

## PRONTO-SOCORRO: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes

Roberta Brito de SOUZA<sup>a</sup>  
Maria Júlia Paes da SILVA<sup>b</sup>  
Adriana NORI<sup>c</sup>

### RESUMO

Esta pesquisa foi realizada em um Pronto-Socorro público de nível terciário na cidade de São Paulo, com 20 profissionais de enfermagem (2 enfermeiros, 11 técnicos e 7 auxiliares). Objetivou analisar o papel da comunicação na interação dos profissionais com os pacientes e conhecer a importância desta para os profissionais de Enfermagem. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas individuais. A análise de conteúdo apresentou três categorias principais: as dificuldades impostas pelo ambiente da emergência para que uma boa comunicação ocorra, a dicotomia entre o fazer/executar e a comunicação como cuidado – refletindo uma mecanização deste e o desconhecimento dos conceitos de comunicação e da necessidade desta para o paciente.

**Descritores:** Serviços médicos de emergência. Comunicação. Papel do profissional de enfermagem. Enfermagem em emergência.

### RESUMEN

*Esta investigación se realizó en un servicio de urgencia público de nivel terciario en la ciudad de São Paulo, Brasil, con profesionales de enfermería (2 enfermeros, 11 técnicos y 7 auxiliares). El objetivo fue analizar el papel de la comunicación en la interacción de los profesionales con los pacientes y conocer su importancia para los profesionales de Enfermería. Los datos fueron tomados por medio de entrevistas individuales. El análisis del contenido presentó tres categorías principales: las dificultades impuestas por el ambiente de la emergencia para que ocurra una buena comunicación, la dicotomía entre el hacer/ejecutar y la comunicación como cuidado, reflejando una mecanización de este cuidado y el desconocimiento de los conceptos de comunicación y de la necesidad de la misma para el paciente.*

**Descriptores:** Servicios médicos de urgencia. Comunicación. Rol de la enfermera. Enfermería de urgencia.

**Título:** Urgencias: una visión sobre la interacción entre profesionales de enfermería y pacientes.

### ABSTRACT

*This research study was carried out in a public tertiary emergency hospital in the city of São Paulo, Brazil, with 20 professionals of nursing (2 nurses, 11 technicians, and 7 auxiliaries). It aimed at analyzing the role of communication in the interaction of professionals with patients, and at identifying its importance for nurse professionals. Data were collected using individual interviews. Content analyses revealed three main categories: difficulties imposed by the emergency ward environment on proper communication, dichotomy between doing and executing, and communication as care – revealing a mechanization of communication and its need by the patient.*

**Descriptors:** Emergency medical services. Communication. Nurse's role. Emergency nursing.

**Title:** Emergency Ward: a view on the interaction between nursing professionals and patients.

<sup>a</sup> Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>b</sup> Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da USP.

<sup>c</sup> Enfermeira Chefe do Hospital Universitário da USP.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a unidade de emergência é destinada a promover serviços médicos requeridos com caráter de emergência e urgência para prolongar a vida ou prevenir conseqüências críticas, os quais devem ser proporcionados imediatamente<sup>(1)</sup>.

Os serviços de emergência possuem como características inerentes o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos<sup>(1)</sup>.

O acesso irrestrito, o número excessivo de pacientes que pode ser explicado por fatores como o aumento dos índices de criminalidade e a violência retratada diariamente, a alta incidência das doenças cardiovasculares e a busca pelo atendimento imediato para problemas simples que facilmente encontrariam solução em outras instâncias do sistema nacional de saúde<sup>(2)</sup>, além da sobrecarga da equipe médica e de enfermagem, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos no serviço de emergência, sinalizando a ocorrência de falhas relacionadas à segurança e à qualidade da atenção dispensada aos pacientes<sup>(3)</sup>.

Esses aspectos são responsáveis para que seja esta unidade o setor que apresenta a maior parcela de eventos adversos atribuídos à negligência. Estima-se que este índice represente 52,6 a 70% do total de eventos adversos detectados<sup>(1)</sup>. Dentre as condições facilitadoras para a ocorrência de eventos adversos está a falha de comunicação entre os profissionais e entre estes e os pacientes, juntamente com a fragmentação da responsabilização da assistência, descontinuidade do cuidado, inadequação dos sistemas de informações existentes, insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas sólidas e falência nos mecanismos de registro e notificação de eventos adversos<sup>(1)</sup>.

