

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E O PACIENTE EM PEDIATRIA

[The importance of the communication between nursing team and pediatric patient]

Janislei Giseli Dorociaki*
Ana Maria Dyniewicz**

RESUMO: O estudo busca resgatar a importância da comunicação no cuidado da criança, bem como sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à necessidade de manter uma comunicação adequada com o paciente pediátrico. Ao melhorarmos a comunicação com o paciente estaremos, conseqüentemente, enriquecendo nossos conhecimentos e formas de pensar. Estaremos interagindo e conhecendo o que o outro pensa e sente, e isto se aplica principalmente à criança. A problematização foi utilizada em vários momentos, a fim de perceber mais as dificuldades encontradas, buscarmos soluções e uma maneira mais adequada para nos comunicarmos frente às diversas situações do dia-a-dia em UTI Pediátrica (UTIP). As conclusões que obtivemos foram no sentido da mudança de comportamento por parte da equipe de enfermagem, mostrando-se mais preocupada com a comunicação desenvolvida junto à criança, enquanto internada na UTIP.

DESCRITORES: Comunicação; Equipe de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sempre se preocuparam em atender os pacientes em todos os seus aspectos bio-psico-sociais. Contudo, tem sido possível perceber que muitos colegas falham na comunicação, utilizando, por exemplo, palavras inadequadas, agressivas, desanimadoras e desencorajadoras nas mais diversas situações com as crianças.

Sendo a UTIP uma unidade crítica e, por vezes, de longa permanência da criança, é de suma importância a atenção da equipe de enfermagem com a comunicação, afinal é através dela que se percebem necessidades, medos

e estresse, gerados pela especificidade de unidade de risco à vida. Desta forma, a comunicação adequada poderá contribuir para transmitir coragem, confiança e auxiliar na recuperação das crianças, bem como será um excelente suporte para familiares.

Este estudo trata justamente de aprimorar a comunicação da equipe de enfermagem, como mais um meio de contribuir para a melhor assistência de enfermagem que seja possível oferecer às crianças em unidade crítica. Para tal, foi realizado estudo teórico sobre comunicação em enfermagem, e organizadas, executadas e avaliadas reuniões com a equipe de enfermagem sobre a melhor maneira de se comunicar com a criança internada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A característica fundamental da enfermagem enquanto profissão de saúde é a comunicação, embora nem sempre seja dada a importância devida a tal fato (Mendes, 1993).

Tratando deste tema, Menneghin, Stefanelli e Cianciaruello (1991, p.15) afirmam que num sentido amplo a comunicação designa toda troca de mensagens. "Considerada como processo, método ou instrumento, é por meio delas que significações são transmitidas entre pessoas ou grupos. A enfermagem, fazendo uso de processos ou métodos assistenciais específicos, instrumentaliza-os por meio da comunicação."

Sendo a comunicação a troca de mensagens compartilhadas, enviadas e recebidas, essas certamente influenciam o comportamento do indivíduo, juntamente com a maneira como desenvolve essa comunicação. Assim, as mudanças que nele operam podem ocorrer a curto, médio ou longo prazo (Stefanelli, 1993).

Cabe destacar, segundo Potter e Perry (1996, p.146), que as modificações que ocorrem nos indivíduos é única, de tal sorte que elaboram diferentes associações e interpretações de mensagens transmitidas. Por exemplo, um "franzir as sobrancelhas" pode exprimir infelicidade para uma pessoa e dor para outra, logo "as percepções de uma

* Enf. da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HC da UFPR.

** Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do São Paulo – UNIFESP/EPM.

pessoa, seus valores, emoções, formação cultural e seu nível de conhecimento influenciam a maneira como ela envia e recebe mensagens”.

