

NATÁLIA DAS GRAÇAS GARCIA PEREIRA

**COMUNICAÇÃO DE ENFERMEIRO / UTENTE NUM SERVIÇO
DE URGÊNCIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARIA DE FÁTIMA GOULÃO

Universidade Aberta de Lisboa

2008

NATÁLIA DAS GRAÇAS GARCIA PEREIRA

**COMUNICAÇÃO DE ENFERMEIRO / UTENTE NUM SERVIÇO
DE URGÊNCIA**

Dissertação apresentada para obtenção
do Grau de Mestre em Comunicação em
saúde, sob a orientação da Professora
Doutora Maria de Fátima Goulão

Universidade Aberta de Lisboa

2008

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Fátima Goulão pela sua disponibilidade, pela força que deu nos momentos de desânimo, pela paciência que demonstrou durante este período e gratidão pela sua sabedoria que manifestou na orientação deste trabalho de investigação.

Aos meus pais pelo amor, carinho, educação e incentivo para voar sempre mais alto. O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade, com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Ao meu marido António José pelo apoio, dedicação e colaboração, que sempre me fez ver, que sem dificuldades não existe beleza na vida, os erros são o modo que a vida tem de nos ensinar.

À minha filha Cátia pelo seu amor e dedicação manifestada durante este percurso, que sempre me fez ver que o conhecimento humano começa com a intuição.

Aos meus colegas do serviço em especial á enfermeira Rosa, pela disponibilidade, interesse e colaboração que manifestaram no decurso deste trabalho.

RESUMO

Contrapondo a uma visão mecanicista da enfermagem, cuidando o indivíduo a partir de uma abordagem biológica, sem olhar às dimensões psicológica, histórica e cultural, existe hoje em dia uma outra visão mais humanista, em que o utente deve ser visto no seu todo. Nesta abordagem assume particular destaque o tipo de comunicação que se estabelece entre o enfermeiro e o utente.

Este estudo teve como objectivo estudar a comunicação de enfermeiro / utente, em contexto de serviço de urgência, (Balcão Hospital Nossa Senhora do Rosário E. P. E.), com a finalidade de saber em que medida a interacção com o utente interfere no processo de cuidar, assim como, se interfere na qualidade de cuidados e satisfação dos utentes. Para tal, fez-se um estudo exploratório descritivo.

Utilizaram-se duas amostras, cada uma com trinta sujeitos e a interacção de cinco enfermeiros em contexto de trabalho. Na recolha de dados foram utilizados o questionário e a observação participante. A análise dos dados para o questionário foi feita através de tratamento estatístico. No caso da resposta aberta e da observação das interacções recorreu-se à análise do conteúdo, utilizando a metodologia da Ground Theory.

As conclusões evidenciam uma orientação do cuidado de enfermagem para a pessoa, tendo sido identificadas duas dimensões, a concepção do cuidado de enfermagem e a comunicação, que se interligam, parecendo haver nos sujeitos do estudo uma orientação de predominância para o paradigma da transformação. A informação é todavia apenas um elemento da comunicação que deverá estar ajustada às características psicológicas do utente.

Palavras-chaves: Saúde, comunicação interpessoal, informação, cuidar

SUMMARY

Opposing to a mechanistic view of nursing, which cares for the individual from a biological approach, without regarding the psychological, historical and cultural dimensions, there is nowadays one more humanistic vision, in which the patient must be seen as a whole. In this approach is especially highlighted the type of communication established between the nurse and the patient.

This study was to investigate the communication nurse / patient, in the context of the emergency room, (Balcão Hospitalar Nossa Senhora do Rosário E.P.E.), in order to learn to what extent the interaction with the patient interferes in the process of caring, so as if interferes with the quality of care and customer satisfaction. To this end, it was made a descriptive exploratory study.

Two samples were used, each with thirty subjects and the interaction of five nurses in the employment context. In collecting data were used the survey and participant observation. Data analysis for the questionnaire was done by statistical treatment. In the case of open response and the observation of the interactions it appealed to the analysis of the content, using the methodology of Ground Theory.

The findings show an orientation of the nursing care for the person, and were identified two dimensions, the design of the nursing care and communication, which interconnect there seem to exist in the subjects of the study the dominance for the paradigm of transformation. The information is, however, only one element of communication that should be tailored to the psychological characteristics of the patient.

Keywords: Health, interpersonal communication, information, care

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	4
SUMMARY.....	5
ÍNDICE DE QUADROS.....	9
ÍNDICE DOS DIAGRAMAS.....	9
ÍNDICE DAS TABELAS.....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	10
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	16
1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	16
2. OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	18
3. ORGANIZAÇÃO.....	18
4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	19
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1. COMUNICAÇÃO HUMANA.....	20
1.1.COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL.....	20
1.2. TEORIAS DA COMUNICAÇÃO.....	24
1.3. FACTORES INIBIDORES E FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO.....	41
2. CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	47
2.1. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	47
2.2. A ENFERMAGEM COMO CIÊNCIA HUMANA.....	53
2.3. A NATUREZA DO CUIDAR.....	56

3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	61
3.1. O QUE É COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (perspectivas ...)	61
3.2. A PERTINÊNCIA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	64
3.3. A COMUNICAÇÃO COM O UTENTE.....	67
3.3.1. Factores inibidores e facilitadores.....	71
3.3.2. Comunicação e grau de satisfação.....	79
CAPÍTULO 3 – ESTUDO EMPÍRICO.....	82
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO: IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA PROBLEMÁTICA.....	82
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	82
1.1.1. Visão, Missão e Valores.....	82
1.1.2. Caracterização do Serviço de Urgência.....	84
1.1.3. Espaço Físico / Recursos Materiais do serviço de Urgência.....	84
1.1.4. Recursos Humanos.....	86
1.1.5. Metodologia de Trabalho.....	86
1.1.6. Afluência de Utentes.....	86
1.2. SERVIÇO DE ENFERMAGEM E FILOSOFIA ASSISTENCIAL.....	87
1.2.1. Enquadramento Legal do Desempenho.....	87
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	88
2.1. POPULAÇÃO.....	89
2.1.1. AMOSTRA.....	89
2.1.1.1. Caracterização da amostra dos enfermeiros.....	90
2.1.1.2. Caracterização da amostra dos utentes.....	93
2.2. TIPO DE ESTUDO.....	97
2.3. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS.....	99
2.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	100
2.5. PROCEDIMENTOS.....	102
2.6. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	105
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	109
3.1. AMOSTRA DOS ENFERMEIROS.....	109
3.1.1. Dimensão da Concepção do Cuidado de Enfermagem.....	109
3.1.1.1. <i>Variáveis inerentes á Subcategoria Informação.....</i>	111

3.1.1.2. Variáveis inerentes á Subcategoria Ensino.....	115
3.1.1.3. Variáveis inerentes á Subcategoria a Prestação de Cuidados de Enfermagem.....	119
3.1. 2. Dimensão Comunicação.....	123
3.1.2.1 Variáveis inerentes á relação de ajuda.....	124
3.1.2.2 Variáveis inerentes clarificação.....	127
3.1.3. Que implicações tem a comunicação na qualidade de cuidados de enfermagem?.....	131
3.2. AMOSTRA DOS UTENTES.....	144
3.2.1. Dimensão da Concepção do Cuidado de Enfermagem.....	145
3.2.1.1 Variáveis inerentes à subcategoria Informação.....	145
3.2.1.2 Variáveis inerentes á subcategoria Ensino.....	148
3.2.1.3 Variáveis inerentes à subcategoria Prestação de Cuidados.....	151
3.2.2. Dimensão Comunicação.....	155
3.2.2.1 Variáveis inerentes à subcategoria Relação de Ajuda.....	156
3.2.2.2 Variáveis inerentes à subcategoria Clarificação.....	160
3.2.3 Avaliação da Prestação de Cuidados de Enfermagem pelo Utente.....	162
3.3. O PROCESSO DE INTERACÇÃO ENFERMEIRO /UTENTE a partir da observação.....	167
4. DISCUSÃO DOS RESULTADOS.....	177
CONCLUSÃO.....	186
BIBLIOGRAFIA.....	190
ANEXOS	
ANEXO I – QUADRO DE REFERÊNCIA PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	199
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO.....	204
ANEXO III – QUESTIONÁRIO DOS ENFERMEIROS.....	207
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DOS UTENTES.....	211
ANEXO V – SUPORTE DE ANÁLISE DAS NOTAS DE CAMPO.....	215

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro nº 1 – Caracterização dos paradigmas da prestação de cuidados de enfermagem.....	52
Quadro nº 2 – Distribuição dos serviços Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.....	86
Quadro nº 3 – Distribuição da amostra pela subcategoria Informação (Enfermeiros).....	111
Quadro nº 4 – Distribuição da amostra pela subcategoria Ensino (Enfermeiros).....	116
Quadro nº5 – Distribuição da amostra pela subcategoria Prestação de Cuidados de Enfermagem (Enfermeiros).....	120
Quadro nº 6 – Distribuição da amostra pela subcategoria relação de Ajuda (Enfermeiros).....	124
Quadro nº 7 – Distribuição da amostra pela subcategoria Clarificação (Enfermeiros).....	128
Quadro nº 8 – Unidades de Registo inerentes aos segmentos de texto.....	131
Quadro nº 9 – Distribuição da amostra na subcategoria Informação (Utentes).....	145
Quadro nº 10 – Distribuição da amostra na categoria Ensino (Utentes).....	148
Quadro nº 11 – Distribuição da amostra na subcategoria Prestação de Cuidados de Enfermagem (Utentes).....	151
Quadro nº 12 – Distribuição da amostra na subcategoria Relação de Ajuda (Utentes).....	156
Quadro nº 13 – Distribuição da amostra na subcategoria Clarificação (Utentes).....	160
Quadro nº 14 – Distribuição da amostra na avaliação da prestação de cuidados de Enfermagem pelos utentes.....	162

ÍNDICE DOS DIAGRAMAS

Diagrama nº 1 – Processo de Concepção do Cuidado de Enfermagem (Enfermeiros).....	110
Diagrama nº 2 – Processo de Comunicação (Enfermeiros).....	123
Diagrama 3 – Processo de Concepção do cuidado de enfermagem (Utentes).....	144
Diagrama 4 – Processo de Comunicação enfermeiro/utente (Utentes).....	155
Diagrama nº 5 – Processo de Interação Enfermeiro/ Utente na observação.....	167

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Movimento de doentes de 2004 – Maio de 2006.....	84
Tabela nº 2 – Distribuição das subcategorias na Concepção do Cuidado de Enfermagem (enfermeiros).....	110
Tabela nº 3 – Distribuição das subcategorias na Comunicação (enfermeiros).....	123

Tabela nº 4 – Distribuição das subcategorias na Concepção do Cuidado de Enfermagem (utentes).....	144
Tabela nº 5 – Distribuição das subcategorias na Comunicação (utentes).....	155

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Evolução do número de urgências.....	86
Gráfico nº 2 – Distribuição da amostra por género – Enfermeiros.....	90
Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra por idade – Enfermeiros.....	91
Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra por anos de serviço.....	91
Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra pelos anos de serviço na urgência.....	92
Gráfico nº 6 – Distribuição da amostra por género – Utentes.....	93
Gráfico nº 7 – Distribuição da amostra por grupo etário – Utentes.....	94
Gráfico nº 8 – Distribuição da amostra por freguesia de residência.....	94
Gráfico nº 9 – Distribuição da amostra por Centro de Saúde de Apoio.....	95
Gráfico nº 10 – Distribuição da amostra por Estado Civil.....	95
Gráfico nº 11 – Distribuição da amostra por habilitações literárias.....	96
Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra por Actividade Profissional – Utentes.....	96
Gráfico nº13 – Distribuição da amostra pela informação dada aos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem.....	112
Gráfico nº 14 – Distribuição da amostra pela informação dada aos familiares ou pessoas mais próximas dos utentes.....	113
Gráfico nº 15 – Distribuição da amostra pela informação sobre os recursos da comunidade.....	114
Gráfico nº 16 – Distribuição da amostra pela informação dada em como utilizar os serviços de saúde.....	114
Gráfico nº 17 – Distribuição da amostra pelo ensino relativo às necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem.....	117
Gráfico nº 18 – Distribuição da amostra pela informação escrita, fornecida ao utente sobre os assuntos que considera pertinentes.....	117
Gráfico nº 19 – Distribuição da amostra pela explicação ao utente sobre os cuidados que presta e a necessidade dos mesmos.....	118
Gráfico nº 20 – Distribuição da amostra pela adaptação da linguagem ao nível cultural do utente.....	119
Gráfico nº 21 – Distribuição da amostra pela prestação cuidado de enfermagem garantindo a privacidade do utente.....	120