Ao analisar mais de seis milhões de internações em hospitais norte-americanos, um estudo

demonstrou que o contato prolongado entre enfermeiras e pacientes durante as internações (horas de contato com os pacientes) está associado a ocorrência de desfechos favoráveis nos casos e, portanto, à melhor qualidade da atenção prestada<sup>(4)</sup>.

As características próprias de um atendimento de emergência como ambiente conturbado, aparelhagem múltiplas, desconforto, impessoalidade e falta de privacidade, somadas às condições do trabalho de enfermagem como longas jornadas em turnos desgastantes, rodízios, multiplicidade de funções, repetitividade, ritmo excessivos de trabalho, ansiedade e esforços físicos<sup>(5)</sup>, tendem a gerar uma comunicação impessoal e mecanizada, limitando o profissional de enfermagem ao cumprimento apenas do papel instrumental, técnico, quando não atento a esta relação<sup>(6)</sup>.

Pela comunicação estabelecida com o paciente se pode compreendê-lo em seu todo, sua visão do mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim identificam-se os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem, ajudando na manutenção ou recuperação de sua saúde. É por meio da comunicação com o paciente que o enfermeiro pode realmente efetuar mudanças no comportamento deste. O atendimento de quase todas as outras necessidades básicas do paciente depende, em várias circunstâncias, do processo de comunicação que ocorre entre ele e o enfermeiro<sup>(7)</sup>.

Um dos desafios no atendimento de emergência é saber ouvir para coletar os dados corretamente e poder atender as expectativas dos pacientes. Sabe-se que a intervenção com a equipe de saúde durante a hospitalização pode interferir positiva e negativamente nas respostas das pessoas ao tratamento<sup>(8)</sup>.

Lembrando sempre que na comunicação não existe apenas um agente emissor e um receptor, mas uma troca entre os envolvidos, formando um sistema de interação e reação que provoca, a curto e longo prazo, mudanças na forma de sentir, pensar e atuar envolvidas e que não existe apenas a comunicação verbal, as mensagens transmitidas nas relações interpessoais são sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não-verbal<sup>(9)</sup>.

Comunicação verbal pode ser entendida como a transmissão de mensagens por meios das palavras faladas ou escritas e a comunicação não-

verbal como a transmissão de mensagens através do corpo, expressões faciais, distâncias interpessoais mantidas, objetos e adornos utilizados, entre outros<sup>(9)</sup>.

Estar atento à linguagem não-verbal para interpretá-la e agir de maneira pró-ativa pode compensar o pouco tempo de atenção que o profissional de enfermagem tem disponível para cada paciente<sup>(7,9)</sup>.

A comunicação bem estabelecida pode amenizar a falta de tempo subjetiva que o profissional de emergência experimenta no seu dia-a-dia, uma vez que, se utilizar esse valioso instrumento de forma empática, estará se imbuindo de dados para planejar o seu trabalho de forma mais eficaz e utilizará argumentos corretos para conscientizar o paciente de suas prioridades<sup>(2,8)</sup>.

Se a enfermeira da unidade de emergência tiver a oportunidade de esclarecer dúvidas, orientar mudanças no estilo de vida e no tratamento medicamentoso, entre outras condutas, o retorno do paciente à unidade será reduzido, bem como o número de reinternações, atuando assim, diretamente em um dos principais problemas do Pronto-Socorro (PS): a grande demanda de pacientes<sup>(10)</sup>.

O paciente que procura o serviço de emergência busca uma solução imediata para suas manifestações, depositando na instituição e nos profissionais que ali atuam a esperança para resolução do seu caso. Muitos pacientes atendidos e descrentes em relação aos serviços ambulatoriais esperam uma solução definitiva, e outros, sem tempo para consultas de rotina, desejam realizar uma rápida avaliação para descartar qualquer patologia.