A comunicação, contudo, necessita de alguns elementos para fazer acontecer as modificações nos indivíduos. Stefanelli (1993) descreve e analisa cada um deles, como segue:

- Emissor ou remetente – é a fonte da emissão e seu codificador. Produz e emite a mensagem para o outro.
- Receptor ou destinatário – é quem recebe a mensagem. Deve emitir a resposta para que o processo de comunicação realmente ocorra.
- Mensagem – é o que está sendo transmitido. Consiste em estímulos físicos, verbais ou não-verbais produzidos pelo remetente, devendo ter um significado comum para o remetente e para o destinatário.

A mesma autora destaca ainda que os papéis de emissor e de receptor alternam-se de modo contínuo e circular, mas para que a mensagem seja efetiva as palavras utilizadas necessitam ter significação comum.

Há, ainda, enquanto informação importante, as funções da comunicação:

- Investigação – é a procura de dados sobre o paciente, assistência e serviço para prestação da assistência.
- Informação – consiste no envio de mensagens ao receptor de acordo com a necessidade deste ou do emissor, dependendo de cada situação.
- Persuasão – consiste em motivar o receptor a adotar comportamento sobre o qual ele não havia pensado anteriormente.
- Entretenimento – trata-se de um misto de persuasão e informação, em geral para aliviar a ansiedade, divertir e criar clima favorável à interação entre o emissor e o receptor da mensagem (Stefanelli, 1993, p. 34).

Ainda sobre as características da comunicação, Potter e Perry (1996) destacam:

- Vocabulário adequado: é necessário que o receptor possa ser capaz de traduzir as palavras e frases do remetente.
- Ritmo: é preciso utilizar velocidade e ritmo apropriados.
- Entonação: o tom da voz de quem fala pode ter um impacto considerável sobre o significado de uma mensagem. As emoções podem influenciar

diretamente o tom da voz. Muitas vezes o efeito é inconsciente e as palavras enviam uma mensagem enquanto o tom de voz pode ser alterado, transmitindo um outro significado à mensagem .

- Clareza e brevidade: é importante utilizar-se de simplicidade e objetividade.
- Tempo: o tempo é fator crítico; quando inadequado pode impedir que seja recebida a mensagem.

Especificamente sobre enfermagem, Potter e Perry (1997, p. 150) enfatizam que um profissional de enfermagem “ precisa estar alerta para ambas as mensagens, verbais e não-verbais, a serem enviadas aos pacientes. Sua percepção e interpretação das manifestações não-verbais dos pacientes exigem a sensibilidade sobre as intenções básicas do mesmo, enquanto se comunica”.

Stefanelli (1993) refere-se a esses dois métodos a serem utilizados durante a comunicação: o verbal e o não-verbal. A comunicação verbal envolve a linguagem escrita e falada, os sons e as palavras que utilizamos para a comunicação. É possível realizar mensagens não-verbais sem utilizar a verbal, mas o contrário é praticamente impossível. Destaca, ainda, algumas manifestações da comunicação não-verbal, tais como a expressão facial e a corporal pela cinesia ou postura física e gestos, ou seja, os movimentos do nosso corpo, e ainda a fisiológica, como calor, rubor, sudorese, tremores, lacrimejamento e palidez.

Uma manifestação destacada por Potter e Perry (1996) é o toque, como uma forma muito pessoal de comunicação, considerada mais autêntica, pela qual são transmitidas mensagens como afeição, ternura, apoio emocional, encorajamento, atenção pessoal. Um outro aspecto da comunicação são os gestos manuais, representados, por exemplo, por uma saudação, um aceno de mão, um polegar apontando para cima, os quais enfatizam, pontuam e esclarecem a palavra falada. Comentam ainda que a comunicação com a criança irá depender do desenvolvimento da linguagem e dos processos de raciocínio infantil, e conferem características à comunicação nas diversas fases da vida:

- Bebês – a comunicação ocorre na forma não-verbal (arrulhos, sorrisos, choros). Nessa fase o profissional deve evitar sons ásperos e movimentos súbitos. O contato físico suave ajuda o bebê a se acalmar.
- Crianças no período pré-escolar – utilizam-se as comunicações não-verbal e verbal. Nesta fase a criança é egocêntrica. Desta forma, deve-se direcionar a discussão para as necessidades e preocupações pessoais da criança. É preciso

dizer-lhe o que vai fazer, como e o que vai sentir, bem como permitir que ela explore o ambiente. É necessário também evitar palavras desconhecidas que ela não possa interpretar.