Gráfico nº 22 – Distribuição da amostra pela prestação de cuidados de enfermagem ao utente em ambiente calmo e confortável.....	121
Gráfico nº 23 – Distribuição da amostra pela valorização das opiniões dos utentes nas intervenções de enfermagem.....	121
Gráfico nº 24 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em o informar o utente sobre os recursos físicos do serviço.....	125
Gráfico nº 25 – Distribuição da amostra pelo atendimento imediato quando solicitado pelo utente enquanto espera pela consulta médica.....	125
Gráfico nº 26 – Distribuição da amostra pela atenção à comunicação verbal e não verbal enquanto atente os utentes, família ou acompanhante.....	126
Gráfico nº 27 – Distribuição da amostra pela valorização dos problemas dos utentes.....	127
Gráfico nº 28 – Distribuição da amostra pelo desejo em compreender o utente e acompanhante.....	128
Gráfico nº 29 – Distribuição da amostra pela ajuda ao utente em clarificar a queixa que o levam à urgência.....	129
Gráfico nº 30 – Distribuição da amostra pela procura em saber se o utente compreendeu as informações e em caso negativo repete a informação.....	129
Gráfico nº 31 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Informação”.....	132
Gráfico nº 31A – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Informação” e Anos de Serviço.....	133
Gráfico nº 31B – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Informação” e Anos de Serviço na Urgência.....	133
Gráfico nº 32 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Ensino”.....	134
Gráfico nº 32A – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Ensino” e Anos de Serviço.....	135
Gráfico nº 32B – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Ensino” e Anos de Serviço na Urgência.....	135
Gráfico nº 33 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Prestação de Cuidados”... ..	136
Gráfico nº 33A – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Prestação de Cuidados” e Anos de Serviço.....	137
Gráfico nº 33B – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Prestação de Cuidados” e Anos de Serviço na Urgência.....	137
Gráfico nº 34 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Relação de Ajuda”.....	139
Gráfico nº 34A – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Relação de Ajuda” e Anos de Serviço.....	141
Gráfico nº 34B – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Relação de Ajuda” e Anos de Serviço na Urgência.....	141

Gráfico nº 35 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Clarificação”.....	142
Gráfico nº 35A – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Clarificação” e Anos de Serviço.....	143
Gráfico nº 35B – Distribuição da amostra para o cruzamento da subcategoria “Clarificação” e Anos de Serviço na Urgência.....	143
Gráfico nº 36 – Distribuição da amostra pelas informações fornecidas pelos enfermeiros, necessárias ao seu estado de saúde.....	145
Gráfico nº 37 – Distribuição da amostra pelas explicações dadas pelos enfermeiros aos familiares ou às pessoas mais próximas relativas ao estado de doença e como podiam ajudar.....	146
Gráfico nº 38 – Distribuição da amostra pelas informações transmitidas pelo enfermeiro sobre os serviços que tem à sua disposição.....	146
Gráfico nº 39 – Distribuição da amostra pela informação dada pelo enfermeiro sobre a forma como utilizar o serviço de saúde disponível.....	147
Gráfico nº 40 – Distribuição da amostra pelo ensino do enfermeiro em lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem.....	148
Gráfico nº 41 – Distribuição da amostra pelo ensino feito pelo enfermeiro de forma compreensível.....	149
Gráfico nº 42 – Distribuição da amostra pela informação escrita fornecida pelo enfermeiro sobre os assuntos de que o informavam.....	149
Gráfico nº 43 – Distribuição da amostra pela explicação dada pelo enfermeiro sobre os cuidados prestados.....	150
Gráfico nº 44 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em manter privacidade quando lhe expressava as suas queixas.....	151
Gráfico nº 45 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro na prestação de cuidados em ambiente calmo e confortável.....	152
Gráfico nº46 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em preservar a intimidade enquanto presta cuidados.....	152
Gráfico nº 47 – Distribuição da amostra pela demora do enfermeiro em dar resposta às solicitações/pedidos.....	153
Gráfico nº 48 – Distribuição da amostra pela ajuda dada pelo enfermeiro na resolução de burocracia do serviço.....	153
Gráfico nº 49 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em apresentar o serviço enquanto esteve à espera de ser atendido.....	156
Gráfico 50 – Distribuição da amostra pelo apoio e ajuda obtida do enfermeiro enquanto esteve à espera de ser atendido na consulta médica.....	157
Gráfico nº 51 – Distribuição da amostra pela simpatia do enfermeiro.....	157

Gráfico nº 52 – Distribuição da amostra pela importância dada pelo enfermeiro aos seus problemas.....	158
Gráfico nº 53 – Distribuição da amostra pela paciência mostrada pelo enfermeiro no atendimento do utente.....	159
Gráfico 54 – Distribuição da amostra pela verificação do enfermeiro se compreendeu bem a informação.....	160
Gráfico nº 55 – Distribuição da amostra pela explicação clara dada pelo enfermeiro da sua situação.....	161
Gráfico nº 56 – Distribuição da amostra pela forma como se avalia os conhecimentos que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava.....	162
Gráfico nº 57 – Distribuição da amostra pela forma como se avalia o acolhimento dos enfermeiros no serviço de urgência do hospital.....	163
Gráfico nº 58 – Distribuição da amostra pela forma como se avalia o atendimento que teve no serviço de urgência do hospital.....	163
Gráfico nº 59 – Distribuição da amostra pela avaliação dos conhecimentos do enfermeiro.....	164
Gráfico nº 60 – Distribuição da amostra pela avaliação do acolhimento.....	165
Gráfico nº 61 – Distribuição da amostra pelo atendimento no serviço de urgência.....	165

INTRODUÇÃO

Muitas das questões científicas tiveram origem na tradição grega da filosofia ocidental. Aristóteles e Platão estavam profundamente intrigados com a natureza do espaço, do tempo, com a natureza da substância e viviam questionando-se. Nós questionamo-nos sob a comunicação.

A capacidade de comunicar, de transmitir ideias, experiências e sentimentos permitiu á raça humana desenvolver-se.

Na enfermagem a comunicação faz parte integrante da prática, quer como receptor quer como emissor. Na sua actividade profissional espera-se que tenha a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz, quer com os utentes e família, quer com toda a equipa multidisciplinar na qual se insere.

Admissão hospitalar para alguns utentes assinala um momento que põe cobro á vida habitual, transportando a pessoa para um acontecimento simultaneamente estranho e assustador. Perry (1999) alerta para todos os membros da equipa abordarem os utentes com cortesia, profissionalismo, disponibilidade e compreensão.

Quando a admissão hospitalar representa para o utente um acontecimento traumático, suscita sem dúvida emoções fortes que de acordo com Goleman (1997) interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. Segundo o autor, as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara. Daí a necessidade na comunicação interpessoal de informações de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário.

É difícil dar a informação adequada sem perguntar às pessoas o que pretendem saber e tentar compreender o seu ponto de vista. Relativamente aos doentes recém-hospitalizados é muito importante usar a comunicação aberta, sendo o estabelecimento de uma relação, condição prévia essencial à troca de informações. Os doentes necessitam de orientação quanto à geografia do serviço, designadamente da zona

sanitária, e dos nomes das pessoas que vão cuidar deles. Se o enfermeiro que os receber se mostrar interessado em saber quais as reacções ao internamento e principais preocupações, sentir-se-ão mais apoiados e haverá partilha de informação adequada (Corney, 1991). Nesta altura será, provavelmente, muito apreciada uma informação sobre a cronologia das ocorrências que se prevêem. Como algumas das informações serão certamente esquecidas pelo doente, que está ansioso, será uma boa ajuda, fornecer folhetos escritos com as informações mais pertinentes. É importante compreender, que para a maior parte dos utentes, a necessidade de recorrer a um hospital são de marcada ansiedade, pelo que necessitam que a informação seja repetida.

Também a primeira familiarização com os profissionais pode criar no doente uma impressão duradoura sobre as suas atitudes e prioridades. Rodrigues (1999:31) refere que as primeiras impressões são as que mais perduram e é “*no momento da admissão que o doente se sente mais inseguro e desprotegido*”. É importante transmitir a sensação de que se pretende responder a quaisquer perguntas sempre que elas sejam colocadas. A compreensão das relações da dor e sofrimento com a estrutura de significações pessoais, facilita assim o desenvolvimento de estratégias mais eficazes, dirigidas no sentido do alívio do sofrimento e intervindo na diminuição da ansiedade. Daí a necessidade de uma atitude empática e motivada para estar com o doente, permitindo assim quebrar a tendência a um isolamento e minimizar uma das causas de sofrimento na doença, que é como afirma McIntyre, citada por Gameiro (1999: 30), “*a pessoa sentir que o seu mal-estar não é reconhecido e validado pelos profissionais de saúde*”.

Em síntese as atitudes do enfermeiro estariam impregnadas de atenções positivas, no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor na cascata de emoções negativas vivenciadas perante o confronto com a doença.

Ao reflectir sobre esta temática, ou seja a introspecção é de acordo com Dalai Lama (2001) uma ferramenta inestimável para a mudança por proporcionar lições a aprender e descobertas a fazer, pareceu-nos ter sentido estudar a forma como comunicamos. Ora se uma pessoa não é matéria, mas um ser relacional e interdependente, onde a confluência de identidade pessoal e social se manifesta de múltiplas formas de linguagem, como diz Damásio, (1995:17) “*as emoções e os sentimentos são a base daquilo que os seres humanos têm descrito desde á milénios como alma ou espírito humano*”.

CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Neste capítulo consideramos, o que está na mira do nosso processo de investigação e assim justificamos, com a problemática do estudo, os objectivos que nos propusemos concretizar, a organização e as limitações do estudo.

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Ao reflectirmos sobre a profissão de enfermagem e o seu papel na sociedade como educador, pensamos que quanto maior for a relação de empatia entre profissionais de saúde e o utente mais fácil será mudar atitudes e comportamentos dos enfermeiros.

Numa abordagem bioantropológica da interacção enfermeiro – cliente, Lalanda (1988:32) refere que *“ao abordarmos o domínio dos cuidados de enfermagem, nos defrontamos com uma realidade que sendo específica é também pública, pois envolve outros indivíduos para além dos enfermeiros e reflecte-se na própria instituição em que ocorre. Assim devemos olhar a prática dos cuidados de enfermagem como uma interacção social na qual o enfermeiro comunica com outro ser comunicante, com quem se relaciona”*. Daí a comunicação merecer a reflexão dos profissionais de saúde, para que se obtenha melhores níveis de satisfação dos intervenientes durante o processo de tratar e cuidar.

Tal como nos diz Canário (1994:27) *“(...) é necessário fazer do exercício de trabalho, objecto de reflexão (...)”*. A reflexão não é um fim em si, mas um meio, que permite visualizar novas formas de intervir.

A forma como comunicamos em enfermagem é uma ferramenta indispensável, não chegam os conhecimentos científicos. Alguns autores estudaram a comunicação, e chegaram à conclusão, que a comunicação interpessoal é tão comum na nossa vida como andar ou respirar, pelo que muitas vezes só pensamos nela quando as coisas correm mal. A maioria das pessoas considera que comunicar não requer qualquer esforço, mas é altamente complexo e exige conhecimentos. Como discutir ideias com pessoas com visões do mundo completamente distintas das nossas? Como responder a um amigo com problemas?

Estas e outras questões surgiram e pensamos que é através do cuidar que se estrutura o papel do enfermeiro. Ajudar, consiste entre outras coisas, em utilizar da melhor maneira as funções de facilitador, o que vai muito além da execução de técnicas, abrangendo o campo da relação que o enfermeiro estabelece com o cliente, a forma e finalidade terapêutica com que a utiliza (Chalifour, 1989). Isto leva-nos a prestar cuidados de enfermagem, não só limitados à doença, mas à relação que existe entre as capacidades, possibilidades e recursos da pessoa e daqueles que a cercam.