Os profissionais de saúde, por sua vez, devem atender às necessidades dos pacientes e as cobranças da instituição; precisam ser rápidos, imediatos em suas ações e, com isso, podem até se tornar impessoais<sup>(2)</sup>. Encontram-se divididos entre aqueles que realmente precisam de um cuidado imediato e os demais pacientes que não caracterizam emergências ou urgências.

O estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança é o modo de criar um vínculo entre os participantes do processo de cuidado. Na situação de emergência/urgência em que o cliente e sua família se encontram em um momento crítico, há a necessidade deste vínculo para que o processo se torne o menos traumático possível. Essa rela-

ção pode se dar instantaneamente, quando se expressa sua humanidade, e sendo assim, também não se esquece de um gesto de atenção, de respeito e de solidariedade em um momento de dificuldade<sup>(11)</sup>.

Dar atendimento humanizado não requer, necessariamente, dedicar mais tempo ao paciente ou ter condições de trabalho ideais<sup>(12)</sup>. Basta, para tanto, saber dirigir palavras de conforto e segurança, dar real atenção à pessoa, conversar com ela, deixar que se manifeste e, até, que reclame.

A equipe de enfermagem que atua no PS deve estar preparada para, a cada instante, sem conhecimento prévio, atender as mais variadas situações de emergência, diferentemente das demais equipes de enfermagem de um hospital, estando assim, submetidos a um stress constante. A diversidade de atividades executadas, as interrupções freqüentes, os imprevistos, o contato direto com o sofrimento e a morte, são fatores agravantes no trabalho de enfermagem que podem conduzir, até mesmo, a um desgaste mental<sup>(13)</sup>.

A partir de todos estes aspectos expostos, pode-se afirmar que o cuidado de enfermagem não pode prescindir o aspecto humanístico e relacional, não se restringe apenas a uma ação única no sentido de executar um procedimento, mas também no sentido de ser, expresso de forma atitudinal<sup>(14)</sup>.

Em um primeiro trabalho realizado referente a esta temática, observou-se que os profissionais de enfermagem possuem conhecimento sobre a importância da comunicação no cuidado com o paciente, e referem ainda um conhecimento *in loco* sobre a capacidade que a mesma tem em auxiliar os pacientes na sua recuperação, e como as condições de trabalho na unidade de emergência podem afetar de maneira significativa a interação entre os pacientes e os trabalhadores desta unidade<sup>(15)</sup>.

Uma vez que este estudo foi o único do Brasil a questionar especificamente os funcionários de enfermagem sobre o papel da comunicação no atendimento de um PS público, e que foi realizado com apenas 20 profissionais de enfermagem, que caracterizavam 20% do total de profissionais da unidade<sup>(15)</sup>, julgou-se necessário a realização de outro estudo mais amplo, visto se tratar de uma temática que interessava a unidade, objeto deste estudo.

## 2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: analisar o papel da comunicação na interação dos profissionais de Enfermagem com os pacientes no PS e conhecer a importância da comunicação para os profissionais de Enfermagem.

## 3 METODOLOGIA

Este estudo apresenta uma abordagem qualitativa, uma vez que o foco é aberto, tem interpretação subjetiva e o elemento essencial para a análise é a palavra.

O PS onde foi realizado é responsável pelo atendimento de emergências e urgências de indivíduos com idade superior a 14 anos, 11 meses e 30 dias, faz parte de um hospital público de nível terciário da cidade de São Paulo. Após a aprovação pela Comissão de Ética do hospital, os profissionais foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e metodologia. Foram questionados quanto ao interesse em participar e, os que concordaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No total houve oito recusas para a participação na pesquisa. Devido ao número de recusas, ao número de funcionários que estavam trabalhando no período da coleta de dados (julho e agosto de 2005) e à proposta de obter o mesmo número de funcionários em cada plantão, concluímos a coleta de dados com uma amostra de 20, visto que com esse número já havia saturação dos dados e repetição nos discursos.

Dos 20 profissionais entrevistados, 2 eram enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem. Desta população 85% eram mulheres e 15% homens, 55% trabalham no local entre 4 a 7 anos, 45% entre 8 a 12 anos.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados individualmente na sala da chefia sem a presença da mesma, sendo este o único local que proporcionava um pouco mais de privacidade durante seu turno de trabalho. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os dados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, para obter indicadores qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto por

cinco etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação<sup>(16)</sup>.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos discursos, identificou-se três categorias principais: cenário de um PS, o tempo do cuidado e comunicação de via única. Estas serão apresentadas e discutidas a seguir.