- Crianças em idade escolar – a linguagem é basicamente verbal. A criança busca explicações do mundo ao seu redor e está interessada nos aspectos funcionais dos objetos e eventos. Há uma preocupação com a integridade do corpo. Deve-se dar a ela informações simples, permitindo que a criança manipule os objetos, como o aparelho de pressão arterial, e deixá-la expressar seus medos e preocupações.
- Adolescentes – raciocinam de modo abstrato, oscilam entre a infância e o comportamento adulto, gostam de conversar com adultos que não façam parte da família. É necessário evitar imposição de valores ou julgamentos, gestos de desaprovação, evitando-se, também, dar conselhos. É importante mostrar-se disponível para conversar.

Ter conhecimento sobre estas características é fundamental, pois segundo Collete, Oliveira e Corrêa (1999), muitas vezes a hospitalização é uma experiência traumática, devido às agressões que decorrem do ambiente, o qual não é conhecido, às pessoas, aos procedimentos que lhe causam dor e sofrimento, afinal nesta fase a criança está mais vulnerável.

Guareschi e Martins (1997, p. 423) afirmam: “a criança passa por uma experiência que repercutirá, em graus variados, em seu desenvolvimento emocional, de forma positiva ou negativa. Com a internação, a criança se afasta de seu ambiente, dos seus objetos de estimulação e das pessoas que têm um grande significado para ela, além de ficar exposta a inúmeras experiências desagradáveis”. Destacam que, junto a estes fatos, “o ambiente estranho do hospital provoca o aumento da tensão emocional da criança, pelo medo de ser abandonada e perder a família, como também a ameaça de situação dolorosa e necessidade de segurança e amor que lhe faltam, com a ausência dos pais”. Acrescentam ainda que tanto a doença quanto a hospitalização constituem uma crise na vida da criança. A hospitalização é uma experiência estressante e traumática, causando muitas vezes manifestações de ajustamento, como inapetência, perda de peso, agressividade, desejo incontrolável de fugir, dependência e falta de receptividade orgânica ao tratamento. Assim, durante o período de internação é de fundamental importância o apoio psicológico da família. A equipe multiprofissional necessita estar preparada para prestar esta assistência, criando um

ambiente favorável e agradável, buscando facilitar o convívio e restabelecendo a saúde.

Segundo Dias Sant’Anna et al (1988, p. 74), “acredita-se que muito pode ser feito pela criança e sua família para que sua permanência na UTIP seja menos traumatizante. Entende-se que nesta unidade deve existir uma filosofia de trabalho embasada numa visão global de saúde da criança, e que proporcione a ela uma assistência não só técnica, mas principalmente emocional e afetiva”.

Desta forma, segundo Campestrini (1991), deve-se observar alguns cuidados durante a hospitalização da criança:

- preparar a criança para a realização do tratamento, de acordo com sua idade;
- prestar-lhe assistência individualizada;
- evitar que a criança entre em contato com grande número de pessoas, e dar-lhe condições de encontrar uma substituta da figura materna;
- proporcionar à criança recreação adequada à sua idade;
- preparar a criança para experiências dolorosas, proporcionando-lhe carinho após tais ocorrências;
- aceitar com naturalidade suas manifestações de agressividade e de sexualidade;
- respeitar sua individualidade;
- dar-lhe oportunidade de ser autêntica e criativa;
- facilitar a comunicação e o preparo especial da equipe que vai prestar-lhe assistência, a fim de que possa ser favorecida no seu processo de interação social;
- propiciar-lhe um ambiente hospitalar o mais natural e descontraído possível.