Partindo duma perspectiva intra-psíquica em cuidados de enfermagem, Peplau (1990:50) descreve os cuidados de enfermagem “*como um processo interpessoal terapêutico, que se concretiza numa relação humana entre uma pessoa com necessidade de ajuda e um enfermeiro com preparação adequada para reconhecer a sua necessidade e lhe fornecer a resposta esperada. Desenvolvido num clima de respeito, confiança e aprendizagem, este processo terapêutico torna-se numa força de crescimento e desenvolvimento para ambas as partes*”.

CUIDAR constitui a base da profissão de enfermagem, mas sem comunicação não é possível.

A utilização de uma comunicação terapêutica permite ao enfermeiro planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria com o utente, que se torna o centro de atenção. A não utilização deste tipo de comunicação, dificulta a formação da relação, não se tornando um parceiro, mas um receptor passivo de cuidados. Daí o enfermeiro necessitar de uma grande capacidade de observação e habilidades de comunicação para permitir a expressão verbal do utente e ser capaz de interpretar a sua comunicação não verbal.

Como afirma Habermas, citado por Lucien Sfez (2000:14) “*a comunicação está no cerne do vínculo social ...em sociedade é impossível não comunicar, uma comunicação não só transmite informação, como impõe um comportamento*”.

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Ao reflectirmos no que atrás foi dito surgiu a seguinte pergunta de partida:

- “ *Como é que a comunicação de enfermeiro / utente no serviço de Urgência interfere no Cuidar?*”

Esta questão central foi subdividida nas seguintes questões:

- Que tipo de interacção se estabelece entre enfermeiro / utente no serviço de Urgência?
- Qual a relação existente entre informação fornecida pelo enfermeiro no balcão e o grau de satisfação do utente?
- Que implicações a comunicação tem na qualidade dos cuidados de enfermagem?

Como objectivos pretendemos:

- Estudar a comunicação entre enfermeiros e utentes;
- Saber se a comunicação interpessoal se reflecte no grau de satisfação dos utentes;
- Contribuir para melhorar o atendimento no serviço no qual o estudo foi desenvolvido.

3. ORGANIZAÇÃO

O presente trabalho está organizado em três capítulos:

- Capítulo 1 – A construção e justificação do estudo, descreve a problemática, os objectivos e limitações do estudo.
- Capítulo 2 – O enquadramento teórico aborda aspectos teóricos que consideramos pertinentes para nos apetrechar para a nossa pesquisa de investigação, esta parte constitui por si um referencial conceptual que justifica e alimenta o processo de investigação.
- Capítulo 3 – O estudo empírico, faz a contextualização do estudo com identificação da área problemática, opções metodológicas e respectiva fundamentação. Apresentação e discussão dos resultados.

Por último o nosso trabalho apresenta a conclusão do estudo, bem como a bibliografia que serviu de base ao presente e os respectivos anexos.

4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pensamos que a limitação deste estudo se prende com o facto das conclusões se limitarem à população estudada, importa não esquecer que tratando-se de uma amostra de conveniência, os resultados só dizem respeito às amostras estudadas, não podendo os resultados serem generalizados.

A limitação temporal, pela pouca disponibilidade de tempo para efectuar a investigação em virtude de exercer uma actividade profissional.

De ordem pessoal, a inexperiência de investigador, não tendo conhecimentos sobre a Ground Theory o que exigiu uma pesquisa sobre o método e respectivos procedimentos.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo temos como objectivo, a contextualização de forma sucinta no âmbito da temática em estudo.

1. A COMUNICAÇÃO HUMANA

1.1. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

A comunicação é uma necessidade inerente a qualquer ser humano, que todos reconhecem, mas poucos sabem definir satisfatoriamente.

O que é a comunicação?

É falarem uns com os outros, é a televisão, é divulgar informação, é o nosso penteado, é a crítica literária. Poderá dizer-se que a comunicação humana é algo multifacetada, sendo uma prática nas relações sociais, central para a vida da nossa cultura. Sem a comunicação toda e qualquer cultura morrerá.

O pensamento pode ser visto sob uma forma de diálogo, que pode ser explícito ou implícito Pierce citado por Netto, (2003) encarava a sua teoria como uma análise comunicacional, pois diálogos explícitos entre duas ou mais pessoas, ou implícitos através do pensamento ou monólogo interior, são expressões da relação tríada entre o signo, o objecto e o interpretante.

Os estudos específicos em comunicação não são recentes. No século III A.C. Aristóteles já estudava a comunicação interpessoal dirigida para determinada audiência. Os estudos sobre a retórica, desenvolvidos pelos sofistas, enfatizavam a transmissão da informação como processo de persuasão, composta por três elementos básicos: *locutor*, *discurso* e *ouvinte*.

LOCUTOR – a pessoa que fala (quem)

DISCURSO – o que é dito (diz o que)

OUVINTE – a audiência (a quem)

O modelo clássico triatómico definido por Aristóteles é fundamentado na formulação da teoria para os estudos de comunicação. Este sistema linear perdura até os dias actuais:

FONTE → MENSAGEM → RECEPTOR

No início do século XX surgem as primeiras preocupações em estudar os fenómenos da comunicação e as novas tecnologias na sociedade urbana industrial. A mídia impressa estava formada, o cinema e a rádio popularizaram-se nos anos 50 e com o surgimento da televisão, ocorrem grandes transformações na produção, circulação e recepção das mensagens midiáticas. Mas é na primeira metade do século XX que ocorrem grandes mudanças, quando se intensificam as pesquisas quantitativas para responder às necessidades do mercado. A publicidade utiliza estratégias para aumentar o consumo dos produtos industriais, a propaganda política e os estudos de opiniões deram novos rumos às pesquisas em comunicação. Foi então que surgiram as primeiras pesquisas sistematizadas no campo da comunicação, com o objectivo de conhecer os efeitos dos meios da comunicação de massa.

Comunicação é uma palavra que vem do latim *communicare*, que tem o significado de: *trocar opiniões, partilhar, tornar comum, conferenciar*.

Não existe uma definição de consenso para comunicação, sabemos que no acto de comunicar os signos e os códigos estão presentes. Podemos afirmar que os signos e os códigos são transmitidos e nesse processo de remeter ou receber signos e códigos dá-se o acto de comunicar. Por isso podemos afirmar que toda a comunicação envolve signos, significantes, significados, descodificações entre locutor e ouvinte.

Qualquer acto de comunicação é impulsionado por vários sistemas de ligações que se completam em diversas situações e adequadamente à nossa percepção. O acto de beijar, “a mãe” é diferente do beijo “na namorada, na esposa, na filha, no afilhado, na amiga e na vizinha”, a utilização de uma cor, a forma de vestir, a apresentação física, passam uma informação imediata e causam impressão que é de imediato avaliada pelos outros, sendo a imagem um instrumento de comunicação. Todo o acto de comunicar tem a sua dimensão sócio-cultural.

A comunicação pode também ser realizada através do contacto físico (*abraços, beijos, relações sexuais, carinhos etc.*) e da expressão corporal (*acenos, olhares, choros, risos, gestos, etc.*). É uma prática efectuada através dos diferentes sistemas simbólicos.

É ilimitada a capacidade do homem em comunicar tanto verbalmente como não-verbalmente.

Bateson (1981), citado por Ramos (2004:297) diz que “*A comunicação é determinada pelo contexto na qual se inscreve e este contexto envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, o espaço na qual se situa a interacção e a situação que coloca em relação aos protagonistas. O contexto constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interacção*”.

Os teóricos da comunicação diferenciam linguagem, de pistas não verbais. As palavras são separadas pela qualidade vocal, tom, expressões faciais, posturas e movimentos corporais. Na comunicação interpessoal existem distinções artificiais. As conversas são orais, não podem existir palavras sem pistas não verbais, (Pearce, 1994). Para nós não existe a linguagem separada da personificação na forma do orador. A invenção do alfabeto fonético levou à diferenciação entre linguagem e comunicação não verbal. Este evento na história humana permite-nos colocar palavras numa página, despindo-as de uma voz, corpo, relações interpessoais e contexto situacional na qual ocorrem e passá-las a outras gerações.

Autores Watzlawck, Beaven & Jackson (1973) mencionam cinco axiomas na comunicação humana. Ou seja os axiomas são estruturas básicas que regulam todo o processo da comunicação e são:

1. Não se pode não comunicar;
2. Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e de relação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é uma metacomunicação;
3. A natureza de uma relação está na contigência da pontuação das sequências comunicativas entre os comunicantes;
4. Os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A linguagem digital tem uma sintaxe lógica complexa e poderosa, mas carente de adequada semântica, ao

passo que a linguagem analógica possui semântica, mas não tem uma sintaxe adequada para a definição;

5. Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, as quais se baseiam na igualdade ou na diferença.

Em resumo, a mensagem rege-se por regras da linguagem. Não é só, um aparato de fonética que se transmite, como todo o corpo, a gestualidade, a postura corporal e as mesmas acções expressam mais que as próprias palavras. É mesmo impossível não comunicar porque todo o comportamento é comunicação.

O homem é um fenómeno social que avança no campo científico e tecnológico.

1.2. TEORIAS DE COMUNICAÇÃO

Os estudos para um melhor conhecimento científico, tecnológico e cultural da comunicação têm despertado interesses em várias áreas, conseqüentemente são muitos os conceitos e modelos propostos.

A investigação sobre a comunicação poderia subdividir-se em três áreas: *sintáctica*, *semântica* e *pragmática*, as quais permitem estudarem a *semiótica*.

- A sintáctica explora os problemas que derivam da transmissão de informação. O seu interesse é nos códigos, regras de pontuação, ruídos enquanto factores perturbadores da comunicação, as redundâncias, os canais de comunicação, a capacidade de transmitir com as pessoas, entre outros. Aqui não interessa o significado das mensagens.
- A semântica observa-se que toda a comunicação, pressupõe um acordo com os significados que damos às palavras, e se não existe clarificação, questiona-se acerca do que se quer transmitir.
- A pragmática analisa como a comunicação afecta a conduta e todo o comportamento humano.

Jurgen Habermas (1989), filósofo alemão, desenvolve a teoria do **Agir Comunicativo**. Privilegia o entendimento da linguagem verbal ou não-verbal como ponto focal do estudo do fenómeno comunicacional. Para ele, a comunicação seria um agir, isto é um comportamento, uma expressão humana observável e identificável. A aplicação da hermenêutica, tão defendida pelo autor, implicaria procurar os significados nos actos comunicacionais. O sujeito observador identifica a ocorrência de determinado agir, descreve-o, explica o seu provável conteúdo semântico e procura compreender o que significa no contexto social de sua existência. O mesmo autor chamou a atenção para o problema do entendimento mútuo, sem o qual não se completaria o acto comunicacional. A análise deste implicaria pesquisar a intenção do falante, o estabelecimento de uma relação interpessoal entre o falante e o ouvinte e a significação do acto como expressão da existência de algo no mundo.

Rejeita a possibilidade da empatia como solução do dilema, porque não acredita na possibilidade real de nos colocarmos inteiramente no lugar do outro. (Habermas, 1989:

47) acredita que “*todas interpretaciones são interpretaciones racionales*”. O que impõe a necessidade do intérprete de recorrer a padrões reconhecidos pelos envolvidos como racionais. Adverte por contradição, que os padrões usados no processo podem não ter a racionalidade pretendida. No contexto da comunicação são considerados racionais, os sujeitos que fazem uma afirmação e são capazes de defendê-la perante uma crítica, com evidências pertinentes. Na sua teoria relaciona a comunicação ligada a actos de fala e tem como fundamento essencial básico esclarecer as condições que precisam de ser satisfeitas em qualquer acção comunicativa na linguagem natural. Este filósofo na sua teoria do agir comunicativo abordou questões como a moral e a ética no processo comunicacional. Habermas não tem os mesmos conceitos de moral e de ética que fazem parte do senso comum. Para ele, interessa a moral e a ética pragmáticas, derivadas da práxis social, que se realizam por meio do discurso. O autor procura compreender os padrões consensuais do comportamento comunicacional que as classes e grupos sociais validam como justos. Outro aspecto a ser destacado é o da crítica do autor à crença na universalidade dos princípios normativos.

