

## COMUNICADOR INTENSIVISTA INTERASSISTENCIAL (INTENSIVISMOLOGIA)

### I. Conformática

**Definologia.** O *comunicador intensivista interassistencial* é a conscin, homem ou mulher, profissional de Medicina Intensiva, cosmoético, empático, antiemotivo e parapsíquico, atuando na condição de arrimo energético grupal, responsável em reportar o estado de saúde do paciente internado em ambiente crítico ou de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para o próprio doente, ou para os familiares do mesmo, assim como noticiar a dessoma para o grupo intrafísico afim a tal consciência.

**Tematologia.** Tema central homeostático.

**Etimologia.** A palavra *comunicador* vem do idioma Latim, *communicator*, “aquele que comunica”. Surgiu no Século XIX. O termo *intensivo* deriva provavelmente do idioma Francês, *intensif*, “intenso; que provoca aumento de intensidade”, e este do idioma Latim Medieval, *intensivus*, “caracterizado por tensão, esforço”. Apareceu no Século XIX. O prefixo *inter* procede do idioma Latim, *inter*, “no interior de 2; entre; no espaço de”. O vocábulo *assistência* provém igualmente do idioma Latim, *assistentia*, “ajuda; socorro”, e este de *assistens* ou *adsistens*, participio presente de *assistere* ou *adsistere*, “estar ou conservar-se de pé junto a; estar presente; comparecer; assistir em juízo; assistir à cabeceira; estar ao pé do leito; estar à porta de alguém”. Surgiu no Século XVI.

**Sinonimologia:** 1. Comunicólogo intensivista interassistencial. 2. Comunicador interassistencial na UTI. 3. Porta-voz pacificador em terapia intensiva.

**Neologia.** As 3 expressões compostas *comunicador intensivista interassistencial*, *comunicador intensivista interassistencial inconsciente* e *comunicador intensivista interassistencial autoconsciente* são neologismos técnicos da Intensivismologia.

**Antonimologia:** 1. Comunicólogo intensivista egocêntrico. 2. Comunicador antiassistencial na UTI. 3. Porta-voz conflituoso em terapia intensiva.

**Estrangeirismologia:** a *Intensive Care Unit* (ICU); a *open mind*; o *speaker*; os *aftereffects* da notícia impactante.

**Atributologia:** predomínio das faculdades mentais, notadamente do autodiscernimento quanto à comunicação interassistencial.

**Megapensenologia.** Eis 3 megapenseses trivocabulares relativos ao tema: – *Comunicação: possibilidade terapêutica. Há comunicações interassistenciais. Inexiste terminalidade consciencial.*

**Proverbologia.** Eis citação pertinente ao tema: – *A função do médico é curar às vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre.*

### II. Fatuística

**Pensenologia:** o holopensene pessoal da comunicação interassistencial; o holopensene de abertismo consciencial predispondo à comunicação empática; o holopensene pessoal assistencial favorecendo o *rapport* com os amparadores extrafísicos nas comunicações críticas; o holopensene pessoal acolhedor no momento de noticiar a dessoma; a pensenidade positiva direcionada ao paciente e familiares; o holopensene da terapia intensiva favorecendo a qualificação da disponibilidade assistencial; o holopensene pessoal da saúde; os ortopensenes; a ortopensenidade; os nexopensenes; a nexopensenidade; os lateropensenes; a lateropensenidade; os benignopensenes; a benignopensenidade.