Para Dugas (1978), o papel fundamental da enfermagem está no relacionamento que se estabelece entre o enfermeiro e o paciente. Esta relação profissional está baseada na verdade e no respeito mútuo. Para isso é fundamental que não só o enfermeiro, mas também os demais membros da equipe de enfermagem, adquiram habilidades para se comunicar.

Afinal, tal como escreve Daniel (1983), é pela comunicação que o homem enriquece seu referencial de conhecimentos e pensamentos, esclarece, interage e conhece o que os outros pensam e sentem. Comunicar-se, assim, significa contribuir para a qualidade na assistência ao paciente.

3 METODOLOGIA

O estudo em questão foi realizado na UTIP de um hospital escola, no período de agosto a dezembro de 2000, com a equipe de enfermagem do período da tarde. As

reuniões foram realizadas de quinze em quinze dias, às terças-feiras, das 16 às 17 horas, na sala de reuniões.

Optou-se pela técnica de grupos operativos, pois segundo Pichon-Rivière (2000) está centrada na mobilização quanto às dificuldades de comunicação, cujos resultados positivos são observados à medida que houver maior homogeneidade para a execução de atividades. O coordenador deve favorecer o vínculo entre o grupo, através de dinâmicas que se direcionem para a solução de um problema em comum.

Para tal, os componentes da equipe de enfermagem da tarde da UTIP foram convidados a participar das reuniões em grupo, ocasião em que também foram apresentados os objetivos do estudo. Tão logo aceitaram o convite, realizou-se um debate com a equipe a respeito da quantidade e qualidade da comunicação com os pacientes e seus familiares. Tal debate objetivou levantar as opiniões, bem como as sugestões para manter e/ou alterar comportamentos da equipe quanto às questões de comunicação. A questão norteadora do debate foi: *“Na sua opinião, como estão as comunicações entre nós, da equipe de enfermagem, com o paciente internado e seus familiares?”*

Para levantar as opiniões a coordenadora convidou um participante para que anotasse as respostas, com autorização dos restantes, as quais foram agrupadas e serviram de subsídio para as oficinas subsequentes.

Em uma outra oficina foram utilizados textos, exposições orais, dinâmicas, em que foram explicados de forma didática e simples os elementos necessários para que a comunicação ocorra, e as formas e características da comunicação nas diversas fases da vida. Sobre as exposições é importante salientar que mantiveram um padrão dinâmico e não ultrapassaram 20 minutos, a fim de que pudessemos discutir os temas propostos. Cabe destacar que os temas foram recolhidos do cotidiano da prática, pois havia interesse em debater problemas emergentes e que necessitavam de imediata intervenção.

Também utilizou-se o Quadro Mural, localizado na Sala de Lanches, para fixar textos, reportagens sobre comunicação, deixando-se um espaço aberto para a equipe colaborar com o mural.

Para a finalização recorreu-se a uma dinâmica, cujas questões foram iniciadas com a expressão *“Quando ...”*. O que se desejava era iniciar o debate com uma questão que revelasse uma situação da prática e abrisse debate para obter respostas. Exemplo: *“Quando a mãe é muito insistente sobre alguma coisa, você...”* A intenção era identificar a apreensão do grupo quanto aos conteúdos trabalhados em oficinas anteriores.

3.1 DETALHAMENTO DAS REUNIÕES

PRIMEIRA REUNIÃO – O grupo foi convidado a responder à seguinte questão: *“Na sua opinião, como estão as comunicações entre nós, da equipe de enfermagem, com o paciente internado e seus familiares?”*

Estavam presentes 5 funcionárias. Foi solicitada uma voluntária para anotar as respostas do grupo, pois estas seriam necessárias para as reuniões seguintes.