Utilizando a mesma hermenêutica de Habermas, da racionalidade dos actos comunicacionais, quando ocorrem em contextos de crise e diferenciações, questionamos. É possível existir um agir comunicacional orientado para o entendimento mútuo em situação de profunda fragmentação social, política e cultural? Podem-se usar teorias, em contexto muito diverso para explicar actos comunicacionais na nossa realidade? O acto comunicacional pode-se estabelecer fora de qualquer padrão de racionalidade e todavia ser aceite natural socialmente? Porque damos mais valor à verbalização e deixamos para segundo plano outros tipos de comunicação?

Barnett Perce e Vernon Cronem, na sua obra “*Communication Action and Meaning*” (CMM) em 1980, estudam um modelo de análise e de interpretação da comunicação humana. Este modelo de análise parte de uma perspectiva do construcionismo social na qual a comunicação é vista como um processo social necessário. O objectivo deste modelo é permitir aos participantes terem uma conjugação de acções e uma sequência lógica na conversação, terem uma coordenação na comunicação. De acordo com o CMM, a comunicação é um fluir de interacções entre pessoas no contexto de uma conversação. Parte do princípio, que todos os significados trocados são fruto de um

processo de construção, nos quais as pessoas participam. Cada uma reconhece e faz uso do padrão cultural na sociedade em que se insere. Consciente do seu auto-conceito ou identidade que interage com outro, exige uma relação e cada contacto ocorre como um acontecimento particular ou episódio. As conversações que estabelecemos são um produto e produtor de jogos de interacções que construímos e reconstruímos. Segundo Pearce (1994) a comunicação é entendida como:

- ❖ Um processo reflexivo sistémico – a sequência de acontecimentos são importantes e o significado dos acontecimentos deriva da sua localização na sequência.
- ❖ Integrador das actuações coordenadas dos seus actores, dinamizadas pelo passado, presente e futuro dos seus mundos sociais.
- ❖ Em relação à moralidade assume uma posição que se apoia mais na acção do que nas entidades preexistentes. Por se partir da premissa de que os mundos sociais em que vivemos são estruturados em redes complexas, de obrigações morais.

Nesta perspectiva a comunicação deve dirigir a atenção aos recursos comunicacionais das pessoas, que modelam e guiam as práticas, de maneira subtil. Os recursos exprimem-se em práticas porque compreendem uma lógica do significado e acção, que define o que é obrigatório, legítimo, dúbio ou proibido. Esta lógica exerce a força que impele as pessoas a interpretarem acontecimentos de uma maneira e não de outra, a repararem numas coisas e não outras Pearce (1989).

O funcionamento da comunicação baseia-se em três aspectos universais da condição humana: coerência, coordenação e mistério. São a forma como os participantes interpretam o seu ambiente a sua experiência e interagem com quem os rodeia.

Pearce, (1989: 31) escreve sobre o funcionamento da linguagem “*estes aspectos não são simples opções com as quais as pessoas se podem ou não comprometer, ou variáveis que podem ou não estar presentes; eles são sobretudo aspectos constituintes do significado de se ser humano*”. Assim o acto comunicacional pode ser analisado pela 1ª pessoa, a partir de dentro onde o próprio negocia permanentemente as suas acções com

o outro. Na 3ª pessoa o observador presencia os padrões interactivos dos interlocutores, que é o que o grupo vai analisar.

John Fiske (1995), outro teórico da comunicação, no seu estudo sobre a comunicação, refere três pressupostos básicos:

1. Toda a comunicação envolve signos e códigos. «Os signos são artefactos ou actos que se referem a algo que não eles próprios, ou seja, são construções significantes. Os códigos são os sistemas nos quais os signos se organizam e determinam a forma como os signos se podem relacionar uns com os outros».
2. Os signos e os códigos são transmitidos ou tornados acessíveis a outros e transmitir ou receber signos/códigos/comunicação é a prática das relações sociais.
3. A comunicação é central para a vida da nossa cultura: sem ela, toda e qualquer cultura morrerá. Consequentemente, o estudo da comunicação implica o estudo da cultura na qual ela se integra.

Fiske (1990) refere duas escolas: *a processual* e *a semiótica*.

A processual vê a comunicação como a *transmissão de mensagens*. Estuda o modo como os emissores e os receptores codificam e descodificam. Vê a comunicação como um processo pelo qual uma pessoa afecta o comportamento ou o estado de espírito de outra. Tende a aproximar-se das ciências sociais, da psicologia e da sociologia, debruçando-se sobre os actos de comunicação. Em suma define a interacção social como um processo pelo qual a pessoa se relaciona com outras ou afecta o comportamento, estado de espírito ou reacção emocional de outra e vice-versa.

A semiótica vê a comunicação como uma *produção e troca de significados*. Estuda o modo como as mensagens ou textos, interagem com as pessoas de modo a produzir significados, e o papel dos textos na cultura. Considera que quando existe, por vezes fracasso na comunicação, poderá ter origem nas diferenças culturais entre o emissor e o receptor. Tende a aproximar-se da linguística e das disciplinas de arte. Em suma define

a interação social como aquilo que constitui o indivíduo como membro de uma cultura ou sociedade determinadas.

Elas divergem naquilo que constitui a mensagem. A escola processual, diz que a mensagem é o que é transmitido pelo processo de comunicação, a intenção é crucial para decidir o que constitui a mensagem, que pode ser explícita ou implícita, consciente ou inconsciente, ou seja é o que o emissor nela coloca, independentemente dos meios utilizados. Para a semiótica (ciência dos signos e significados), a mensagem é uma construção de signos, que pela interação como o receptor produzem significados. O emissor como transmissor da mensagem perde importância, a ênfase vira-se para o texto e para a forma como é lido. Ler é o processo de descobrir significados, tendo presentes aspectos da sua experiência cultural, relacionados com os códigos e os signos que formam o texto.

Assim as duas escolas da comunicação divergem entre si, pelo menos em cinco aspectos fundamentais: definição de comunicação, afinidade com determinados grupos disciplinares, definição de interação social, definição de mensagem e definição de código. Além destas divergências, é necessário ter em conta as consequências que derivam delas, em particular o papel atribuído à intencionalidade.

Desta problemática teórica decorrem muitas teorias e modelos da comunicação, dos quais destacaremos alguns **modelos processuais**: os modelos de Shannon e Weaver (1949), de Gerbner (1956), de Lasswell (1948), de Newcomb (1953), de Westley e Maclean (1957), e de Jakobson (1960), que falamos de forma sucinta.

➤ **O modelo de Shannon e Weaver (1949)**

É um processo linear, no qual apresentam a comunicação como a transmissão de mensagens entre dois pólos. Não se preocupam com o significado das mensagens é precisamente o conteúdo da informação que é o portador de valor.

A comunicação assenta em:

- Fonte de informação – produz mensagens, qualquer sequência de mensagens, destinadas a serem comunicadas ao seu destino. Estas podem ser palavras transmitidas oralmente ou escritas, imagens, músicas, entre outras;

- Transmissor – transforma as mensagens em sinal susceptível de ser transmitido pelo canal;
- Canal – do ponto de vista técnico, o meio de transmissão á distância, no caso do telefone, o canal é o fio, o sinal a corrente eléctrica que passa nele, o transmissor e receptor são auscultadores do telefone. Numa conversa, a boca é o transmissor, o sinal são as ondas sonoras e o ouvido do interlocutor (o receptor);
- Fonte de ruído – o responsável pelas interferências que prejudicam, a transmissão perfeita;
- Receptor – age exactamente como o transmissor, mas em sentido inverso. Descodifica a mensagem, ou seja recebe o sinal transmitido e repõe-o numa forma da emissão original;
- Destino – indica o ponto de chegada das mensagens.

No seu estudo identificam 3 níveis de problemas:

- Os técnicos, com que precisão se pode transmitirem os símbolos de comunicação? Preocupado com a qualidade, da transmissão da informação.
- Os semânticos, com que precisão os símbolos transmitidos transportam o significado pretendido? Aqui entram em jogo factores culturais. Incidido sobre os significados da informação para a fonte e destinatário.
- De eficácia, com que eficácia o significado recebido afecta a conduta de maneira desejada? Aborda a influência da informação sobre o destinatário.

Os três níveis não são herméticos mas estão interligados. Por exemplo o ruído independente da origem (canal, receptor ou emissor) limita a quantidade de informação, enviada numa determinada situação ou determinado tempo. Shannon e Weaver acrescentam dois conceitos a *redundância* e a *entropia* à informação. A redundância é aquilo que numa mensagem é previsível ou convencional. A entropia é o oposto. Na comunicação a redundância não só é útil como absolutamente vital. Assim a redundância ajuda a superar os problemas práticos da comunicação, que podem estar associados à detecção de erros ortográficos, ao canal, ao ruído, à natureza da mensagem ou à audiência. Enquanto a entropia constitui um problema na comunicação.

Sociologicamente, ao nível das relações sociais, a redundância reforça os laços sociais e mostra que somos uma comunidade que partilha das mesmas atitudes, dos mesmos significados sociais. Vemos as coisas da mesma maneira. Isso tanto reafirma os nossos laços sociais com os outros, como o nosso sentido de justiça da nossa visão do mundo. A redundância é geralmente uma força a favor do status quo e contra a mudança. A entropia é menos confortável, mais estimulante, talvez mais chocante, mas mais difícil de comunicar com eficácia.

➤ **O modelo de Gerbner (1956)**

Mantém no seu modelo o processo linear, mas relaciona a mensagem com a realidade, permitindo tratar questões de percepção e de significação. Encara o processo de comunicação com duas dimensões, a perceptiva ou receptiva e a comunicante ou de meios. O processo de comunicação começa com um acontecimento A, com algo da realidade externa que é percebido por M (pessoa ou máquina). A percepção que M tem de A é a percepção A1. Esta é a dimensão perceptiva que se encontra no início do processo de comunicação. A relação entre A e A1 envolve uma selecção, na medida em que M não pode possivelmente perceber toda a complexidade de A. A percepção humana não é uma simples recepção de estímulos, mas um processo de interacção ou negociação. Os estímulos externos são enquadrados em conceitos ou padrões internos do pensamento. Este enquadramento permite-nos perceber algo e conferir-lhe um significado. Isto significa que o significado deriva do enquadramento de estímulos externos em conceitos internos. Este enquadramento é controlado pela nossa cultura, na medida em que os nossos conceitos internos (ou padrões de pensamento) se desenvolveram como resultado da nossa experiência cultural. Assim, pessoas de diferentes culturas perceberão a realidade de maneira diferente. A percepção não é somente um processo psicológico, mas também uma questão cultural. A dimensão vertical verifica-se quando a percepção A1 é convertida num sinal sobre A — SA. A mensagem mais não é que um sinal ou uma afirmação sobre o acontecimento. O círculo que representa esta mensagem divide-se em dois: o S refere-se à mensagem como um sinal, à forma que ele assume e o A refere-se ao seu conteúdo.

O modelo inclui os agentes humanos e mecânicos no processo de comunicação.

➤ **O modelo de Lasswell (1948)**

É mais um modelo de comunicação de massas. Continua a ser linear, vê a comunicação como transmissão de mensagens, mas levanta a questão do efeito em vez da significação. O efeito implica uma mudança observável e mensurável no receptor, mudança causada por elementos identificáveis no processo. Afirma para compreender os processos de comunicação é preciso responder às seguintes questões: Quem? ; Diz o quê?; Em que canal?; A quem?; Com que efeito? Tendo como finalidade estabelecer a análise dos actos comunicativos.

Baseia-se em três premissas consistentes:

- É um processo assimétrico, com um emissor activo que produz estímulo para um público receptor passivo;
- É um processo comunicativo intencional, tendo por objectivo obter um determinado efeito observável e susceptível de ser avaliado;
- É um processo em que os papéis do emissor e do receptor surjem isolados, independentemente das relações sociais, culturais e situacionais em que se realiza o acto comunicativo.

