

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL EM ADULTOS COM TUBO OROTRAQUEAL*

NONVERBAL COMMUNICATION OF ADULTS WITH OROTRACHEAL TUBE

COMUNICACIÓN NO VERBAL EN ADULTOS CON TUBO OROTRAQUEAL

Ana Lúcia De Mattia¹
João Paulo Aché de Freitas Filho²
Cristiane da Silva Souza³
Kátia Cilene Gâmbaro³
Patrícia Ferreira Montassieur³

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, desenvolvido com o objetivo de identificar a forma de estabelecimento de comunicação não verbal entre o paciente com tubo orotraqueal (TOT) e a equipe multidisciplinar de saúde, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca de um hospital da rede filantrópica e privada da cidade de Santos, SP. A amostra foi constituída por 30 pacientes adultos, com tubo orotraqueal, conscientes, em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foi realizada uma observação estruturada, por meio de um instrumento com dados de identificação da amostra, motivos da internação e da comunicação não verbal. Quanto aos resultados, a maior frequência foi de pacientes do sexo masculino, com idade entre 50 e 60 anos. O diagnóstico médico mais frequente foi insuficiência coronariana em pós-operatório de revascularização do miocárdio e o tempo de permanência com o tubo orotraqueal de um dia. No que se refere à comunicação não verbal, o motivo foi a dor. Os tipos de comunicação mais utilizados foram a cinésica, com 26 (86,6%) pacientes, e a tacésica, com 14 (46,6%). Conclui-se, neste estudo, que há um grande esforço por parte da equipe de saúde para o estabelecimento da comunicação com paciente com tubo orotraqueal. Acreditamos que tais dificuldades poderiam ser minimizadas com a realização de reuniões com profissionais da saúde e o paciente, em períodos pré-operatórios, para orientações e simulações de comunicação não verbal; em motivos de maior frequência como dor, poderiam ser simulados em pré-operatório e aplicados no pós-operatório.

Palavras-chave: Comunicação; Enfermagem; Intubação Intratraqueal.

ABSTRACT

This is a descriptive, exploratory study that aims to recognize forms of non-verbal communication between adults with orotracheal tube and the health team. The study was carried out in a cardiac intensive care unit of a hospital at the city of Santos, São Paulo. The sample was composed of 30 conscious adult patients with orotracheal tube in postoperative cardiac surgery. We performed a structured observation to obtain data regarding the patients, the surgery and the reason of the nonverbal communication. Results show that patients were mostly males aged 50 to 60 years old in postoperative bypass surgery. The most common medical diagnosis was coronary failure. Mean time of orotracheal intubation was one day. The main reason for nonverbal communication was pain and the mostly used forms of communication were kinesics (86.6%) and tacesics (46.6%). We conclude that the health team makes a great effort to establish communication with these patients and we believe that these difficulties could be minimized with preoperative meetings in which patients would advise and simulate nonverbal communication in specific situations.

Key words: Communication; Nursing; Intubation; Intratracheal.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio exploratorio descriptivo realizado según el método cuantitativo con análisis absoluto y relativo de datos, presentación de gráficos y tablas. Su objetivo ha sido de identificar cómo se establece la comunicación no verbal entre los pacientes con tubo orotraqueal y el equipo multidisciplinario de salud. El estudio fue llevado a cabo en un importante hospital filantrópico privado de atención general de la ciudad de Santos. La Unidad de Terapia Intensiva Cardíaca, que cuenta con 10 camas, fue su campo de investigación. La muestra estuvo constituída por 30 pacientes adultos con tubo orotraqueal, conscientes, en postoperatorio de cirugía cardíaca. Fue realizada observación estructurada por medio de un instrumento con datos de identificación de la muestra, motivos de la internación y de la comunicación no verbal. Los resultados indicaron mayor frecuencia de pacientes varones entre 50 y 60 años, diagnóstico médico de insuficiencia coronaria en posoperatorio de revascularización del miocardio y un día de tiempo de permanencia con tubo orotraqueal. Lo que más motivo la comunicación no verbal fue el dolor; los tipos de comunicación más utilizados fueron la kinésica con 26 (86,6%) y la táctica con 14 (46,6%). Este estudio concluye que el equipo de salud dedica muchos esfuerzos para establecer la comunicación con el paciente con tubo orotraqueal. Estas dificultades podrían atenuarse con reuniones de profesionales de la salud y el paciente, en períodos preoperatorios, para orientar y simular la comunicación no verbal en motivos de mayor frecuencia como dolor: podrían simularse en el preoperatorio y aplicarse en el posoperatorio.