A reunião foi bastante descontraída, e todas participaram expondo suas opiniões. À medida que isto ocorreu foi possível identificar diferentes pontos de vista. Embora o foco central estivesse inicialmente voltado para as questões da comunicação com a equipe, crianças e mães, as respostas à questão norteadora foram muito mais amplas. As participantes destacaram problemas com os outros profissionais, entre si, entre chefias, e outros problemas que surpreenderam, pois foram muito além do que se havia proposto teoricamente para as reuniões.

Algumas respostas corroboram esta descoberta:

- Há dificuldades de comunicação entre equipe médica e enfermagem quanto à modificação de dosagem de medicamentos, exames, internamentos, resultados de exames e precauções a serem tomadas. Por exemplo: *“O residente pede para descer uma criança para exame, mas não avisou antes sobre o exame e que já o havia marcado”*.
- As enfermeiras que participam das reuniões clínicas todos os dias deveriam repassar à equipe o resumo do que foi discutido. *“Eu não sei sobre o prognóstico da criança; assim, se houver uma parada não sei o que fazer”*.
- Poderia ser criado um livro de recados, com o que se evitariam papezinhos, bilhetinhos, que esteticamente não ficam bem na unidade. *“Os bilhetinhos no mural do vestiário são feios, poderiam ser melhor elaborados e fixados de forma mais agradável à leitura”*.
- É preciso melhorar a orientação aos pais. Cite-se, como exemplo: *“As rotinas da unidade deviam ser melhor explicadas, como o horário em que podem permanecer na unidade, explicar mais detalhadamente a necessidade de lavar as mãos, quando for realizar algum procedimento”*.
- O serviço social poderia estar mais presente. *“O serviço social deveria explicar sobre a refeição aos pais, encaminhar para albergue”*.
- Muitos pais não respeitam a enfermagem, dificultando a comunicação. *“Tem mãe que duvida da medicação administrada, compara procedimentos*

com os de outras unidades em que a criança ficou internada e acha que o que fazemos está errado”.

- A psicologia poderia oferecer apoio emocional aos pais. Surgiu, por exemplo, a seguinte fala: *“Os pais não têm apoio emocional, seja em casos de crianças em fase terminal e outros que sabemos do mau prognóstico e que os pais não sabem”.*
- Quando realizada a transferência de pacientes para outras unidades, a equipe é recebida de maneira nada amistosa, não havendo interesse na passagem do plantão. *“A auxiliar diz: vai arrumando a criança que eu já volto. Contudo, quando volta não presta atenção na passagem do plantão”.*
- O estado de espírito de cada um influencia no cuidado e na comunicação: *“Tem dias que você não está bem consigo mesmo, tem problemas em casa e não quer falar com ninguém”.*
- Seria necessário utilizar brinquedos, toque e música para se comunicar com as crianças: *“Acho que temos que brincar mais com as crianças, mas tem muito trabalho para pouca gente”.*
- O choro da criança causa irritação: *“Quando a criança chora muito causa irritação, sendo difícil se controlar. Então é melhor não estar com ela”.*

Após todas responderem à questão norteadora, explicou-se que tentaríamos, juntas, encontrar respostas e modificações para alguns questionamentos e problemas apontados e que, nas próximas reuniões, aprenderíamos um pouco mais sobre comunicação.

SEGUNDA REUNIÃO – Foram discutidos elementos necessários para a comunicação: Emissor – Mensagem – Receptor.

Participaram 5 auxiliares de enfermagem. A exposição foi iniciada utilizando-se a brincadeira do telefone sem fio, a fim de que pudéssemos perceber que, por mais simples que seja a comunicação, muitas vezes esta pode sair distorcida, não atingindo seus objetivos.