**Fatologia:** as angústias dos familiares amenizadas pela comunicação assistencial; a comunicação efetiva e afetiva minimizando dificuldades, incertezas e ansiedade; a empatia; o sorriso franco auxiliando no *rapport* com os assistidos; o ato de ouvir de modo sincero e atento; a ati-

tude de olhar firme nos olhos dos assistidos facilitando a comunicação interassistencial; a frieza assistencial no ato de comunicar informações impactantes; o ato de ouvir o familiar do paciente propiciando catarses; a comunicação com familiares auxiliando a equipe multidisciplinar na assistência ao paciente grave; a evitação de discursos e comentários desnecessários à beira do leito; a atitude de ver os familiares enquanto aliados para a resolução da doença somática do paciente em estado crítico; o fato de a comunicação interconsciencial poder ser momento pró-assistência; a atitude de esclarecer os procedimentos aos pacientes; a explicitação sincera ao paciente das consequências da não aceitação de determinado procedimento na UTI; a comunicação com o paciente permitindo avaliar o nível de conforto biopsicossocial; a utilização de ambiente intrafísico calmo para as comunicações verbais impactantes ou com potencial desestabilizador; a correta comunicação sobre a rotina da UTI no momento da admissão do paciente; a obstinação terapêutica pela falha na comunicação médico-paciente-familiares; a distanásia; a ortotanásia; as dificuldades na determinação do processo de terminalidade dentro da UTI; a intimidação do médico intensivista em prognosticar, frente às expectativas de pacientes e familiares; a insegurança do médico intensivista diante da subjetividade na determinação do prognóstico e as possíveis implicações legais sobre as decisões tomadas; a comunicação verbal e escrita médico-paciente-familiares minimizando as divergências entre Bioética e Direito; a evitação da influência do juízo de valores pessoais na conduta frente ao paciente grave; a radicalização na comunicação médica na UTI, funcionando ao modo de autodefesa patológica; a habilidade em lidar com as próprias emoções auxiliando o médico intensivista a trabalhar com a emocionalidade alheia; a falência múltipla de órgãos e sistemas (FMOS); o fato de lidar constantemente com a dessoria; a autossegurança do médico frente às mais amplas reações dos familiares após a notícia da dessoria; a comunicação do estado de morte encefálica (ME); a abordagem familiar visando a doação de órgãos; a comunicação da alta da UTI para o quarto ou enfermaria.

**Parafatologia:** a autovivência do estado vibracional (EV) profilático; as exteriorizações espontâneas de energias no momento da notícia da dessoria; a doação energética no abraço sincero e afetivo ao familiar em luto; a sinalética energética e parapsíquica pessoal; a assistência dos amparadores nas comunicações referentes aos pacientes críticos; os banhos energéticos no ato da comunicação das condições de gravidade somática, evidenciando a presença dos amparadores; a predisposição ao amparo extrafísico no momento das comunicações verbais na UTI; o papel da tenepes no atendimento ao paciente recém-dessomado; a continuidade na tenepes à assistência ao paciente em estado crítico; as parassincronicidades referentes aos assistidos na UTI; a assimilação simpática das energias do assistido; a interferência energética mútua entre profissionais, pacientes e familiares; a desassimilação simpática das energias; a autossustentabilidade energética potencializando a autoconfiança na comunicação interassistencial na UTI; a falta de desassim gerando o distanciamento patológico ao comunicar-se com os assistidos e familiares em ambiente de terapia intensiva; a ressaca energética pela ineficiência da desassim; a psicofera densa do paciente mal assistido contribuindo para os conflitos familiares; a leitura energética da má intenção do familiar ou pessoa próxima, interessado somente nos bens do paciente em estado grave.

### III. Detalhismo

**Sinergismologia:** o *sinergismo comunicação–interassistência–amparo extrafísico*; o *sinergismo autossegurança–objetividade–sinceridade*; o *sinergismo comunicação–autoconfiança–valorização do assistido*; o *sinergismo conhecimento técnico–autocognição–interassistência* potencializando a comunicabilidade; o *sinergismo saúde holossomática–intencionalidade fraterna–autexpressão cosmoética* do assistente; o *sinergismo prontidão assistencial–potencialização parapsíquica–assistência pontual* em ambientes críticos; o *sinergismo amparador do assistente–amparador do assistido*.

**Principiologia:** o *princípio de primeiro ouvir para depois falar*; os *princípios cosmoéticos* norteando a comunicabilidade sadia; o *princípio da autonomia* aplicado ao paciente portador de doença grave; o anacrônico *princípio do paternalismo na Medicina*, mantido apenas após

o consentimento obtido em diálogo aberto e sincero com paciente grave e familiares; o *princípio da assistência sem retorno*; o *princípio de o menos doente assistir ao mais doente*; o *princípio de ver o mal sem pensar mal*.