### 4.1 Cenário de um PS

Ao analisar os discursos encontrou-se a caracterização do que é próprio das condições de um PS no Brasil atualmente: sobrecarga de trabalho, estrutura física irregular, escassez de recursos humanos e materiais e, um fator específico da unidade estudada: a presença de acompanhantes durante o período de observação<sup>(1,4,13,17)</sup>.

No Brasil, desde 1988, a Constituição brasileira estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe uma divisão do atendimento prestado nos serviços de saúde baseada na complexidade dos pacientes, estabelecendo desta maneira, um fluxo de atendimento.

Segundo esse fluxo, os pacientes saudáveis ou com doenças crônicas devem fazer acompanhamento regular nas unidades básicas de saúde ou ambulatórios e, através destes, serem encaminhados a serviços especializados e de maior complexidade de acordo com as demandas que apresentem. Em casos de emergências e urgências os pacientes devem procurar serviços de atendimento imediato, PS.

Apesar de instituído, tal fluxo ainda não acontece na prática. O desconhecimento da população acerca dessa sistematização, potencializado pelas condições ainda deficitárias apresentadas pelos serviços primários levam os pacientes a procurarem os serviços de PS para suprir suas necessidades.

*Você vai em tudo quanto é posto de saúde e não tem médico. O que acontece? Os pacientes vêm todos pra cá. Acaba sobrecarregando o serviço de emergência com um monte de coisa que não é emergência e acaba que a gente não pode dar a qualidade de assistência que dávamos antes. Infelizmente (E9).*

Os serviços de PS por sua vez, também sofrem com a falta de recursos humanos e materiais, com estruturas físicas não mais condizentes com a realidade enfrentada, por atenderem com “portas abertas”, ou seja, todos os que buscam assistência são atendidos, independente das condições em que se encontrem os serviços<sup>(1)</sup>.

*O espaço nosso é muito reduzido. Às vezes você precisa fazer higienização e só tem um local pra tá fazendo isso, às vezes tem que colocar biombo. Fica apertado, tem sempre gente passando (E6).*

*Acho que o ponto principal é a quantidade, a demanda de pacientes que nós temos tido, porque é muito paciente. A gente chega a ter 14, 15 macas no corredor e acaba sobrecarregando a equipe (E18).*

Seguindo o fluxo após ser atendido no PS, o paciente deveria ser encaminhado a uma próxima instância de acordo com suas demandas; por exemplo, um paciente em descompensação diabética que não faz acompanhamento, deve ser referido ao ambulatório ou Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próximo de sua casa, assim como um paciente vítima de politraumatismo que necessita de cuidados intensivos, deve ser encaminhado para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com a demora no agendamento de consultas nas UBS é provável que o paciente diabético retorne ao PS, assim como a vaga na UTI pode demorar a ser liberada e o paciente permanecer recebendo todos os cuidados possíveis no PS.

*[...] acho ruim é que ultimamente temos cuidado de pacientes de UTI e aqui é um pronto-socorro. Então as coisas estão meio invertidas (E5).*

Toda a problemática exposta: número excessivo de pacientes (demanda inadequada para as características do atendimento), condições físicas, escassez de recursos humanos e materiais, e o acesso irrestrito, geram grande sobrecarga dos funcionários que atendem nestes serviços, diminuindo consideravelmente a qualidade da assistência prestada<sup>(11,12,18)</sup>. Tais problemas são de ordem estrutural; somente mudanças realiza-

das nacionalmente para conscientização da população e uma reorganização dos recursos, poderiam saná-los.