A seguir foram apresentadas as funções da comunicação: investigação, informação, persuasão e entretenimento. À medida que eram feitas as explicações, pedia exemplos do dia-a-dia. Surgiram questionamentos sobre a melhor maneira de abordar o paciente e familiares, sobre como agir em determinadas situações, e exemplos de como nos comunicamos, até mesmo fora do ambiente hospitalar. Utilizamos o exemplo de uma criança que perdera a mãe há pouco tempo e encontrava-se emocionalmente desequilibrada. Uma das funcionárias achava que a criança estava chata e que não deveria agir daquela forma. Pedi

para que a funcionária refletisse sobre o seguinte: esta criança encontrava-se em um ambiente diferente, com pessoas que não conhecia, sentindo dor, fome, pois estava em jejum, sentindo falta do pai, dos irmãos, de sua casa, recentemente perdera a mãe. Assim, não seria natural agir da maneira que estava agindo? Será que não estava pedindo carinho, um toque, uma palavra amiga? Será que não deveríamos lhe oferecer apoio, tal como fizemos quando solicitamos a musicoterapeuta e verificamos bom resultado? Esta reflexão foi seguida do apoio dos colegas, que expressaram a necessidade de se colocar no lugar da paciente, identificar seus problemas e buscar soluções para resolvê-los.

Observou-se que a equipe estava motivada a esclarecer as dúvidas que trazia quanto aos diversos aspectos da comunicação na unidade, citando exemplos, refletindo sobre os casos do cotidiano e enfatizando a necessidade de se colocar no lugar do outro, para tentar efetivamente ajudá-lo.

TERCEIRA REUNIÃO – Os temas discutidos foram as comunicações verbal e não-verbal.

Participaram 5 funcionárias. Iniciou-se a exposição perguntando quais as formas que temos utilizado para nos comunicarmos. Concomitante às respostas foram sendo explicados conceitos teóricos sobre as formas de comunicação verbal e não-verbal. Busquei exemplificar a comunicação verbal e suas características (vocabulário, ritmo, entonação, clareza, brevidade, tempo e relevância), bem como a comunicação não-verbal e suas manifestações (expressão facial e corporal, toque, gestos manuais, entre outras).

Chegou-se à conclusão naquele momento de que, na maioria das vezes, nos comunicamos mais pela forma não-verbal que pela verbal, pois a criança percebe muito mais nossa expressão facial, o tom de nossa voz, que as palavras propriamente ditas.

Destacou-se também o brinquedo, incluindo aí o contar histórias, como uma forma de comunicação verbal eficaz na comunicação, pois o profissional se envolve no mundo da criança. Citou-se também o toque como primordial na comunicação não-verbal, principalmente com as crianças menores, que percebem e recebem melhor este tipo de comunicação.

Contudo, as participantes lembraram que as dificuldades para o desenvolvimento de uma comunicação muito mais humana com as crianças se devem ao limitado tempo de permanência com elas, pois segundo o grupo há falta de funcionários e excesso de trabalho.

QUARTA REUNIÃO – Foi utilizada a técnica expositiva, explicando a forma de comunicação nas várias fases da vida, como citam Potter e Perry (1996). Durante a exposição busquei envolver a equipe, através de vários exemplos do cotidiano.

Participaram desta reunião 4 funcionárias e 1 fisioterapeuta. Chegamos à conclusão de que muitas vezes não exploramos nossa potencialidade na comunicação, deixamos de tocar a criança, de lhe fazer carinho, de conversar antes da realização de procedimentos. Tornamo-nos, assim, tarefeiros e não cuidadores.

Para encerrar a atividade foram sorteadas frases sobre o cuidado que devemos ter para com a criança hospitalizada, tal como citado no suporte teórico por Campestrini (1991). Pedi para que cada uma expusesse o que entendeu e se esses questionamentos faziam parte de nossa realidade. Discutiu-se cada frase sorteada, e o que chamou a atenção foi a discordância quanto a aceitar a agressividade da criança. Num primeiro momento a maioria considerou que essa não era uma reação normal por parte das crianças, mas as colegas que discordavam de tal opinião expuseram exemplos, mostrando a questão de ser um ambiente diferente dos que são conhecidos pela criança, bem como os problemas de saúde e o enfrentamento dos procedimentos realizados. Assim, a agressividade poderia ser uma reação de defesa, a única disponível para a criança enfrentar a realidade que se impõe.