**Codigologia:** o *código de Ética Médica* (artigo 41); o *código Penal* (artigos 46 e 129); o *código grupal de Cosmoética* (CGC) aplicado à assistência aos pacientes graves; o *código pessoal de Cosmoética* (CPC) visando a qualificação da comunicação interassistencial.

**Teoriologia:** a *teoria da comunicação holossomática*; a *teoria da vida humana energosomática*; a *teoria da moratória existencial* (moréxis); a *teoria da evolução consciencial*; a *teoria da Seriexologia*; a *teoria da interprisão grupocármica*; a *teoria da primeira e segunda dessomas*.

**Tecnologia:** a *técnica de ouvir multidimensionalmente*; a *técnica do diálogo empático*; a *técnica de adequação da linguagem ao receptor*; a *técnica da omissão superavitária* aplicada à dosificação das informações ao paciente e familiares; a *técnica da regra mnemônica VALUE* (valorize; acknowledge; listen; understand; elicit questions) favorecendo o diálogo com a família dos pacientes em estado grave; a *técnica da probabilidade com a utilização de escalas* auxiliando a determinação e comunicação do prognóstico; a *técnica do acoplamento áurico*; a *técnica do estado vibracional*.

**Laboratoriologia:** o *laboratório conscienciológico do estado vibracional*; o *laboratório conscienciológico da sinalética parapsíquica*; o *laboratório conscienciológico da tenepes*; o *laboratório conscienciológico Acoplamentarium*; o *laboratório conscienciológico da Comunicologia*; o *laboratório conscienciológico da Pensenologia*; o *laboratório interassistencial-parapsíquico* dos ambientes de terapia intensiva.

**Colegiologia:** o *Colégio Invisível da Comunicologia*; o *Colégio Invisível da Conviviologia*; o *Colégio Invisível da Assistenciologia*; o *Colégio Invisível da Cosmoeticologia*; o *Colégio Invisível da Dessomatologia*; o *Colégio Invisível da Paradireitologia*; o *Colégio Invisível da Parapercepciologia*; o *Colégio Invisível dos Intensivistas*.

**Efeitologia:** a *comunicação médica assertiva e acolhedora* minimizando os *efeitos emocionais nos familiares*, decorrentes da presença de parente internado em estado grave; os *efeitos da psicofera positiva do assistente* favorecendo o otimismo, a esperança e a antivitimização do paciente grave, com repercussões no processo de cura; os *efeitos do discurso consistente* na transformação do conteúdo transmitido em entendimento do interlocutor; os *efeitos do diálogo franco e interassistencial* na diminuição das distâncias e fortalecimento dos laços entre médico, paciente e familiares; os *efeitos destruturadores imediatos da notícia impactante*, proporcionais ao preparo holossomático do assistido; o *efeito da desumanização da Medicina* promovido pelo avanço biotecnocientífico; os *efeitos do suporte avançado em terapia intensiva* na qualidade de vida dos pacientes graves e familiares.

**Neossinapsologia:** as *neossinapses geradas pela assistência em UTIs*.

**Ciclologia:** o *ciclo diário de passar leito a leito examinando e interagindo com os pacientes internados na UTI*; o *ciclo diário das conversas na beira de leito de UTI com os familiares dos pacientes em estado grave*; o *ciclo perguntas-respostas*; o *ciclo escutar-falar*; o *ciclo silêncio-escuta ativa-comunicação pontual*; o *ciclo demanda do assistido-demanda do assistente*; o *ciclo comunicacional de liderança alternada*.

**Enumerologia:** o *doente grave*; o *doente crítico*; o *doente instável*; o *doente sedado*; o *doente inconsciente*; o *doente incomunicável*; o *doente terminal*. O *comunicador assistencial*; o *comunicador solidário*; o *comunicador empático*; o *comunicador assertivo*; o *comunicador autoconfiante*; o *comunicador técnico*; o *comunicador parapsíquico*.