Palabras clave: Comunicación; Enfermería; Intubación Intratraqueal.

* Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Católica de Santos, 2005.

¹ Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. Professora Adjunta da EE/UFMG desde janeiro de 2009. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Santos, 2005. E-mail:almattia@uol.com.br.

² Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade Paulista, convidado da Universidade Católica de Santos. E-mail:jpache@terra.com.br.

³ Graduadas em enfermagem pela Universidade Católica de Santos, 2005. Enfermeiras da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

INTRODUÇÃO

Os serviços de terapia intensiva hospitalares destinam-se a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e restritos. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), objetiva-se observar e manter as funções básicas da vida. É uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada sob as melhores condições possíveis.¹

Recentemente, há avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas e na circulação extracorpórea que diminuem a morbimortalidade dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. O perfil desses pacientes tem mudado nos últimos anos. Cada vez mais, são encaminhados a cirurgias pacientes idosos, submetidos a cirurgia prévia, com disfunção sistólica ventricular, com patologias graves associadas, bem como pacientes com insucesso de angioplastias encaminhados em caráter de emergência. A esse fato adiciona-se que a circulação extracorpórea ocasiona alterações inflamatórias, metabólicas, de distribuição de líquidos e na coagulação sanguínea que repercutirão no pós-operatório imediato, sendo evidente a necessidade de uma atuação intensiva e programada de toda a equipe especificamente treinada para cuidar desse paciente.

A anestesia geral pode reduzir em até 20% a capacidade residual funcional pulmonar no pós-operatório, enquanto a circulação extracorpórea reduz a complacência pulmonar e as alterações gradiente alvéolo arterial que podem não retornar ao normal mesmo por alguns dias, havendo, assim, necessidade de suporte ventilatório com tubo orotraqueal (TOT) além de 48 horas após a cirurgia.²

Os objetivos da assistência respiratória são assegurar uma via aérea permeável, fornecer oxigênio suplementar e instituir ventilação com pressão positiva, quando a respiração espontânea for inadequada ou ausente. A intubação orotraqueal é o método ideal para o controle avançado de vias aéreas.³

A intubação endotraqueal refere-se à passagem de um tubo endotraqueal através da boca ou nariz, para dentro da traqueia. Pode ser utilizada por mais de três semanas quando, então, uma traqueostomia deve ser considerada para diminuir a irritação e o trauma ao revestimento traqueal, reduzir a incidência de paralisia das cordas vocais e do espaço morto mecânico.⁴

As implicações para a comunicação verbal-oral para esse paciente estão intimamente relacionadas à expressão de suas respostas às intervenções realizadas e às necessidades apresentadas no pós-operatório. As informações fornecidas pelo paciente nesse período constituem dados fundamentais para o planejamento e a implementação da assistência em saúde.

A importância de desenvolver estudos nesse sentido para a equipe de saúde e em especial para a enfermagem se refere à habilidade profissional em identificar com exatidão as respostas humanas emitidas

pelo paciente durante o período pós-operatório em que este esteja parcialmente privado da comunicação verbal usual.

A forma de classificar os tipos de comunicação varia; entretanto, deve-se considerar que esta não ocorre somente pela articulação de palavras, sendo possível expressar e ser compreendido, também, por meio de outros sinais denominados não verbais e que podem ser observados em todos os padrões de resposta humana, como “relacionar”, “perceber” e mesmo naqueles com características mais biológicas (cansaço, ansiedade, impaciência).