A comunicação é o resultado de uma relação entre dois sujeitos, um activo e o outro passivo: o primeiro (Quem) diz a sua mensagem (Diz o quê), através de um meio (Em que canal), ao segundo quem (A quem), com determinadas consequências (Com que efeitos).

➤ **O modelo de Newcomb (1953)**

O modelo de Newcomb é triangular e o seu principal interesse reside no facto de ser o primeiro modelo a introduzir o papel da comunicação numa sociedade ou numa relação social.

Para Newcomb, o papel da comunicação numa sociedade consiste em manter o equilíbrio no interior do sistema social. O modelo funciona da forma seguinte: A e B são o comunicador e o receptor; podem ser indivíduos, ou o patronato e o sindicato, ou

o governo e o povo. X faz parte do seu ambiente social. ABX é um sistema, o que significará que as suas relações internas são interdependentes: se A muda, B e X mudarão também, ou, se A mudar a sua relação com X, B terá que mudar a sua relação ou com X ou com A. O sistema só está em equilíbrio quando A e B têm atitudes semelhantes relativamente a X; caso contrário, a comunicação entre A e B ficará sob pressão até que cheguem a um acordo sobre X. Este acordo é fundamental, sobretudo quando ocorrem mudanças em X: devemos ter uma informação adequada sobre o nosso ambiente social para sabermos como lhe reagir e para identificarmos na nossa reacção factores que possamos partilhar com os parceiros do nosso grupo, subcultura ou cultura.

➤ **O modelo de Westley e Maclean (1957)**

Westley e MacLean transformaram o modelo de Newcomb, adaptando-o especificamente aos mass media. Fizeram duas alterações:

- Introduziram um elemento novo, C, que é a função editorial-comunicativa, isto é, o processo de decidir o quê e como comunicar;
- Alargaram o modelo, regressando assim à conhecida forma linear dos modelos centrados na comunicação como processo de transmissão de mensagens.

No modelo de Westley e MacLean, X encontra-se mais próximo de A do que de B e as setas são unidireccionais. A torna-se mais próximo do codificador de Shannon e Weaver e C adquire alguns elementos do transmissor. X é fragmentado para mostrar a sua natureza multifacetada (fragmentação de X).

Quando aplicam o modelo especificamente à comunicação de massas, Westley e MacLean alargam ainda mais o triângulo de Newcomb e no diagrama resultante, A pode ser visto como um repórter que envia uma história a C, a redacção do seu jornal/rádio/televisão. Os processos editorial e de publicação/gravação (que estão contidos em C) trabalham então essa história e transmitem-na a B, o público. Neste modelo, B perdeu qualquer experiência directa ou imediata de X, visto que perdeu uma relação directa com A.

Segundo Westley e MacLean, os mass media ampliam o meio ambiente social com que B precisa de se relacionar e fornecem, ao mesmo tempo, os meios através dos quais essa relação ou orientação se opera. Westley e MacLean conservam a ideia de Newcomb de que uma orientação partilhada na direcção de X é um motivo para a comunicação e prevêem oportunidades restritas para o feedback. Contudo, inverteram de forma crucial o equilíbrio do sistema de Newcomb. A e C desempenham agora papéis dominantes e B está muito mais à mercê deles. Embora a necessidade de informação e de orientação de B tenha aumentado significativamente na sociedade de massas, os meios para satisfazer essa necessidade foram restringidos: os mass media são os únicos meios disponíveis. Na extensão lógica deste modelo, B torna-se totalmente dependente dos mass media. Este modelo da dependência não leva em conta a relação entre os mass media e os outros meios de que dispomos para nos orientarmos relativamente ao nosso meio ambiente social. Estaremos tão dependentes dos mass media como este modelo leva a crer?

➤ **O modelo de Jakobson (1960)**

Jakobson é um linguista, interessa-se por questões como a significação e a estrutura interna da mensagem. Preenche a lacuna entre as escolas processuais e as semióticas.

O seu modelo é duplo, tem semelhanças com o modelo linear e com o modelo triangular. Começa por delinear os factores constitutivos de acto de comunicação. Um destinador envia uma mensagem a um destinatário, que ele chama de contexto, forma o terceiro vértice do triângulo, sendo o destinador e o destinatário, os outros dois vertices. Acrescentando dois factores, o contacto que ele considera o canal físico e as ligações psicológicas entre o destinador e o destinatário, o outro é o factor final que chama de código, um sistema comum de significação pelo que a mensagem é estruturada. Cada factor determina a função da linguagem. Ou seja acrescenta as funções da linguagem: emotiva, referencial, poética, fática, metalinguística, conativa.

- A função emotiva (emotiva), centrada sobre o emissor da mensagem, exprime a atitude do emissor em relação conteúdo da sua mensagem e da sua situação. Tudo aquilo que está numa mensagem escrita ou falada, revelando a personalidade do emissor.

- A função conativa, orientada para o destinatário. Tudo o que numa mensagem, remete ao destinatário dessa mensagem, diz respeito à função conativa, cujas manifestações mais evidentes são os imperativos como “sente-se”, “silêncio”, “saia” e os vocativos.
- A função referencial, também chamada denotativa, está centrada sobre o referente. Tudo o que numa mensagem, remete aos referentes situacionais ou textuais, concerne à função referencial.
- A função fática está centrada sobre o contacto (físico ou psicológico). Tudo o que numa mensagem, serve para estabelecer, manter ou cortar o contacto (a comunicação) concerne à função fática.
- A função metalinguística é aquela que está centrada sobre o código. Tudo o que numa mensagem, serve para dar explicações ou precisar o código utilizado pelo destinador concerne à função metalinguística.
- A função poética é aquela que está centrada sobre a própria linguagem. Ela evidencia o lado palpável dos signos. Tudo o que numa mensagem, suplementa o sentido da mensagem através do jogo da estrutura, da sua tonalidade, do seu ritmo e da sua sonoridade concerne à função poética.

As seis funções da linguagem não se excluem, mas também não se encontram todas reunidas necessariamente numa dada mensagem. Aliás é muito raro encontrar numa mensagem apenas uma dessas seis funções da linguagem. No entanto, nalgumas mensagens uma ou outra função da linguagem podem ser dominantes.

Todos os modelos apresentados, basicamente assumem que a comunicação é a transferência de uma mensagem de A para B, as suas preocupações estão direccionadas para o meio, o canal, o transmissor, o receptor, o ruído, e o feedback, que podem interferir na comunicação.

Assim a escola processual define a interacção social como o processo pelo qual uma pessoa se relaciona com outras ou afecta o comportamento, o estado de espírito ou a reacção emocional de outra e vice-versa.

Em relação à escola **semiótica** existem também vários autores, apenas referimos alguns como: Charles Peirce (1995), Saussure, Umberto Eco e Barthes.

A **semiótica** é a ciência que estuda os signos e as leis que regem, a transmissão e interpretação. Refere-se a todos os sistemas de comunicação animais ou humanos e nestes à linguagem verbal e não verbal como as entonações emotivas, os gestos e qualquer actividade comunicativa ou significativa, (artes, moda, publicidade, rituais, sinalização de trânsito etc).

A Semiologia considera três formas de unidade de representação simbólica:

➤ Os **índices** apresentam uma relação causal com aquilo que representam, indicam ou significam. Por exemplo, o suor indica que a pessoa está sentindo calor, o trovão indica a iminência de chuva e assim por diante. Para que o receptor seja capaz de descodificar essa mensagem é preciso que ele conheça essa relação de causa e efeito.

➤ Os **ícones** guardam uma relação de semelhança visual ou estrutural com a coisa representada. Por exemplo, o desenho ou a foto de uma casa, não representa a casa com exactidão pois é bidimensional, mas por reproduzir aspectos estruturais semelhantes, permite a identificação do objecto representado.

➤ Os **signos** têm uma relação arbitrária entre o que é representado (significado) e a forma de representar (significante). Formam códigos estabelecidos por um determinado grupo social para permitir a comunicação. É o caso da linguagem verbal.

Algumas escolas europeias, como a francesa, preferem o termo "semiologia" para designar a teoria geral dos signos. Ainda que, na prática, essas duas denominações sejam usadas indistintamente, certos autores, como Lévi-Strauss, considera que a semiótica está mais voltada para os signos da natureza, enquanto a semiologia se ocupa dos signos da cultura.

➤ **Charles Peirce (1995)**

A semiótica nasce com o filósofo norte-americano, Peirce (1995) tendo sido, o primeiro a falar de Semiologia como uma ramo autónomo do conhecimento, para tal utilizou o termo símbolo para designar o que mais comumente se costuma chamar de signo. De

um modo geral, o termo símbolo é entendido como um signo ou um grupo de signos que adquiriram uma amplitude e uma quantidade de significados muito acima do padrão normal. Um símbolo acumula uma diversificada carga de significados, num contexto social e histórico. Este também influi na vida psíquica. Os símbolos estão ligados ao conhecimento dos conteúdos do inconsciente, mas também ao estudo das culturas, da arte e das religiões.

Peirce fala de *signo* como algo que representa alguma coisa para alguém. Desse modo, o mundo é uma infindável reunião de signos.

No seu modelo distingue três grandes classes de signos (ícones, índices e símbolos). Tem uma relação "triádica" entre um objecto / o signo / e o intérprete.

Peirce (1931-58) e dois investigadores da área da comunicação Ogden e Richards (1923) consideram o signo, aquilo a que se refere e os seus utentes como os três vértices de um triângulo. Cada um deles está intimamente relacionado com os outros dois, não podendo ser compreendido sem eles. Tem ideias semelhantes em relação ao significado dos signos. Ambos estabeleceram uma relação triangular entre o signo, o utente e a realidade externa, necessária ao estudo da significação.

Peirce citado por Fiske (2005:64) explica o seu modelo de forma simples: “ *um signo é algo que representa algo para alguém a determinado respeito ou capacidade. Dirige-se a alguém, cria na mente dessa pessoa um signo equivalente ou talvez mais desenvolvido, o signo que ele cria designa-o por interpretante. O signo representa algo, o seu objecto*”.

Utiliza seta bidirecional nos três termos, ou seja *o signo* refere-se a algo diferente de si mesmo, *o objecto* é compreendido por alguém tendo um efeito na mente do utente, *o interpretante*. O autor preocupou-se com o entendimento que temos da nossa experiência e do mundo que nos rodeia.

➤ **Ferdinand Saussure (1974)**

Saussure, como linguista interessou-se mais pela linguagem. Adota uma linha ligeiramente diferente. Segundo a sua teoria, o signo compõe-se da sua forma física e de um conceito mental que lhe está associado, que é por sua vez uma apreensão da

realidade externa. O signo apenas se relaciona com a realidade através dos conceitos e das pessoas que o usam. O signo objecto físico é composto de um *significante* e de um *significado* que gera *significação*, própria de uma cultura e de uma língua. O significante é a imagem do signo tal como a percebemos - as marcas no papel ou os sons no ar. O significado é o conceito mental a que se refere. O conceito mental é comum, em termos gerais a todos os membros da mesma cultura que partilham a mesma língua. Sublinha que os significados são muito mais o produto de uma cultura particular do que os significantes.

Saussure (1989:102), diz sem o signo a comunicação seria praticamente inviável. O signo implica uma ideia de palavra falada e uma realização da imagem interior em um discurso. Interessou-se pelas maneiras complexas em que uma frase pode ser construída e pelo modo como a sua forma determina a significação. Privilegiou o texto e não a maneira como os signos do texto interagem com a experiência cultural e pessoal do utente, não distingue entre escritor e leitor.

A semelhança entre Saussure e Peirce está em ambos procurarem a significação nas relações estruturais. Contudo Saussure considera uma nova relação - a relação entre um signo e os outros signos do mesmo sistema. De acordo com este modelo de significação, os significados são conceitos mentais que utilizamos para dividir a realidade e para a categorizar de forma a podermos compreendê-la. Tanto Saussure como Peirce concordaram em categorizar os vários signos quanto à relação entre significante e significado (Saussure) ou quanto à relação entre signo e objecto (Peirce).