**Binomiologia:** o *binômio abertismo do assistente-necessidade do assistido*; o *binômio informações exatas-comunicação límpida*; o *binômio saber falar-saber calar*; o *binômio instrução-formação ética na educação médica*; o *egocentrismo evidenciado no binômio distanásia-obstinação terapêutica*; o *binômio médico experiente-prognóstico acertado*; o *binômio autexpressão-catarse*; o *binômio desapego-dessoma*.

**Interaciologia:** a *interação comunicação verbal-comunicação não verbal-comunicação interdimensional*; a *interação cortesia-compaixão-respeito* ampliando a satisfação com o atendimento hospitalar; a *interação profissional predisposto a assistir-paciente a ser assistido*; a *inte-*

*ração médico intensivista–médico assistente–paciente grave atuando na evitação da distanásia nas UTIs.*

**Crescendologia:** *o crescendo diálogos sucessivos–confiança mútua; o crescendo doses informacionais–luto antecipado–atenuação da notícia impactante; o crescendo interesse pelo outro–empatia–assim–comunicação interassistencial; o crescendo respeito–confiança–permissão–assistência; o crescendo autopenalidade positiva–psicosfera expandida–comunicação terapêutica.*

**Trinomiologia:** *o trinômio acolhimento–rapport–comunicação interassistencial; o trinômio apresentação física–psicosfera sadia–comunicabilidade; o trinômio médico–paciente–familiares na terapia intensiva; o trinômio comunicabilidade–intelectualidade–parapsiquismo; o trinômio comunicacional clareza–dinamismo–afetividade; a evitação do trinômio dispersão–interferências–interrupções na comunicação em UTI; o trinômio eutanásia–distanásia–ortotanásia.*

**Polinomiologia:** *o polinômio comunicação motivacional–esperança–energias positivas–potencialização da cura; o polinômio coronachaca–frontochaca–laringochaca–cardiouchaca na comunicação interconsciencial; o polinômio postura–olhar–voz–gesto; a evitação do polinômio patológico reatividade–competitividade–antagonismo–preconceito nas comunicações interconscienciais.*

**Antagonismologia:** *o antagonismo autismo consciencial / comunicação interassistencial; o antagonismo emocionalismo / comunicação assertiva; o antagonismo desatenção / interassistência; o antagonismo salvacionismo / ortotanásia; o antagonismo médico tanatofóbico / cuidados paliativos; o antagonismo reducionismo / humanização na UTI; o antagonismo distanásia / dignidade consciencial.*

**Paradoxologia:** *o aparente paradoxo dos cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva; o paradoxo da menor acurácia em prognosticar quanto mais intensa a relação médico–paciente; o paradoxo do médico carente de assistencialidade; o paradoxo da frieza assistencial; o paradoxo da heteroculpabilização mascarando a autculpa.*

**Politicologia:** *a interassistenciocracia; a democracia; a meritocracia; a evoluciocracia; a Política Nacional de Humanização (PNH).*

**Legislogia:** *a lei do maior esforço aplicada à comunicação assertiva, empática e interassistencial; a lei cosmoética do limite assistencial; a lei da interassistencialidade.*

**Filiologia:** *a comunicofilia; a verbofilia; a conviviofilia; a interassistenciofilia; a conscienciofilia; a sociofilia; a neofilia.*

**Fobiologia:** *a comunicofobia; a conviviofobia; a sociofobia; a conscienciofobia; a tanatofobia; a neofobia; a fobia à confrontação.*

**Sindromologia:** *a diminuição da incidência da síndrome do estresse pós-traumático a partir da comunicação interassistencial nas UTIs.*

**Mitologia:** *o mito de o ambiente de UTI não propiciar assistência através do uso da fala.*

**Holotecologia:** *a comunicoteca; a convivioteca; a assistencioteca; a cosmoeticoteca; a energeticoteca; a argumentoteca; a medicinoteca.*