Nesse sentido, Horta⁵ afirma que a enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e “a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio”. Para que isso seja viável, é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, bem como a troca de informações em um processo de relação interpessoal profissional. Refletindo sobre essa afirmação e transpondo-a para a realidade de uma UTI, onde muitos pacientes necessitam de auxílio mecânico para a respiração, na maioria das vezes utilizando tubo orotraqueal, além de apresentarem alterações na comunicação verbal decorrente da perturbação da fala presença do tubo, chega-se aos seguintes questionamentos: Qual será a forma de comunicação entre a equipe multidisciplinar e o paciente com tubo orotraqueal? Será que a comunicação é frequentemente observada é eficiente?

Para este estudo, tem-se como hipótese que o paciente se expressa por quaisquer sinais da linguagem não verbal, como: olhar, mímica, sorriso, gestos, sendo que a eficiência da linguagem não verbal serve-se de outros veículos com a mesma finalidade.

Considerações gerais sobre comunicação e a comunicação interpessoal não verbal

Comunicar é uma necessidade vital. Pode-se até afirmar que a qualidade de vida do indivíduo depende, em grande parte, da sua capacidade de comunicação.⁶

A palavra “comunicar” origina-se do latim *communicare*, que significa pôr em conexão. A comunicação interpessoal pode ser definida como um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens. Para se estabelecer a comunicação, deve ocorrer um conjunto de elementos constituídos por um emissor (ou destinador), que produz e emite determinada mensagem, dirigida a um receptor (ou destinatário).⁷

Mas para que a comunicação se processe efetivamente entre dois elementos, deve a mensagem ser realmente recebida e decodificada pelo receptor, por isso é necessário que ambos estejam no mesmo contexto

(devem ambos conhecer os referentes situacionais), devem utilizar um mesmo código (conjunto estruturado de signos) e estabelecer efetivo contato por meio de um canal de comunicação. Se qualquer desses elementos ou fatores falhar, ocorre uma situação de ruído na comunicação, entendido como todo fenômeno que perturba de alguma forma a transmissão da mensagem e a sua perfeita recepção ou decodificação por parte do receptor.

A *comunicação verbal* refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita. A consciência de que aquilo que expressa é escutado e compreendido dá ao sujeito a certeza de que aquilo que comunica é acolhido. Aquele que não se sente acolhido e escutado pensa que ele próprio não é importante para os outros. A *comunicação não verbal*, por sua vez, não está associada às palavras e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, dentre outros sinais.⁷

A comunicação não verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização. Ajuda, ainda, a potencializar sua própria comunicação, como elemento transmissor de mensagens.⁷

Outro tipo de comunicação a ser destacado é a fisiológica, decorrente do relacionamento entre as diferentes partes do nosso corpo e a sua manifestação externa.

Os sinais da comunicação não verbal, conforme mencionado por Silva⁸, são classificados em:

- **Paralinguagem:** é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independentemente dos fonemas que compõem as palavras, os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito.
- **Cinésica:** é a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais.
- **Proxêmica:** é o uso que o homem faz do espaço como produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles.
- **Tacésica:** é tudo que envolve a comunicação tátil: pressões exercidas, locais onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. Está relacionada, também, com o espaço pessoal, a cultura dos comunicadores e as expectativas de relacionamento.

Na comunicação cinésica, o rosto é tido como o melhor “mentiroso” não verbal. Do corpo todo, é a zona da qual as pessoas têm maior consciência e em que as tentativas de controle são mais frequentes. Os sinais faciais podem ser classificados em quatro tipos⁸:

- *sinais estáticos:* não mudam ou mudam pouco durante a vida da pessoa;
- *sinais lentos:* estão relacionados com a idade, como rugas, pelos, manchas, queda e coloração dos cabelos;
- *sinais rápidos:* mudanças que ocorrem rapidamente no rosto, às vezes em questão de segundos, e são mais sutis, como o movimento e o tônus muscular, temperatura e coloração da pele, suor e dilatação da pupila;
- *sinais artificiais:* são assim chamados por interferir nos veículos dos sinais estáticos e lentos. Executando-se os óculos de grau, a maioria desses sinais é utilizada para aumentar a beleza ou combater as marcas da idade.