No universo da linguagem verbal, a linguagem simbólica costuma ser classificada a partir dos recursos utilizados em cada segmento do texto: alegoria, metáfora, parábola, hipérbole, personificação etc. ... Não dá para explicar a linguagem simbólica, pois os símbolos possuem uma grande carga emocional, eles ultrapassam as fronteiras do racional. E aí encontra-se sua especificidade, pois permitem a expressão de realidades humanas que não podem ser comunicadas pela linguagem referencial.

➤ **Roland Barthes (1973)**

Pode dizer-se que foi o seguidor de Saussure, tendo criado o modelo de negociação entre o escritor /leitor e o texto. Através do qual podia ser analisada a ideia negocial,

interactiva, da significação. Na sua teoria refere duas ordens de significado: *Denotação* e *Conotação*. Barthes descreve a denotação como a relação entre significante e o significado no interior do signo e a relação do signo com o seu referente na realidade exterior. A conotação descreve a interacção que ocorre quando o signo se encontra com os sentimentos, emoções dos utentes e valores de sua cultura.

Barthes (1977), citado por Fiske (1990:125) diz “*um objecto torna-se um símbolo quando adquire, através da convenção e do uso, um significado que lhe permite representar outra coisa*”. Usa o exemplo do jovem “Ivan, o Terrível” a ser baptizado com moedas de ouro como um símbolo de riqueza, poder e estatuto.

➤ **Umberto Eco (1932)**

Além de ser um dos que tenta resumir de forma mais coerente todo o conhecimento anterior, procura dissipar dúvidas e unir ideias semelhantes expostas de formas diferentes. Introduz novos conceitos relativamente aos tipos de signos que considera existir. Os diagramas são signos que representam relações abstractas, tais como fórmulas lógicas, químicas e algébricas. Os emblemas são figuras a que estão associados conceitos (ex: cruz -> cristianismo). Os desenhos correspondem aos ícones e às inferências naturais, os índices ou indícios de Peirce. As equivalências arbitrárias aos símbolos em Peirce. Por fim, os sinais, como o código da estrada, que sendo indícios, se baseiam num código ao qual estão associados um conjunto de conceitos.

ECO (2002:5), parte da premissa que a “*semiótica estuda todos os processos culturais como processos de comunicação*”. Esses processos subsistem por pertencerem a um sistema de significação. Assim define-se o processo comunicativo como uma passagem de um sinal (não necessariamente um signo) de uma fonte, através de um transmissor, ao longo de um canal, até um destinatário. ECO (2002:6) escreve “*Todo o processo de comunicação entre seres humanos pressupõe um sistema de significação como condição necessária*”. Assim o processo de comunicação estabelece-se quando as possibilidades de um sistema de significação são utilizadas para produzir fisicamente expressões e para outros fins práticos.

Assim a **semiótica** tem três áreas de estudo:

- O signo, estuda as diferentes variedades de signo e forma como se relacionam com as pessoas que os utilizam.
- Os códigos ou sistemas em que os signos se organizam. Estuda uma variedade de códigos para satisfazer as necessidades de uma sociedade ou de uma cultura.
- A cultura, no qual os códigos e signos se organizam.

Os signos organizam-se em códigos formando sistemas, que se regem por regras que são aceites por todos os membros de uma comunidade que usa esse código. No entanto, há dois tipos de códigos: o analógico e o digital. O código digital é aquele cujas unidades (sejam significantes ou significados) estão claramente separadas. O código analógico é aquele que funciona numa escala contínua, a música é potencialmente um código analógico, embora o nosso sistema de anotação lhe tenha conferido (as notas e as escalas) e lhe tenha imposto características de um código digital. A dança também é analógica, apesar de funcionar através de gestos, posições e distâncias.

Mas os códigos não são apenas sistemas para organizar e compreender dados. Eles desempenham funções comunicativas e sociais. Distinguindo-se entre códigos representativos e apresentativos. Os códigos representativos são usados para produzir textos, ou seja mensagens com uma existência independente. Os apresentativos indicam aspectos do comunicador e da sua situação social actual, estão pois limitados à comunicação frente a frente onde o comunicador está presente.

A comunicação não-verbal, realiza-se através de códigos apresentativos como gestos, os movimentos com os olhos ou tons de voz. Ao utilizar certos gestos, posições e tons de voz, existe uma relação de dominador, conciliador ou desinteresse. O corpo humano é o principal transmissor de códigos apresentativos, Argyle (1972) estudioso e pesquisador dos comportamentos não verbais citado por Fiske (1990:96), faz uma lista de dez códigos:

- *Contacto físico – quem, onde e quando tocamos*
- *Proximidade – o grau de proximidade com que se aproxima de alguém, pode transmitir uma mensagem quanto ao relacionamento com essa pessoa. Parece existir características distintas quanto à distância. Até um metro é íntimo; até dois metros e meio é pessoal; mais de dois metros e meio é considerado semipúblico; e ainda podem variar de cultura para cultura, a distância pessoal dum árabe não é a mesma de um britânico.*

- *Orientação – o ângulo com que nos colocamos relativamente a outra pessoa, por exemplo o olhar alguém de frente pode ser indicador de intimidade ou agressão.*
- *Aparência – divide em dois aspectos os sujeitos a controlo voluntário, como o cabelo, vestuário, pele, pinturas e adornos. Os menos controláveis, como altura, peso, etc., ou seja é utilizada para enviar mensagens sobre personalidade, o estatuto social ou até o conformismo.*
- *Movimentos da cabeça – estes tem a haver com a gestão da interacção, como um assentimento, pode transmitir a ideia para o outro continuar a falar, os movimentos rápidos pode indicar o desejo de falar.*
- *Expressão facial – divide-os em sub códigos de posição das sobrancelhas, formato dos olhos, formato da boca, tamanho das narinas.*
- *Gestos – A mão e o braço são os principais transmissores, não deixando de considerar os gestos dos pés e cabeça, estão intimamente coordenados com a fala e complementam a comunicação verbal.*
- *Postura – a forma como nos sentamos, levantamos ou deitamos, podem comunicar determinados significados, relacionados por vezes com atitudes interpessoais, a amistosidade, a hostilidade, a superioridade ou inferioridade. Também pode indicar um estado emocional, sobretudo de grande tensão ou descontração.*
- *Movimento dos olhos e contacto visual – a frequência e duração de olhar é uma forma de enviar mensagens sobre o relacionamento, de domínio ou aliança. Estabelecer um contacto visual no início ou durante a primeira fase de um acto verbal indica o desejo de dominar o ouvinte, de o fazer prestar atenção.*
- *Aspectos não-verbais do discurso – O tom de voz, o volume, o sotaque, os erros de fala e a velocidade indicam o estado emocional, a personalidade, a classe, etc.*

De uma forma ou de outra, é certo que em qualquer situação comunicativa, a comunicação não verbal é inevitável, e enquanto nos basearmos em padrões e estereótipos sociais, não conheceremos verdadeiramente os outros.

1.3. FACTORES INIBIDORES E FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO

Como **factores inibidores**, referimos o stress e as emoções, mas são vários os factores que podem bloquear a interacção, no entanto é sobre estes que nos vamos debruçar no nosso trabalho.

O conceito de stress surgiu nos anos 30, graças a Hans Selye, endocrinólogo canadense de origem austríaca. Selye (1965), refere-se ao stress como um processo vital e fundamental que pode ser dividido em dois tipos ou seja, quando passamos por mudanças boas, temos o stress positivo e quando atravessamos alguma fase negativa, estamos vivenciando o stress negativo.

O termo “stress” pode ter significados diferentes consoante as pessoas. Na linguagem comum stress poder-se-á definir como pressão, tensão, forças externas desagradáveis ou como uma resposta emocional.

A um nível científico, o conceito de stress é visto como algo que envolve alterações bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas.

Actualmente o stress é conceptualizado de 3 formas distintas como: **um estímulo, uma resposta, um processo.**

- Como estímulo será qualquer circunstância que, de forma pouco usual ou extraordinária, exige do indivíduo uma mudança no seu modo de vida habitual. Pressupõe comportamentos de adaptação para fazer face às exigências das situações, porque o bem-estar do indivíduo está potencialmente ameaçado pelas contingências ambientais, Teoria de Holmes & Raye, (1967).
- Como resposta, centra-se nas reacções das pessoas aos acontecimentos stressores.

A resposta tem duas componentes relacionadas:

- a) A componente psicológica, que envolve o comportamento, padrões de pensamento e emoções (como quando um sujeito se sente “nervoso”).
- b) A componente fisiológica que envolve um incremento do potencial orgânico com aumento do ritmo cardíaco, secura de boca, sensação de estômago apertado e sudação excessiva.

Como processo inclui os acontecimentos stressores e as respostas de tensão. Existe uma relação entre a pessoa e o meio que a envolve, ou seja, envolve interações contínuas e ajustamentos, denominados de transacções ou trocas entre a pessoa e o meio, cada um influenciado e sendo influenciada pela outra. De acordo com esta perspectiva, o stress não é somente um estímulo ou uma resposta, mas antes um processo no qual o indivíduo é um agente activo que pode influenciar o impacto de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais.

Por sua vez as pessoas exibem uma grande variabilidade no modo como respondem às situações que o desencadeiam (Porter e tal., 2000). Os sinais de stress podem ser bioquímicos, fisiológicos, comportamentais, cognitivos e emocionais. Apesar de ser, muitas vezes descrito como positivo (desafio) é habitualmente considerado negativo.

Em suma, o Stress é a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa/meio ambiente, levam o indivíduo a perceber/sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas.

Relativamente á emoção, ao longo da maior parte do século XX, não foi digna de estudo. Ela era demasiado subjectiva e estava no pólo oposto da razão. Os românticos colocavam a emoção no corpo e a razão no cérebro.

Nos últimos anos tanto a Neurociência como as Ciências cognitivas preocupam-se em estudar a emoção. Uma nova geração de cientistas transformou a emoção no seu tema preferido. A suposta oposição entre a emoção e a razão deixou de ser aceite. Damásio (2000:62) diz que o termo emoção deve ser usado “ *para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais publicamente observáveis.*” Darwin realizou um extenso estudo sobre a expressão da emoção nas diferentes culturas e nas diferentes espécies. Neste estudo ele considerou as emoções humanas como vestígios de estádios anteriores de evolução, não tendo sido muito explícito.

Hughlings Jackson dá o primeiro passo para uma possível neuroanatomia da emoção humana. Sugere que o hemisfério cerebral direito tem uma influência dominante na emoção humana, enquanto o hemisfério esquerdo exerce influência a nível da linguagem.

Daniel Goleman (1995:20) escreve acerca da emoção *“uma visão humana que ignore o poder das emoções é tristemente míope”*.

A maneira como os sentimentos são expressos muitas vezes está relacionada com a cultura e influencia o outro na capacidade de si relacionar. Por exemplo, na cultura japonesa existe a tendência para minimizar a exibição das emoções, enquanto na etnia cigana exagera o que sente, ampliando a expressão emocional. Pode ainda substituir um sentimento por outro é o que acontece com algumas culturas asiáticas que consideram indelicado dizer não pelo que expressam um falso sentimento, assim as exibições emocionais tem consequências imediatas na pessoa a quem são dirigidas.

Algumas pessoas são particularmente sensíveis ao contágio emocional, pois quando vêem um rosto sorridente ou furioso, os seus próprios rostos exibem sinais dos mesmos sentimentos através de ligeiras modificações dos músculos faciais, determinando a maneira como decorre a interacção. (Goleman, 2003:103), escreve *“o grau de ligação que as pessoas sentem num encontro é espelhado pela maior ou menor orquestração dos seus movimentos físicos enquanto conversam”* sendo um indicador de proximidade ou afastamento. Em suma, a coordenação do estado de espírito determina a eficácia interpessoal. A pessoa que tem maior capacidade de expressividade é geralmente aquela cujas emoções influenciam a outra. Na mesma linha de pensamento o poder de um bom orador funciona de modo a influenciar as emoções daqueles que o escuta.

MUNDIM (1997:14) diz que *“a influência dos pensamentos, dos sentimentos, das emoções não se restringe ao equilíbrio corporal, interferindo nos eventos pessoais, ..., na realização profissional, social. Ver as coisas de maneira negativa leva a acontecimentos negativos. Sentimentos negativos, impregnam os objectos inanimados, bem como os alimentos na hora da refeição, prejudicando o processo de digestão, de nutrição e relação existencial com o mundo”*. O mentalismo afirma que a maior parte da miséria do indivíduo é auto-infligida, quando aceita e mantém pensamentos negativos.