**Interdisciplinologia:** *a Intensivismologia; a Comunicologia; a Interassistenciologia; a Dessomatologia; a Cosmoeticologia; a Conviviologia; a Energossomatologia; a Conscienciometrologia; a Consciencioterapia; a Parapercepciologia; a Paradiplomacia; a Bioética; a Medicina Paliativa; a Medicina Intensiva.*

#### IV. Perfilologia

**Elencologia:** *a conscin intensivista; a conscin parapsíquica; a conscin comunicóloga; a conscin empática; a conscin acolhedora; a conscin lúcida; a conscin enferma; a família nuclear; a equipe de profissionais de saúde; a isca humana lúcida; o ser desperto; o ser interassistencial.*

**Masculinologia:** *o comunicador intensivista interassistencial; o médico intensivista; o fisioterapeuta intensivista; o enfermeiro intensivista; o técnico de enfermagem; o psicólogo; o fo-*

noaudiólogo; o paciente grave; o paciente terminal; o paciente comatoso; o familiar; o acoplamentista; o amparador intrafísico; o intermissivista; o cognopolita; o compassageiro evolutivo; o completista; o comunicólogo; o conscienciólogo; o conscienciômetra; o consciencioterapeuta; o macrossômata; o conviviólogo; o dessomaticista; o duplista; o duplólogo; o proexista; o proexólogo; o reeducador; o epicon lúcido; o escritor; o evoluciente; o exemplarista; o intelectual; o reciclante existencial; o inversor existencial; o tenepessista; o ofiexista; o parapercepciologista; o pesquisador; o projetor consciente; o voluntário.

**Femininologia:** a comunicadora intensivista interassistencial; a médica intensivista; a fisioterapeuta intensivista; a enfermeira intensivista; a técnica de enfermagem; a psicóloga; a fonoaudióloga; a paciente grave; a paciente terminal; a paciente comatosa; a familiar; a acoplamentista; a amparadora intrafísica; a intermissivista; a cognopolita; a compassageira evolutiva; a completista; a comunicóloga; a consciencióloga; a conscienciômetra; a consciencioterapeuta; a macrossômata; a convivióloga; a dessomaticista; a duplista; a duplóloga; a proexista; a proexóloga; a reeducadora; a epicon lúcida; a escritora; a evoluciente; a exemplarista; a intelectual; a reciclante existencial; a inversora existencial; a tenepessista; a ofiexista; a parapercepciologista; a pesquisadora; a projetora consciente; a voluntária.

**Hominologia:** o *Homo sapiens communicologus*; o *Homo sapiens communicator*; o *Homo sapiens interlocutor*; o *Homo sapiens convivens*; o *Homo sapiens interassistens*; o *Homo sapiens fraternus*; o *Homo sapiens cosmoethicus*; o *Homo sapiens intensivus*.

## V. Argumentologia

**Exemplologia:** comunicador intensivista interassistencial *inconsciente* = aquele ainda manifestando o parapsiquismo despercebido nos ambientes de UTI; comunicador intensivista interassistencial *autoconsciente* = aquele vivenciando o parapsiquismo lúcido aplicado à assistencialidade nos ambientes de UTI.

**Culturologia:** a *cultura da comunicação interassistencial*; a *cultura do diálogo franco e sincero*; as *diferentes culturas* influenciando as discussões sobre o término da vida intrafísica.

**Amparadores.** Sob a ótica da *Amparologia*, o trafor da assistencialidade favorece o desenvolvimento parapsíquico pessoal. Onde há interassistência, existe o interesse dos amparadores extrafísicos, sendo a presença dos mesmos condição potencializadora das parapercepções do assistente, em função da necessidade dos assistidos.

**Sinalética.** Segundo a *Parapercepciologia*, a desatenção multidimensional pessoal nos trabalhos do dia a dia desfavorece o desenvolvimento da sinalética parapsíquica pessoal. *Existe parapsiquismo despercebido*. Não conhecer o sinal referente à presença do amparador pessoal ou de função não significa a não ocorrência do mesmo. A comunicação interdimensional acontece o tempo todo, esteja a conscin lúcida ou não.