As configurações faciais podem ser descritas com base na divisão da face em três áreas: testa, olhos e boca. Ekman (apud Silva⁸) descreve sete emoções chamadas de puras:

- **alegria:** pálpebras levantadas, sorriso, olhar brilhante, levantamento das bochechas com fechamento do olho e levantamento da boca;
- **raiva:** testa enrugada verticalmente pela junção das sobrancelhas, olhos fechados e tensos ou abertos e firmes, boca tensa, mandíbula cerrada e pupila contraída;
- **nojo:** lábio superior levantado com acompanhamento ou não do lábio inferior, sobrancelha acentuada;
- **medo:** testa levantada com rugas horizontais, pálpebras fechando rapidamente ou abrindo-se excessivamente, rigidez, lábios finos e tensos com boca aberta ou não;
- **tristeza:** comissura labial voltada para baixo, sobrancelha oblíqua e choro;
- **surpresa:** abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas;
- **desprezo:** lábio superior com um dos cantos levantados e olhar de cima para baixo.

Outras emoções frequentes:

- **ansiedade:** suor na região frontal, palidez, rugas na fronte, morder os lábios ou a cutícula;
- **dor/incômodo:** olhos fechados, ruga na testa, lábios comprimidos, rigidez facial, comissura labial voltada para baixo, suor, frio e choro;
- **dúvida:** lábios em bico, inclinação lateral da cabeça, sobrancelhas erguidas;
- **interesse:** olhar em direção do objeto ou da pessoa, sorriso, meneio positivo da cabeça;
- **vergonha:** rubor na face, abaixar os olhos, mudança do foco do olhar, leve protrusão da língua, observação através dos cílios.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo identificar a forma de estabelecimento de comunicação não verbal entre o paciente com tubo orotraqueal e a equipe multidisciplinar de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Esta pesquisa é de natureza descritiva, exploratória. Utilizou-se o método quantitativo, não experimental, transversal, com análise de frequência absoluta e relativa dos dados e apresentação de gráficos e tabelas.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma instituição de saúde, hospitalar, da rede filantrópica e privada da cidade de Santos. O hospital é de grande porte, com atendimento geral. Foi campo de pesquisa a Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, a qual conta com dez leitos, para atendimento do paciente adulto e criança, no estado crítico.

População e amostra

A amostra foi composta por 30 pacientes adultos, portadores de tubo orotraqueal, conscientes e, em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Coleta de dados

Após o aceite da instituição, foi feito contato com a enfermeira responsável pela UTI cardiológica para consentimento e esclarecimentos, ocasião em que foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, iniciou-se a coleta de dados com os pacientes ou familiares que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 196/96.

A coleta de dados foi realizada por três estudantes de enfermagem do 7º período de uma universidade da rede privada da cidade de Santos, nos meses de maio e junho de 2005, nos períodos da manhã, tarde e noite.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados (Apêndice) contendo duas partes: a parte I contendo dados extraídos do prontuário médico do paciente, referente à identificação como sexo, idade, diagnóstico médico, cirurgia realizada e tempo com o tubo orotraqueal; a parte II contendo dados coletados por meio de observação estruturada. Na observação, buscou-se o motivo da comunicação e o profissional envolvido, bem como o tipo de comunicação não verbal utilizada pelo paciente (paralinguagem, cinésica, proxêmica ou tacêtica).

CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Identificação da amostra e permanência com TOT

Os resultados demonstraram que, na identificação da amostra, a maioria (66,6%) era do sexo masculino, na faixa etária entre 50 e 60 anos de idade, com diagnóstico médico de insuficiência coronariana em 22 (80,0%), os quais foram submetidos a revascularização do miocárdio.

Quanto ao tempo de permanência com o TOT, a maior frequência foi de um dia, com 18 (60,0%) dos pacientes, seguidas de dois dias, com 6 (20,0%) pacientes.

Motivos e tipos da comunicação não verbal

O motivo de maior frequência apresentado pelos pacientes foi a dor, que levou a uma comunicação não verbal do tipo cinésica.

