbalmente como percibió esta producción pictórica colectiva, respondiendo a las siguientes preguntas: **¿Cómo se da la comunicación en la UCI? Y ¿Cómo cada uno considera que debería ser el proceso de comunicación?**. Usamos las consideraciones de los participantes para promover una reflexión sobre la interacción del diálogo, buscando asociación con las reflexiones realizadas en las reuniones anteriores. Los comentarios mostraron el análisis del proceso comunicativo entre el equipo y el cliente con dificultad de comunicación verbal:

Como se vuelven estas cosas automáticas, que fueron percibidas en la observación y que no consideramos cuando estamos en la práctica. No se percibe que dejamos de hablar con nuestros clientes, no avisamos cuando vamos a realizar un procedimiento, como por ejemplo la aspiración de vías aéreas. El cliente está entubado, sin embargo está lúcido. Uno está robotizado, que no percibe. Muchas veces no nos presentamos como cuidadores de estos clientes. ¿Qué el cliente debe pensar? (Rosa)

El cliente no habla mucho, pero está escuchando. Inclusive a pesar de él este en coma debemos conversar con él. No sabemos cual es el nivel de coma de ese cliente (Amor Perfecto)

Me quedo imaginando lo que cliente piensa, intento colocarme en el lugar de él, algunos sin poder ver, otros sin poder

hablar. Imagínate si alguien llega y me desequilibra, sin yo saber lo que va a acontecer. Ya tuve la experiencia de andar en una camilla, es horrible. Cuando uno mueve al cliente en cama, la impresión que él nos pasa es que va a caer de la cama, él se agarra de nosotros. Cuántas veces uno los cambia de Posición sin comentar nada con él. Debe ser una experiencia horrible. (Orquídea).

El proceso de comunicación dejó de ser trivial para caminar en un enfoque fenomenológico y el conocer el fenómeno mostró personas sensibles y con sed de saber, de autoconocimiento al contextualizar su vivencia. La adquisición del poder de recuperación implica la cohesión grupal, la autoconfianza y la habilidad de exposición, argumentación y persuasión, basadas todas estas capacidades en la comunicación^(3,15). La fusión Intuitiva-científica surgió cuando existió la necesidad de posicionarse cada uno sobre el conjunto de situaciones vividas. Al confrontar su intuición sobre si mismo con el contenido dado, habiendo una toma de conciencia sobre las posibilidades de cada uno en relación a la práctica.

Pues a veces uno no sabe hasta que punto ellos entienden. Pueden estar escuchando todo. Cuantos testimonios se tiene de cliente que estuvieron en coma y declararon y recordaron a ustedes, comentarios realizados por el equipo de salud, pero no consiguen realizar o manifestar alguna reacción. Luego de nuestro último encuentro, recibí mi turno y reflexione mucho. Recibí al cliente que era lúcido, había pasado por una situación difícil, había sido manipulado y cuando entre en el "compartimiento", sentí algo extraño con el cliente. Lo saludé y comencé a conversar y él comenzó a llorar. No se si en otro momento hubiera tenido aquella actitud, de sentarme a su lado, coger su mano firme intentando pasar seguridad y confianza, sin preocuparme con las tareas y actividades con los otros clientes y el sector. Sin embargo por estar viniendo de un momento de reflexión en la segunda reunión, me encontraba muy sensible y preocupada con mi trabajo y reflexión sobre la vida (Margarita)

Otra cosa que percibí en la observación no participante. Como uno habla en diminutivo con las personas. Voy a darte una pinchadita, una aspiradita, pasar una sondita, madremita, abuelita, bañito, una volteadita, actuamos como niños y dejamos de respetar a quien esta allí echado. Uno quiere agradar a las personas, ser cariñoso y en verdad uno está pecando (Lirio)

Este momento de análisis fue considerado el más precioso, pues sensibilizó para la auto-reflexión del equipo sobre lo que pensamos y hacemos en la

* En la dinámica de los globos solicitamos que cada uno escribiera en una hoja de papel sus expectativas o un mensaje para alguien en el grupo. Luego este papel fue doblado y colocado en el balón escogido por cada uno. Inflaron los globos y al compás de la música comenzaron a circular con los globos en la sala, pasándolos entre todos. Al terminar la música cada uno escogió un globo, lo rompió y leyó el mensaje en voz alta, entregando el papel con el mensaje para la persona indicada, como un recuerdo.

práctica. Para una comunicación terapéutica necesitamos de **expresión, claridad y validez**⁽¹⁶⁾.

La noción sobre la comunicación no verbal está basada en que toda emisión verbal siempre debe estar presente, pues, esta muestra sentimientos e intenciones, por esta razón los signos deben ser claros e interrogados a fin de obtener una comprensión amplia sobre el momento vivido.

Percibimos la necesidad del grupo para continuar posteriormente con las reuniones para pensar, reciclar como algunas lo dijeron, así como para sensibilizarse con el cuidado con el otro y nuestro prójimo. Entendemos que las reuniones fueron provechosas para la construcción esperada en la Relación del dialogo y los cambios permitieron que nos volviésemos mejores profesionales y personas. Solicitamos que cada uno escribiera en una hoja de papel su percepción sobre las reuniones y como se sintieron al final de todo.