No serviço onde foi realizada a coleta de dados é obrigatório, salvo alguns casos, a presença de um acompanhante em todo o período em que o paciente estiver em observação. O que deveria ser somente um facilitador para o serviço de enfermagem, acabou tornando-se um dilema. Se, por um lado eles ajudam ao comunicar mudanças no estado do paciente, ao tornar o ambiente um pouco menos “amedrontador” para o paciente e ao ajudar nos encaminhamentos para exames, por outro, eles “atrapalham” por não conhecerem a rotina do hospital, como a “demora” de certos resultados de exames, e todo o seu ambiente, como o alarme do oxímetro ao simples deslocar do dedo do paciente, por seu estado emocional e por “avaliarem”, em alguns casos, o paciente que acompanham mais grave que os outros.

*Acho que aqui na emergência o que dificulta são os próprios acompanhantes dos pacientes, por que eles ficam muito ansiosos. O paciente tira aquele sinalizador do Oxímetro do dedo e eles já vêm desesperados (E14).*

*[...] às vezes o paciente e, principalmente os acompanhantes, não entendem a rotina de um hospital; muitas vezes eles não entendem. Começam a reclamar de algumas coisas que fogem ao nosso controle (E18).*

Todos estes aspectos proporcionam um local de trabalho estressante, onde os profissionais acabam se atendo somente à parte de um fazer sistematizado, tanto pelas condições impostas, como por mecanismos de defesa frente ao impasses vividos diariamente.

Diante do cenário exposto, somado às características dos profissionais de saúde, ressaltam-se as características próprias de um atendimento de emergência (ações rápidas e precisas), conjuntamente com características de um serviço hospitalar (convivência com o sofrimento dos pacientes e familiares) que tendem a gerar uma comunicação profissional de enfermagem-paciente impessoal e mecanizada, limitando o profissional ao cumprimento de seu papel instrumental, ao assi-

milar-se à rotina da unidade. Como profissionais que estão lá todos os dias, acostumados com as situações que, aos olhos dos pacientes e acompanhantes, são extremamente difíceis de serem vivenciadas, mas para os primeiros, rotineiras<sup>(19)</sup>.

#### 4.2 O tempo do cuidado

Dentre os discursos analisados verificou-se a mecanização do cuidado, uma dicotomia entre a realização de procedimentos e o estar com o paciente. Para os profissionais desta unidade, o cuidar, devido ao local de trabalho, poderia ser resumido aos procedimentos realizados.

A rotina tende a inibir a percepção dos profissionais, levando a uma maior valorização do fisiológico e uma exclusão do ser psicossocial e psicoespiritual, o que não deve ocorrer, pois essas facetas não são autônomas e, como profissionais, é necessário considerá-las todo o tempo, ou seja, como o indivíduo se comporta, o que ele sente e pensa<sup>(11)</sup>. A mecanização assume um tal grau, que é comum observar-se a utilização, para todos os pacientes, da mesma frase para o mesmo procedimento, pelo simples ato de executar a tarefa prescrita. Por exemplo, em uma punção venosa periférica é comum ouvir-se: “É só uma picadinha, senhor José”, com o profissional olhando desde o primeiro instante para os membros superiores do paciente em busca do melhor acesso venoso. O grande problema não está na repetição da mesma frase, e sim na tonalidade impessoal, na falta de cuidado com o indivíduo e de um olhar para seu rosto ao iniciar uma interação que tente transmitir-lhe confiança. Os olhos percebem muito mais do que as palavras jamais conseguirão dizer. Percebem e qualificam as relações interpessoais. A humanização deve incluir competência sem dispensar cortesia<sup>(9,15,18)</sup>.

*[...] tem um tanto de paciente... e eles saem e chegam mais; não dá pra dar conta de tudo. Você faz o que tem que fazer (E3).*

*Tem plantões que têm como você dar uma assistência melhor para ele: conversar, perguntar se a medicação que foi dada resolveu o problema dele. Agora, têm dias que é muito automático, é medicação e só quase no final do plantão você vai perguntar se melhorou ou não (E4).*

Dar um atendimento mais humanizado não requer necessariamente a dedicação de um tempo maior ao paciente, e sim, a utilização eficaz do tempo que já se tem com ele<sup>(2,8,9)</sup>. Durante o tempo de uma punção, da aferição dos sinais vitais, há tempo para se olhar nos olhos, transmitir segurança e cuidado em um mínimo de atenção.