Os existencialistas e fenomenólogos dedicaram parte da sua reflexão ao estudo das emoções. Nietzsche em *O Crepúsculo dos Deuses* citado por Goleman (1995:10) escreve *“ a função da razão é permitir a expressão de certas paixões a expensas de outras. A moralidade é um conjunto de princípios que restringe as paixões; uma*

moralidade bem sucedida é a que restringe apenas as paixões stupidificantes, que podem ser fatais, na medida em que arrastam a vítima com o peso da sua estupidez”.

Concluimos que os pensamentos e sentimentos têm uma vibração, uma força dentro de cada um de nós, que interfere como inibidor ou facilitador na comunicação. Reconhecido esse poder sobre a saúde física, deve-se povoar a nossa mente de sentimentos de alegria e felicidade, que atrairão a harmonia e paz interior. Daí a importância crescente de técnicas de relaxamento, visualização criativa e curativa, do auto controlo mental na medicina da nova era.

Como **factores facilitadores** temos a cultura, a linguagem além de outros que não são abordados no trabalho.

Quando se fala em linguagens, cabe lembrar que elas só existem na situação de comunicação. Uma linguagem surge e desenvolve-se em função da necessidade de comunicação entre os membros de um grupo. A comunicação ocorre dentro de uma cultura, e é ela que dá significado aos factos e à comunicação.

O desenvolvimento da linguagem permitiu aos nossos antepassados e a nós ir mais além. A linguagem cria um domínio que não tem correspondência no mundo animal. Um elaborado conjunto de regras sem o qual é impossível visualizar muito menos descrever a realidade da existência humana Pearce (1994). A linguagem e o ser humano cresceram juntos, Wittgenstein (1953, cit. por Pearce, 1994).

A língua adoptada por uma sociedade tem o papel de formalizar os valores e as crenças ou seja fomenta o próprio convívio social dos relacionamentos interpessoais. É o factor primordial para a efectivação da comunicação. Como dizia o filósofo austríaco, Ludwig Wittgenstein (1953:60) “*os limites da minha linguagem são os limites do meu mundo*”. A linguagem estabelece as dimensões e os limites da comunicação entre as culturas.

Já Platão dizia que a linguagem liga a forma ao conteúdo.

A língua desempenha um papel importante na comunicação, através do qual uma cultura transmite as suas crenças, os seus valores e normas.

Se cultura, nas palavras do antropólogo Clifford Geertz, citado por "(Harvey, 2001: 112) *“são as redes de significado”* que giram em torno dos seres humanos, *“então as comunicações — linguagem, arte, música, dança textos escritos, filmes, gravações, software — são as ferramentas que os seres humanos usam para interpretar, reproduzir, manter e transformar essas redes de significado”*.

Existe uma tendência para ver a comunicação como uma mera transmissão de mensagens.

A escola antropológica, influenciada pela semiologia, vê a comunicação como a geração de significados sociais por meio da transmissão de textos.

Fiske (1990:114), escreve que *“os códigos e convenções constituem o centro comum da experiência de qualquer cultura. Permite-nos compreender a nossa existência social e localizar-nos dentro da nossa cultura”*. Ao utilizar os códigos, permite-nos manter a vitalidade e a existência dessa cultura.

Lèvi-Strauss (1965) acreditava que uma das fronteiras fundamentais a que todas sociedades tentam conferir sentido é a fronteira entre a natureza e a cultura.

Através da língua, da linguagem e da cultura, são constituídas as dimensões do pensamento e da razão. A língua dá forma aos valores, crenças, objectivos organizacionais e ideológicos da sociedade. Saussure (1998:29) considera *“a língua um produto do espírito colectivo dos grupos linguísticos. As palavras constituem os discursos sociais, as retóricas, as manifestações da linguagem humana e formam ideologias singulares e características peculiares de cada sociedade”*. As palavras são a entrada no mundo, a criação de um universo de significados que marcam a personalidade e moldam a interacção com os outros, construindo uma realidade particular.

Samovar (1981), afirma que a língua constitui um meio para que os indivíduos entrem em interacção com os outros membros da sua cultura e um meio para pensar.

Ramos (2004:301) escreve que a “*comunicação intercultural poderá ser facilitada se aprendermos a reconhecer a existência de uma pluralidade de modos de pensamento, subjacente à utilização da língua nas diferentes culturas ou no interior da mesma, as mesmas palavras, poderão não ter o mesmo significado, na sub-cultura ou sub-grupo a que pertence, em que predominam crenças, atitudes, práticas diversas*”. O conhecimento das variações culturais dos elementos que constituem a comunicação verbal e não-verbal, poderá ajudar a ultrapassar dificuldades impostas na comunicação intercultural. Assim partilhando do mesmo universo de significações, de representações, de crenças, a comunicação efectua-se num clima de relativa compreensão.

2. CUIDAR EM ENFERMAGEM

2.1. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A actividade de enfermagem tem sofrido várias mudanças acompanhando as mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral.

Por um lado a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida e o prolongamento de situações incuráveis, tem apelado à necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional.

Iremos procurar, de forma breve, perspectivar a evolução verificada na prática dos cuidados e simultaneamente apresentar algumas correntes de pensamento que têm influenciado a forma de encarar a pessoa, a saúde, a doença e o ambiente, bem como a prestação dos cuidados.

A medicina nos finais do séc. XIX, princípios do séc. XX, com as descobertas da física e da química, passou a utilizar tecnologias mais complexas para diagnosticar e tratar as doenças. A concepção dos cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas de rotina no enfermeiro - Auxiliar do médico. Naquela época o enfermeiro tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, os médicos e a instituição. Tendo presentes a dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade pelo doente, bem com, dedicação e respeito pelo médico. Esta perspectiva durou entre nós até final dos anos 60. Procurava inculcar qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviço fundamentados numa vocação, próxima da vocação religiosa, como nos diz Ribeiro (1995).

Já no final dos anos 80, quer na formação quer na prática em enfermagem, começa a falar-se com mais insistência, mas de uma forma abstracta, de valores, deveres e direitos

de enfermeiros e utentes. Falava-se da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde sem ir além da retórica.

Na década de 90, com o aumento da complexidade das situações, os enfermeiros e os estudantes de enfermagem deparam-se, com dificuldades crescentes, que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigente. Estes são obrigados a dar mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados. Lourenço (1997) defende mesmo que o enfermeiro mais desenvolvido é em geral, o que está em melhores condições para respeitar os outros (utentes em especial) e para se respeitar a si próprio.

No o Decreto Lei n.º 191/96 de 4/9 foi publicado o **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**, que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

No REPE afloram-se questões que se prendem com a ética na prática de enfermagem. No seu número 1 do artigo 8º pode ler-se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem. Este aponta, claramente, para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

Com a criação da **Ordem dos Enfermeiros** (Lei nº 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac *et al.*, 1996). Esses modelos conceptuais orientam, não só, a prática do enfermeiro, proporcionando uma descrição, por exemplo, da meta que ele

persegue ou das actividades de cuidados, mas também servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como, as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados.

Kérouac *et al.* (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem. Verificaram que a sua evolução se prende com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação. Os autores consideram que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas a que eles atribuíram a seguinte nomenclatura: *Categorização, Integração e Transformação*.

1 - Paradigma da Categorização

Caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O pensamento está orientado no sentido de procurar o factor causal para as doenças e a associação entre esse factor e uma determinada doença.

A preocupação predominante é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (Kérouac *et al.* 1996). A pessoa e o ambiente aprecem assim como duas entidades distintas e separadas.

Este paradigma poderá localizar-se ainda no século XIX, altura em que se começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças.

Neste paradigma é possível identificar duas orientações diferentes na enfermagem. A primeira é uma orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral. A segunda orienta-se para a doença em que a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes que são separadas e identificáveis. A saúde é

entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de ausência de doença.

Verificou-se uma marcada evolução científico-tecnológica que permitiu à medicina alargar os seus horizontes e dispor de tecnologias cada vez mais sofisticadas, quer para diagnosticar quer para tratar. Nessa altura, os médicos começaram a delegar tarefas de rotina que era costume praticarem, para a responsabilidade dos enfermeiros. Os cuidados são dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados é orientado para as tarefas, cada enfermeiro era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (ex. higiene nos leitos, terapêutica). Até há bem pouco tempo era este o sistema em que se trabalhava em Portugal e esta situação ainda se verifica em alguns locais.

2 – Paradigma da Integração

Este paradigma começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objectivos quanto os subjectivos.

Este paradigma surgiu nos Estados Unidos nos anos 50, com a orientação da enfermagem para a pessoa. Na altura houve um desenvolvimento notável das ciências sociais e humanas pela contribuição de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente e de Maslow sobre a motivação. Todas elas alertavam (Kérouac *et al.*, 1996:10) para "*um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade*".

Neste contexto os cuidados de enfermagem tinham como objectivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. O enfermeiro era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. A partir daqui, intervir significa "**agir com**" a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção. Foi neste contexto que surgiu a expressão "*a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual*".

Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interacção dinâmica. Surgiram neste período os primeiros modelos

conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Kérouac *et al.*, 1996).

3 – Paradigma da Transformação

O início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992).

Este paradigma perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estádios de organização e de desorganização, é (Kérouac *et al.*, 1996:13) *“um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia”*.

É neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a Organização Mundial Saúde elabora a célebre declaração de Alma Ata (1978). Nela se propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que *“os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas”*. É reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde.

A pessoa é considerada um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade *“ser humano – ambiente”* e não é um estado estável ou uma ausência de doença.

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar, tal como a pessoa o define. Intervir significa *“ser com”* a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa, são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac *et al.*,

1996). De forma resumida, apresentamos o quadro nº 1 que caracteriza a evolução dos modelos e paradigmas da prestação de cuidados de enfermagem ao longo do século XX.

Quadro nº 1 – Caracterização dos paradigmas da prestação de Cuidados de Enfermagem

CARACTERIZAÇÃO Paradigmas de enfermagem	CIÊNCIAS INFLUENTES	MODELO	AUTORES	IDEIAS BÁSICAS
Categorização (final do séc.XIX e meados séc. XX)	Medicina	Biomédico	Florence Nithingale	Centrado na doença Centrado na doença/meio como causa da doença
Integração (Final da década 50 do séc. XX até início da década 70)	Medicina Psicologia Teoria dos sistemas Sociologia	Necessidades Humanas Interacção humana Promoção da Saúde Efeitos esperados	Virginea Henderson Dorothea Orem Peplau Moyra Allen Callista Roy Betty Newman	Satisfação das necessidades humanas (Maslow) Satisfação das necessidades humanas básicas na situação de doença Satisfação das necessidades básicas Prevenção da doença e promoção da saúde
Transformação (Década 70 séc. XX até a actualidade)	Medicina Filosofia Psicologia Antropologia	Ser humano unitário Cuidar em enfermagem/caring	Martha Rogers Rosermarie Parse Jean Watson Madeleine Leinger	Bem-estar do individuo em qualquer contexto social O cuidado de enfermagem na singularidade humana

2.2. A ENFERMAGEM COMO CIÊNCIA HUMANA

A enfermagem apresenta claramente as suas bases conceptuais, bem como os instrumentos próprios para o seu desenvolvimento e reconhecimento académicos.

Sabemos que a enfermagem, enquanto disciplina, se organiza em torno da necessidade de desenvolvimento de competências técnicas e de competências relacionais.

Pensar enfermagem, como diz Rebelo (1998:15), pressupõe algumas ideias subjacentes, *“não é reconhecida a competência e o poder de formalizar os saberes que mobilizam as práticas reais não correspondem ao que deveria ser a enfermagem, pelo que aos seus actores no quotidiano, os saberes engendrados na acção, não são considerados como contributo válido à conceptualização dos domínios do conhecimento em enfermagem”*.