**Comunicação.** Conforme a *Comunicologia*, a autexpressão, quando em bases interassistenciais, amplia a psicosfera pessoal, intensifica a força presencial, aumenta a conexão com os amparadores extrafísicos, predispondo a conscin aos fenômenos parapsíquicos.

**Arrimo.** As condições, citadas anteriormente, tornam a consciência intrafísica, em qualquer ambiente, arrimo energético grupal, mesmo de modo momentâneo, durante o ato de reportar os acontecimentos impactantes às demais consciências.

## VI. Acabativa

**Remissilogia.** Pelos critérios da *Mentalsomatologia*, eis, por exemplo, na ordem alfabética, 15 verbetes da *Enciclopédia da Conscienciologia*, e respectivas especialidades e temas centrais, evidenciando relação estreita com o comunicador intensivista interassistencial, indicados

para a expansão das abordagens detalhistas, mais exaustivas, dos pesquisadores, mulheres e homens interessados:

01. **Acolhimento hospitalar:** Interassistenciologia; Homeostático.
02. **Assistência sem retorno:** Interassistenciologia; Homeostático.
03. **Autexpressão:** Comunicologia; Neutro.
04. **Autoconsciência verbal:** Comunicologia; Neutro.
05. **Boca:** Somatologia; Neutro.
06. **Desinibição laringochacral:** Comunicologia; Neutro.
07. **Intensivista assistencial parapsíquico:** Intensivismologia; Homeostático.
08. **Interassistencialidade:** Assistenciologia; Homeostático.
09. **Interassistenciologia:** Conviviologia; Homeostático.
10. **Interlocução:** Coloquiologia; Neutro.
11. **Oportunidade de ajudar:** Interassistenciologia; Homeostático.
12. **Palavra:** Comunicologia; Neutro.
13. **Parapsiquismo despercebido:** Parapercepciologia; Neutro.
14. **Perfil assistencial:** Interassistenciologia; Homeostático.
15. **Socorrista multidimensional:** Assistenciologia; Homeostático.

**AO COMUNICADOR INTENSIVISTA INTERASSISTENCIAL IMPORTA A AUTEXPRESSÃO: FRANCA, MAS ACOLHEDORA; ANTIEMOTIVA, PORÉM AFETIVA; IMPACTANTE, TODAVIA ASSISTENCIAL, DENTRO DA PARADOXOLOGIA DAS UTIS.**

**Questionologia.** Para você, leitor ou leitora, na condição de profissional de terapia intensiva, os atos de comunicação com pacientes e familiares na UTI são vistos ao modo de oportunidade de assistir os interlocutores, ou ainda apresenta resistência em realizar tais ações? Em caso de inabilidade pessoal, como vem fazendo para melhorar tal situação?

**Bibliografia Específica:**

1. **Benjamin, Alfred;** *A Entrevista de Ajuda (The Helping Interview)*; int. C. Gilbert Wrenn; revisora Estela dos Santos Abreu; trad. Urias Corrêa Arantes; 208 p.; 7 caps.; 11 enus.; 28 questionários; 3 técnicas; 1 teste; 21 x 14 cm; br.; 11ª Ed.; *Martins Fontes*; São Paulo, SP; 2004; páginas 11 a 82 e 123 a 142.
2. **Moritz, Rachel Duarte;** Org.; *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*; apres. José Mário Teles; pref. José Eduardo de Siqueira; & Roberto Luiz D'Ávila; XVI + 120 p.; 11 caps.; 3 diagramas; 41 enus.; 3 escalas; 2 fichários; 3 fluxogramas; 15 ilus.; 2 questionários; 6 tabs.; 1 técnica; 196 refs.; 2 anexos; alf.; 21 x 14 cm; br.; *Atheneu*; São Paulo, SP; 2012; páginas 1 a 52.

C. I. M.