*Então, acho que a coisa tá muito rápida; você quer fazer todo o seu trabalho. Quer atender, medicar, cuidar e não tem muito assim... o que você ficar falando pro paciente. O contato é aquele mesmo do profissional. O tempo não dá (E7).*

*Aqui a gente não tem tempo pra ficar falando, ou faz ou fala. Tem muita responsabilidade, muita gente pra cuidar, difícil bastante (E20).*

Criou-se uma cultura, não somente por parte dos que trabalham nesta unidade, mas um senso comum na grande maioria dos profissionais de saúde, que em uma unidade de emergência não é necessário cuidar de algo além do fisiológico, pois lidam com a eminência do risco de vida. Uma unidade que deve atender naquele momento específico a dor, a dispnéia ou a náusea. Contudo, independente da unidade em que se encontra o paciente, ele não é somente sua queixa ou patologia, é um ser completo com dúvidas, anseios e necessidades<sup>(8,9,11)</sup>.

A ausência do atendimento humanizado encontra como justificativa a sobrecarga e a pressão dos profissionais de saúde e a falta de orientação, esclarecimento e atenção às dúvidas vivenciadas pelas pessoas que se encontram com a saúde comprometida e em situação de dependência, carência e vulnerabilidade.

O paciente deixa de ser um ser singular e transforma-se em um objeto, receptáculo de cuidados técnicos e intensivos. Nega-se o indivíduo e a própria enfermagem que, por definição, é a arte e a ciência do cuidar de pessoas<sup>(7,11,14)</sup>. Para que ocorra este cuidado individualizado é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. Mesmo que este se dê nos poucos minutos em que se está desempenhando algum procedimento, alguma técnica junto ao paciente<sup>(2,8,9)</sup>.

### 4.3 A comunicação de via única

Encontra-se nos discursos analisados uma distorção no modo como os sujeitos da pesquisa vêem a comunicação. Para eles esta se dá em uma via única, na qual somente o funcionário é um ser ativo, não existindo troca entre os envolvidos e, portanto, uma comunicação sem efetividade, pois não estabelece vínculo com o outro<sup>(7)</sup>.

*Um pouquinho que a gente conversa com os pacientes, com os acompanhantes a gente vê que tem muita informação desencontrada. Que a gente sabe que não tem nada a ver, que a gente procura auxiliar, orientar e tal (E1).*

*[...] orientar o paciente sobre o que eu faço e o que deixo de fazer (E15).*

*Temos bons profissionais, no geral auxiliares e técnicos conseguem comunicar-se muito bem com os pacientes que estão em observação. Conseguem passar realmente aquilo que será realizado com eles (E13).*

Nestas falas encontra-se o funcionário como o único responsável pela comunicação. É ele que faz, medica, orienta, explica, esclarece. Nelas, a comunicação se resume, predominantemente, no ato de informar ao paciente o procedimento que será executado ou alguma outra condição sua.

Esta comunicação de via única pode inibir qualquer efeito positivo que poderia se obter na melhoria do quadro do paciente, pois se sabe que a comunicação efetiva só ocorre quando há envolvimento das duas pessoas, no qual ambas se permitem fazer diferença e estão abertos a ela<sup>(9)</sup>.

Em momento algum os funcionários entrevistados mencionaram a necessidade do respeito ao espaço do paciente, no modo de abordá-lo, a entonação de voz, o olhar e qualquer ato que pudesse ser identificado como comunicação não-verbal. Não é possível afirmar se este fato se deve a falta do conhecimento sobre o não-verbal, se este foi deixado de ser percebido conscientemente para conseguir a rapidez necessária no serviço ou se é utilizado como mecanismo de defesa para evitar um contato maior com o sofrimento do

outro. Pode-se inferir ao menos, que a falta da comunicação não-verbal exarceba uma falha no cuidar.

Através da comunicação verbal e não verbal é possível identificar os problemas dos pacientes através da sua própria óptica e ajudá-lo na manutenção e recuperação da sua saúde<sup>(7)</sup>. Observa-se, assim, que apesar de todo tratamento em relação a procedimentos que os pacientes recebem, o cuidado não ocorre de maneira integral.