TABELA 1 – Distribuição da frequência dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, com TOT, segundo motivos que os levaram à comunicação não verbal – Santos, 2005

Motivos da comunicação	Nº	%
Dor	12	40,0
Sede	6	20,0
Necessidade de afeto	5	16,6
Necessidade de orientação	7	23,3
Agitação	3	10,0
Total	33	-

Os motivos que levaram os pacientes a utilizar a comunicação não verbal estão representados na TAB. 1, na qual demonstra-se que a dor teve a maior frequência com 12 (40,0%) dos pacientes, seguida de necessidade de orientação, sede e necessidade de afeto. Estudos de psicologia social mostram que a expressão do pensamento se faz 7% com palavras, 38% com sinais paralinguísticos e 55% por meio dos sinais do corpo.⁷

TABELA 2 – Distribuição da frequência dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, com TOT, segundo o tipo de comunicação não verbal – Santos, 2005.

Tipos da comunicação	Nº	%
Paralinguagem	-	-
Cinésica	26	86,6
Proxêmica	-	-
Tacésica	14	46,6
Total	40	-

A TAB. 2 demonstra que cada paciente apresentou mais de um tipo de comunicação não verbal. O tipo mais utilizado foi a cinésica, utilizada por 26 (86,6%) pacientes. A cinésica é a linguagem do corpo, ou seja, dos movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça até as expressões mais sutis, como as faciais.^{7,8}

No que se refere ao profissional que atendeu o paciente em sua necessidade, estabelecendo uma comunicação, obtivemos que em 25 (83,3%) vezes o atendimento foi realizado por auxiliares de enfermagem, 7 (23,3%) por enfermeiros e 1 (3,3%) pelo fisioterapeuta.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Resolução nº 7.498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, "o enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente: cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco

de vida".⁹ Sendo que pacientes críticos, em pós-operatório de cirurgia cardíaca, a maioria dos atendimentos foi feita por auxiliares de enfermagem, havendo divergência com relação à legislação da enfermagem.

CONCLUSÃO

Demonstrou-se, nesta pesquisa, que a maioria dos pacientes com diagnóstico médico de insuficiência coronariana era do sexo masculino, com idade entre 50 e 60 anos, e estavam em pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio, sendo o tempo de permanência médio com o TOT um dia.

A comunicação não verbal foi motivada, na maioria das vezes, pela dor, estabelecida pela cinésica, seguida por tacésica, com o profissional auxiliar de enfermagem.

Os pacientes não utilizaram outros recursos não verbais como a paralinguagem ou mesmo a comunicação escrita. Os gestos do corpo e o "toque" foram as formas encontradas para o estabelecimento da comunicação não verbal.

Observou-se grande dificuldade dos profissionais da saúde em se comunicarem com pacientes portadores de TOT; assim, sentiu-se a necessidade da participação de profissionais como terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo para a realização de grupos de discussão para o restabelecimento da melhor forma de comunicação com os pacientes com TOT e o aperfeiçoamento de toda a equipe multidisciplinar.

Conclui-se, neste estudo, que há um grande esforço por parte da equipe de saúde para o estabelecimento da comunicação não verbal com paciente com TOT. Essas dificuldades poderiam ser minimizadas com a realização de educação em serviço com profissionais da saúde e o paciente, em período pré-operatório, para orientação e simulação de comunicação não verbal e aplicação no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Gomes AM. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: EPU; 1988.
2. Pitrez FAB, Pioner SR. Pré e pós-operatório: em cirurgia geral e especializada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. Paiva EF. Suporte avançado de vida em cardiologia. Dallas: Fundação Interamericana Del Corazon; 1999.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
6. Finkle P. Comunicar e dialogar: ou a arte de entender os outros sem mentir para si mesmo. Petrópolis: Vozes; 1996.
7. Weil P, Tompakow R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 42ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
8. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
9. Conselho Regional de Enfermagem-Coren-SP. Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: Coren; 2001.

Data de submissão: 5/12/2007

Data de aprovação: 12/6/2009

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Identificação da amostra																															
Sexo																															
Idade																															
Diagnóstico médico																															
Cirurgia realizada																															
Tempo de permanência do TOT																															
Comunicação																															
Motivo da comunicação																															
Profissional envolvido																															
Tipo de comunicação																															
Paralinguagem																															
Cinésica																															
Proxêmica																															
Tacésica																															