Todas las enseñanzas que produzcan algo bueno, que nos permita evolucionar como personas y profesionales es válido y bienvenido. Considero que las reuniones sirvieron para recordarnos sobre los métodos, técnicas, sobre el cariño, la paciencia, la buena voluntad que muchas veces por el apuro del día a día o por el tiempo de profesional se encuentra dormido en nuestras mentes. No hay una receta de torta que diga como debemos comunicarnos y actuar en todas las reuniones. Existen momentos en que la regla no huye a la situación y el sentido común, la intuición y la percepción de la real necesidad del cliente debe ser evidente y tener la debida atención al respecto. (Rosa)

Estos momentos muestran una síntesis de la realidad conocida, con conceptos elaborados por el grupo, permitiendo un nuevo pensamiento sobre la práctica, expandiendo el conocimiento de enfermería, principalmente para los que no estaban presentes en estas experiencias.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio narrado se constituye en una contribución para el cambio significativo en el ambiente de trabajo, trayendo un observar

humanizado de las relaciones entre enfermería y el cliente, mostrando la aplicación de la Teoría Humanística de Paterson y Zderad⁽⁸⁾, al ofrecer subsidios para una reflexión sobre la transformación de un "ambiente de robot" en un "ambiente humanizado". La observación no participante y las reuniones mostraron que la relación de diálogo aún se encuentra perjudicada. Los técnicos de enfermería pudieron vivenciar posibles cambios a través de postura, atención, paciencia a través de la observación y el modo de tratar al cliente, mostrándose en *presencia*. Se sugirió la utilización de recursos visuales y materiales para interpretar las necesidades individuales y privadas de los clientes, además del tono de voz, gestos, manifestaciones corporales inclusive el silencio. Fue mostrado que la aproximación con el cliente promueve el autoconocimiento y la autopercepción, así como el conocimiento y la percepción del cliente viabilizando la relación de dialogo, que es contrario a la falta de cuidado por parte de algunos profesionales, cuando no se colocan en el lugar del otro, no hablan la misma lengua y no consideran el cuidado holístico. El proceso de comunicación, parte integrante del trabajo de enfermería, involucra transacciones entre individuos en los cuales son pasadas informaciones y comprensiones de uno para el otro, pudiendo facilitar la aprehensión y comprensión de las necesidades del cliente, volviéndose un cuidado auténtico⁽⁷⁾.

Los resultados del estudio muestran que hubo una especialización del equipo con cambio de actitud. Se despertó el interés en la supervisión de Enfermería y la institución bajo nuestra propuesta, como una actividad de educación continua para el equipo de enfermería en la UCI, como una forma de instrumentalizar y desarrollar el proceso de comunicación con los clientes impedidos de comunicarse verbalmente. Consideramos que este fue un paso para la comprensión de la complejidad del tema, permitiendo el desarrollo de la capacidad profesional para identificar con mayor exactitud los sentimientos, dudas y dificultades cuando el cliente está impedido de verbalizarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matos SS. A comunicação escrita através das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino da graduação. Belo Horizonte (BH); 2000.
2. Silva MJP. Comunicação tem remédio. São Paulo (SP): Gente; 2002.

3. Souza LNA. A interface da comunicação entre a enfermagem e as (os) clientes em uma unidade de terapia intensiva. [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.
4. Borenstein MS, Padilha MICS. A comunicação na enfermagem. In: Prado M, Gelbcke FL. Fundamentos de enfermagem. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2002.

5. Sadala MLA, Stefanelli MC. Avaliação do ensino de relacionamento enfermeiro-paciente. Rev Latino-am Enfermagem 1996 abril; 4(especial):139-51.
6. Zerratti E. Coma. [Página da Internet]. 2005 [acesso 2005 Jun 3]. Disponível em: <http://www.neurologiaonline.com.br>
7. Souza LNA, Padilha MICS. A comunicação e o processo de trabalho em Enfermagem. Revista Texto e Contexto 2002; 11(1):11-29.
8. Paterson JG, Zderad LT. Enfermería humanística. México: Editorial Limusa; 1979.
9. Trentini M, Paim L. Pesquisa Convergente Assistencial: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde - Enfermagem. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
10. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.
11. Gimenes DG. A mulher e o câncer. São Paulo (SP): Editorial Psy; 1997.
12. Oliveira ME, Bruggemann OM, Fenilli RM. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad. In: Oliveira OM, Bruggemann ME. Cuidado Humanizado: Possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2003.
13. Boff L. Saber cuidar: Ética do Humano-Compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
14. Vianna ACA. Sensibilização: uma forma de educação para o cuidado. Rev Gaúch Enfermagem 2000; 21(especial):113-20.
15. Bordenave JED. O que comunicação?. 30ª ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 2005.
16. Stefanelli MC. Comunicação com o cliente teoria e ensino. São Paulo (SP): Robe; 1993.