### 5 CONCLUSÕES

Ao analisar o papel da comunicação na interação dos profissionais de enfermagem com os pacientes na unidade de emergência, percebe-se uma interação dispersa, na qual o atendimento é centralizado nos procedimentos a serem efetuados, resumindo-se a estes todo o cuidado a ser prestado ao paciente.

Existe uma distorção do conceito de comunicação, sendo reconhecida somente como o domínio verbal utilizado para comunicar ao paciente os procedimentos que lhe serão realizados ou para sanar dúvidas. Não é possível afirmar se existe desconhecimento sobre o não-verbal ou se este foi “abandonado” (não observado conscientemente) para agilizar o atendimento, ou ainda, se foi ignorado, como um mecanismo de defesa, evitando-se assim um maior contato com o sofrimento do outro.

Sabe-se que o tratamento humanizado não se concretiza se estiver centralizado unicamente no paciente, que os profissionais de saúde também devem dispor das condições necessárias para desenvolver suas atividades. Reconhece-se a dificuldade do ambiente proporcionado pelo PS<sup>(19)</sup>, porém acredita-se que as condições necessárias para melhoria deste ambiente só serão proporcionadas através de mudanças estruturais a nível nacional, mudanças essas que se espera que ocorram, mas que levarão ainda algum tempo. Essa situação gera a necessidade da conscientização dos profissionais em relação ao cuidado, em todos os seus aspectos, e sua concretização e aplicação destes de uma melhor forma nas condições atuais.

Conclui-se assim, que o PS ainda é uma unidade crítica no que se refere ao cuidado integral

ao paciente, na qual os funcionários não demonstram valorizar a necessidade que o paciente tem de estabelecer um vínculo e receber atenção individualizada, mesmo que seja durante o tempo que dura uma punção venosa periférica.

A falta de uma comunicação mais adequada implica na inadequação do cuidado, que passa a ser definido como mera rotina de procedimentos, o fazer pelo fazer, e os funcionários não conseguem atingir todo seu potencial.

### REFERÊNCIAS

- 1 Galloti RMD. Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003. 148 f.
- 2 Baradel A. Os minutos da comunicação no serviço de emergência. In: Silva MJP. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. p. 29-37.
- 3 Boreham NC, Shea CE, Mackaway-Jones K. Clinical risk: and collective competence in the hospital emergency department in the UK. *Social Science & Medicine* 2000;51:83-91.
- 4 Needleman J, Berhaws D, Mattke S, Sterwart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine* 2002;346:1715-22.
- 5 Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2000; 8(5):44-51.
- 6 Mendes IAC. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem. São Paulo: Savier; 1994.
- 7 Silva MJP. Percebendo o ser humano além da doença: o não verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing (São Paulo)* 2001;4(41):14-20.
- 8 Gatti MFZ. O tempo urgente dos protagonistas do serviço de emergência. In: Silva MJP. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. p. 101-9.
- 9 Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 12ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
- 10 Farias FAC. Dimensionamento do pessoal de enfermagem para Pronto Socorro especializado em afecções cardiovasculares [tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. 257 f.
- 11 Silva AL, Nascimento KC, Virgílio MS, Mendonça RS. Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha Enfermagem* 2002;23(2):16-26.
- 12 Mezzomo AA, organizador. Fundamentos da humanização hospitalar: uma formação multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003.
- 13 Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2004;38(2):161-7.
- 14 Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2004;12(2):250-7.
- 15 Souza RB, Silva MJP, Saleh CMR. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da Unidade de Pronto-Socorro. *Nursing (São Paulo)* 2005;8(85):272-6.
- 16 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 17 Lovalho AF. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O Mundo da Saúde* 2004;28(2):160-71.
- 18 Selli L. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. *O Mundo da Saúde* 2003;27(2):248-53.
- 19 Pai DD, Lautert L. Suporte humanizado no Pronto-Socorro: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2005;58(2):231-4.

---

**Endereço da autora/Author's address:**  
Maria Julia Paes da Silva  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Cerqueira César  
05.403-000, São Paulo, SP  
E-mail: [juliaps@hu.usp.br](mailto:juliaps@hu.usp.br)

Recebido em: 10/05/2006  
Aprovado em: 02/10/2006