Um outro problema apontado foi o ambiente frio da UTI. Acreditam que um ambiente mais colorido, mais alegre, menos cinza e branco faria a criança sentir-se mais acolhida.

QUINTA REUNIÃO – Para esta reunião a opção foi refletir, com a equipe, situações do cotidiano, relacionando-as com os aspectos teóricos discutidos em reuniões anteriores. Nominamos esta reunião de: “Quando, como, respostas...”.

- 1 – Quando a mãe insiste muito sobre alguma coisa, você...
- 2 – Quando a criança está chorando demais, você...
- 3 – Quando o médico fala com a mãe e ela não entende, você...
- 4 – Quando uma criança lhe bate, você...
- 5 – A criança reluta em aceitar um procedimento e a mãe não colabora. Você...
- 6 – Você vai atender a criança e ela lhe diz palavrões. Você...
- 7 – Você já explicou para a família a rotina da unidade. Mesmo assim a família não colabora. Você...
- 8 – São 18 horas e a mãe não quer ir embora. Você...

Para desenvolver esta atividade, as questões acima foram colocadas dentro de bombons, distribuídos a todas as participantes. À medida que abriam e encontravam os papéis, pedia para que lessem e respondessem. Alguns discursos corresponderam ao ideal proposto pelos autores, tais como a resposta de uma participante, quando a mãe a questiona: “Quando a mãe insiste muito com perguntas sobre diagnóstico, peço para o médico vir explicar. Quando as questões são: ‘Por que ele está amarrado?’ ‘Não está na hora da medicação?’ ‘Ela está molhada, você não vai trocar?’; busco explicar o que está sendo realizado, que as medicações estão nos horários certos e que, se a criança está molhada, ela mesma poderá trocá-la”.

Contudo, alguns discursos como: “Quando a criança me bate seguro firme e olho bem dentro dos seus olhos. Explico que isto não se faz, que estou ajudando-a a melhorar” merecem maior atenção e novos encontros e debates sobre as respostas da criança ao ambiente hospitalar, que lhe é estranho, bem como às dores e sofrimentos pelos quais passa. Cite-se, também nesse contexto, a seguinte fala: “Explico o procedimento a ser realizado e por que estou fazendo isto para a criança. Se mesmo assim a mãe não colaborar peço para que saia por alguns minutos. Tudo isto vai depender do relacionamento que temos com a família. Devemos respeitá-los, mas eles também precisam saber que existem limites”.

Muitas foram as convergências e divergências nesta reunião, mostrando que as práticas educativas com a equipe de enfermagem são úteis para teorizar a prática e, a partir dela, melhorar a assistência às crianças. Contudo, é necessário que se aproximem do cotidiano, pois é a realidade refletida e criticada que é devolvida novamente à prática, mas agora modificada.

Foi possível perceber alguma modificação, pois muitas entenderam o objetivo e estão procurando realizar uma melhor comunicação com a criança e a família. Há, entretanto, muito para se explorar nesta temática.

SEXTA REUNIÃO – Neste último encontro, como havia sido verificado como necessidade no primeiro encontro do grupo, houve uma reunião com a chefe da unidade, para discutir problemas de comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe médica.

Buscando oferecer soluções aos questionamentos, repassei os resultados das discussões à enfermeira chefe da unidade, apresentados a seguir:

- A idéia de criar um caderno para recado foi comunicada às demais equipes de enfermagem, a fim de que estas pudessem opinar sobre a sua viabilidade.

- Sobre a questão de repassar o conteúdo discutido nas reuniões clínicas, foi sugerido que seja repassada às demais equipes de enfermagem, excetuando os dias em que há emergências.
- Quanto à equipe médica, as dificuldades serão relatadas para a enfermeira administrativa da unidade, que irá conversar com o chefe clínico da UTIP.
- Todo início de ano há reunião das enfermeiras com os novos residentes e doutorandos, com a finalidade de levantar problemas e traçar metas, será então, nesta ocasião, que se tratará da necessidade de plena comunicação entre equipe de enfermagem e equipe médica.

4 CONCLUSÃO

Os objetivos foram atingidos, pois as discussões foram produtivas e inovadoras. Percebeu-se que, além de constituir um estudo, este era um momento de reflexão e relaxamento, pois o ambiente da UTIP é bastante estressante.

O interesse pelo tema foi surpreendente, tanto que as pessoas que não participaram de todas as reuniões pediram para que estas se repetissem, pois queriam dar seqüência ao aprendizado. Quanto ao cronograma, foi um tanto difícil segui-lo, pois algumas vezes não pudemos desenvolver as atividades no horário proposto, outras vezes foi impossível reunir a equipe, devido a emergências e outros problemas na unidade.

Também foram surpreendentes algumas mudanças de comportamento por parte de alguns membros da equipe, que reformularam conceitos que traziam há tempo, modificando sua maneira de falar e agir com a criança. Muitos procuravam-me para discutir qual a melhor maneira de abordar a família e a criança em determinadas situações. Surgiram, por exemplo, os seguintes questionamentos: “O que posso fazer para me comunicar melhor com esta criança, que me agride cada vez que me aproximo?”; “Será que ela está assim devido ao hospital não ser seu ambiente conhecido?”; “O que posso fazer para que esta família entenda as normas da unidade e colabore?”

A experiência foi enriquecedora, a troca de experiências foi importante, e o que de início não se apresentou como problema era visto de outra forma pela equipe, que percebia dificuldades. Acredito que, para o futuro, seria importante trabalhar um momento de relaxamento para a equipe, em que discutiríamos assuntos como estresse, dificuldades de entrosamento com os colegas, nossas buscas no ambiente de trabalho, pois as técnicas e auxiliares mostraram-se

interessadas e à procura de modificações e aprimoramento, pontos estes primordiais para gerar mudanças.

ABSTRACT: The present study aims at retrieving the importance of communication in child care, as well as making the nursing team aware of the need for keeping appropriate communication with the pediatric patient. By improving communication with the patient, we'll be automatically deepening our knowledge and ways of thinking. This is especially important in child care. Several cases and problems were brought up, as a means to better visualize the difficulties found and search for solutions and more appropriate communication to deal with the varied situations faced on a daily basis in Child Intensive Care Unit (UTIP). The nursing team seems to be more concerned about communication with pediatric patients, aiming their well being and recovery while in Intensive Care Unit.

KEY WORDS: Communication; Nursing team.

REFERÊNCIAS

- 1 CAMPESTRINI, S. **Súmula pediátrica**. Curitiba: Educa, 1991.
- 2 DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- 3 DIAS, V. L. M. et al. Ações de estimulação à criança na unidade de tratamento intensivo pediátrico. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.9, n. 2, jul.1988.
- 4 DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4.ed., Rio Janeiro: Interamericana, 1978.
- 5 GUARESCHI, A.P.D.F.; MARTINS, L.M.M. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo v.31, n.3, p.423-436, dez.1997.
- 6 MENDES, I. A. C. et al. Padrão de comunicação entre pacientes num hospital governamental brasileiro. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.27, n.3, p. 403-412, dez, 1993.
- 7 MENEGHIN, P.; STEFANELLI, M. C.; CIANCARULLO, T. I. Comunicação na enfermagem em nível organizacional – questões e opções. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v.10, n.3, p115-120, set./dez.1991.
- 8 PICHON- RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- 9 POTTER, P. A., PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática – clínica e prática hospitalar**. 2.ed., São Paulo: Santos, 1997.
- 10 STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente teoria e ensino**. 2.ed., São Paulo: Robe, 1993.

Endereço do autor:
Av. Padre Anchieta, 1965/1201
80730-000 - Curitiba - PR
E-mail: janislei.stocco@terra.com.br