O saber em enfermagem, como em muitas outras disciplinas, assume diversas formas destacando-se as sugeridas por Dubar (1991) – saber prático, saber profissional, saber organizacional e saber teórico. Emerge a necessidade de compreender o saber profissional em enfermagem na medida em que se constrói de forma articulada entre saberes práticos e saberes técnicos (fazer), estruturando uma identidade de emprego, associada a uma lógica de qualificação do trabalho.

Ao admitirmos, como Watson (2002:96), que a *“Enfermagem é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde / doença do Homem, que se realiza em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas”*. Então a prática de enfermagem – o cuidado de enfermagem dá prioridade à pessoa e não a uma lógica da organização do trabalho. Isto implica várias componentes, entre as quais destacamos a interdisciplinaridade, a atenção acrescida à imprevisibilidade, a singularidade do acto de cuidar e adopção de uma atitude profissional que não se apoia no saber fazer.

Ao perspectivarmos a enfermagem como ciência humana, como refere Watson (1988: 35) *“podemos combinar e integrar a ciência com beleza, a arte, a ética e a estética do processo de cuidar do Homem pelo Homem”*. A ciência humana baseia-se numa epistemologia que possa incluir a metafísica assim como a estética, as humanísticas, a arte e o empírico.

Segundo Carper (1997:66), no que concerne aos domínios do conhecimento em enfermagem é vista como:

➤ **Empírico** - padrão de conhecimento que é geralmente designado como “ciência de enfermagem”, que não representa hoje em dia, o mesmo grau de integração abstracta e explicação sistemáticas, característica das ciências mais maduras. Parece haver um entendimento, que é uma necessidade crítica para o conhecimento sobre o mundo empírico, conhecimento que é sistematicamente organizado em leis e teorias gerais, com o propósito de descrever, explicar e prever fenómenos, que digam respeito à disciplina de enfermagem.

➤ **Estético** – envolve o conhecimento do particular e único, mais do que o generalizável, na medida em que permite experimentar os sentimentos do outro. A criatividade é uma dimensão importante para definir a componente estética, na medida em que considerarmos a enfermagem como uma arte, que se torna visível pela acção desenvolvida para providenciar o que os doentes requerem para restaurar ou promover as suas capacidades para lidar com as exigências da situação.

➤ **Conhecimento de si** – envolve um processo de relação interpessoal com ênfase nas relações e transacções, com carácter subjectivo, concreto e contextual. Trata-se de uma relação terapêutica baseada no conhecimento de si e dos outros e no respeito pela liberdade de posicionamento do outro enquanto ser em projecto. A pessoa assim é responsável pela sua saúde, não sendo aceitável qualquer orientação manipuladora.

➤ **Ético** – está focalizada na obrigação ou no dever de ser feito, assumindo o respeito como valor fundamental. Requer a compreensão de diferentes posições filosóficas relacionadas com o que é bom, o que deve ser, o que é certo; de diferentes estruturas éticas desenvolvidas para lidar com os julgamentos morais, bem diversas orientações, quanto à noção de obrigação.

A enfermagem como ciência humana, pode perspectivar a vida humana como um bem a ser estimado, com respeito e mistério. Os enfermeiros podem escolher métodos que possibilitem o acesso ao mundo subjectivo e interior dos significados de outra pessoa, estudar o mundo interior das experiências em vez do mundo exterior da observação, técnicas de cura, desenvolvendo novas ideias acerca do que significa ser humano, ser enfermeiro, estar doente, cuidar ou ser cuidado.

Em resumo a enfermagem perspectiva os seres humanos como sujeitos vivenciados em interligação com o ambiente, considera a saúde um processo em mudança contínua, o enfermeiro e a pessoa são participantes.

De acordo com Orem (1971:69),” *a arte de enfermagem é criativa na medida em que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de prever modos válidos de ajudar, tendo em vista atingir resultados apropriados*”.

Mas a acção desenvolvida, para ter uma qualidade estética, requer a transformação activa do objecto imediato – o comportamento da pessoa – numa percepção directa e não imediata do que é significativo nele e que é expresso como necessidade no momento da interacção.

As práticas desenvolvem-se em contextos organizacionais complexos. Vários factores se articulam na configuração dessa complexidade, o que conduz a centrar-nos na problemática do cuidado de enfermagem, na medida em que se considera o profissionalismo visível a nível dessas práticas. Assim as práticas são desenvolvidas para além dos guias teóricos organizados em modelos e instrumentos, ambos essenciais à compreensão e desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Reforçamos a opinião de Rebelo (1998:15), quando refere que “*analisar enfermagem real configura-se cada vez como uma necessidade, de forma a ultrapassar a dicotomia*” ...entre quem pensa e quem faz enfermagem (...) dando visibilidade ao cuidado de enfermagem e aos saberes que o suportam no contexto de trabalho (Benner, 1984; Colliere, 1988; Chask, 1990; Meleis, 1991; Martin, 1991 e Amendoeira,1999).

No entanto são vários os autores que apresentam a enfermagem como um processo de interacção. Efectivamente, esse é o contexto em que todos os cuidados acontecem, estando presente em todos os modelos teóricos, mas recebe particular importância pelas teóricas da escola da interacção como Peplau, 1990; Orlando, 1961; King, 1968. O conceito de interacção foi introduzido na enfermagem por Peplau. Foi durante anos objecto de preocupação, principalmente, por enfermeiros ligados a cuidados de doentes psiquiátricos. Entretanto a interacção enfermeiro-doente passou a ser considerada importante no âmbito dos cuidados. Impôs-se a necessidade de reequacionar as teorizações existentes. Hartrick (1997), propôs um modelo interacção enfermeiro-doente baseado em valores humanísticos e passíveis de ser utilizado em contextos diversificados. Swanson (1991, 1998) identificou, nos processos de cuidar, a componente relacional presente em quase todos eles. Watson (1998), propõe a relação de cuidar, como um dos dez factores de cuidado da sua teoria, dando grande ênfase à dimensão relacional.

2.3. A NATUREZA DO CUIDAR

O cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade. Sendo visto como um ideal moral, transcende também o acto específico do enfermeiro, individualmente e produz actos colectivos da profissão de enfermagem que tem consequências importantes para o ser humano.

Cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro / utente.

Delaney (1990), citado por Riley (2004:17) diz “*cuidar deve integrar conhecimentos e a capacidade de identificar as necessidades e acções de enfermagem que conduzam a mudanças positivas*”.

Watson (1985) considera fundamentais para a prática e ao desenvolvimento de enfermagem 10 factores de cuidar:

- Formação de um sistema de valores humanista-altruísta
- Inspiração de sentimentos de fé e esperança
- Cultura de sensibilidade face a si próprio e aos outros
- Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança
- Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos
- Utilização sistemática do método científico de resolução de problemas no processo de tomada de decisão
- Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal
- Criação de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de ajuda, protecção ou correcção
- Assistência na satisfação das necessidades básicas
- Reconhecimento das forças existenciais, fenomenais e espirituais.

A presença do enfermeiro tem sido definida sob várias perspectivas. Significando para uns, a presença física do enfermeiro e abarcando para outros, um sentido muito mais abrangente, que engloba a presença física, psicológica e espiritual do enfermeiro, na qualidade de *estar lá e com o outro* (Osterman e Barcott, 1997). Estes autores identificaram 4 formas diferentes de presença:

- **A presença**, que se limita ao estar lá no contexto do outro, sem que a presença do enfermeiro esteja centrada na interacção com o cliente.
- **A presença parcial**, que coloca o enfermeiro fisicamente no contexto do cliente, mas em que o foco da sua energia vai para uma tarefa relevante para o outro, mas não directamente centrado nele.
- **A presença plena**, em que o enfermeiro está física e psicologicamente presente no contexto do cliente centrado nele a sua atenção e manifestando-o no seu comportamento físico, através do contacto visual, aproximação do corpo, escuta atenta e resposta. Este tipo de presença traduz a empatia e o cuidar. O enfermeiro está aberto ao cliente, aos seus problemas, às suas questões, às suas necessidades e realiza as suas acções de forma intencional. O fluxo de interacção é recíproco e dirige-se à resolução das questões ou problemas de saúde do cliente.
- **A presença transcendente**, que apresenta uma maior amplitude e abrange o campo do transpessoal e da troca de energia, sendo sentida como pacífica, confortadora e harmoniosa e tendo, como um dos seus resultados, a mudança positiva no estado emotivo como a diminuição da ansiedade e a sensação de estar ligado ao outro e não estar só.

Para se entender a natureza de uma área de conhecimento, é necessário definir as suas características mais fundamentais e estruturantes. Carper (1978), esta autora com base na análise da literatura de enfermagem, entendeu que uma das características fundamentais era os seus padrões de conhecimento, que os enfermeiros valorizam e usam na prática. Dividiu-os como já foi referido em: *Saber empírico* ou a ciência de enfermagem; *Saber ético* ou a componente moral do saber na enfermagem; *Saber pessoal* na enfermagem; *Saber estético* ou a arte na enfermagem. Esta classificação assenta no pressuposto de que a prática de enfermagem é complexa e exige em cada momento um leque diversificado de saberes.

Com isto definimos neste contexto os termos saber e conhecimento: **Saber** como uma forma de se entender a si próprio e ao mundo. **Conhecimento** ao que pode ser partilhado e comunicado aos outros.

No caso da enfermagem, o conhecimento será uma representação do saber, colectivamente julgada por padrões e critérios da comunidade de enfermagem (Lopes, 2005).

O **saber empírico** expressa-se através de teorias empíricas. O seu desenvolvimento tem a haver com o uso de métodos científicos, na prática na competência científica dos enfermeiros.

O **saber ético** manifesta-se em comportamentos constatáveis pelos utentes e observáveis pelos pares. Isto porque a prestação de cuidados de enfermagem ocorre sempre no contexto de uma interacção e esta deverá ser conduzida por princípios éticos-morais, estando inerentes capacidades cognitivas.

O **saber pessoal na enfermagem** resulta em grande parte da actividade construtiva do próprio sujeito, ou seja resulta das interacções que estabelece e da capacidade de reflectir sobre as mesmas, procurando os significados profundos para si mesmo.

O **saber estético** porque as situações com que os enfermeiros se deparam no dia a dia, são experiências humanas extremas, de grande significado para todos os que nela participam, podendo resultar em criação artística de elevado valor estético quer para os pares quer para as pessoas em geral. A enfermagem não é a aplicação de uma teoria a uma situação, mas exige capacidade de reflexão e acção, pois cada experiência humana é única.

Assim, enfermagem como profissão exige em termos práticos reflexão e acção em sincronia que advém do saber e conhecimento.

A relação de enfermeiro / utente, faz apelo a factores de natureza afectiva, tais como a simpatia e o carinho. O conceito de simpatia tem sido estudado por vários pensadores. O filósofo francês Bergson em finais de séc. XIX e princípio de séc. XX, fala de simpatia como um sentimento moral e uma emoção criativa que nos permite colocar no lugar do outro e nos impele a ajudá-lo. A corrente fenomenológica entende que a simpatia e empatia são elementos importantes no cuidar dos outros (Smith, 2003). Todavia a simpatia também pode ser entendida como similitude no sentir e no pensar que aproxima duas pessoas. No entanto pensamos que a simpatia poderá ser facilitadora de uma relação, cria um bom ambiente e estimula a auto-estima do utente por se sentirem respeitados. O carinho pode desempenhar um papel importante numa relação de ajuda, suavizando a intimidade e a fragilidade do ser humano quando está doente.

Quando se fala em cuidar em enfermagem, a *Escuta activa*, tem de estar presente.

Através da escuta activa o enfermeiro pretende:

- Manifestar ao utente, o quanto é importante para ele.
- Permitir-lhe identificar as suas emoções
- Ajudá-lo a identificar os seus problemas
- Ajudá-lo a elaborar um plano de acção realista e eficaz.

Todo o profissional que utiliza a escuta activa está disponível para comunicar com o utente e não apenas para o ouvir. A comunicação não verbal do utente, ou seja as expressões faciais, os gestos, o tom de voz, transmitem-nos mensagens que vão complementar o que as palavras não disseram, ou até contradizer o que foi dito pelas palavras.

Segundo H el ene Lazure (1994), para se fazer escuta activa   necess ario:

- Um local calmo, favorável   escuta.
- Uma distância confortável para o doente tendo em conta a sua  tnia e a sua cultura.
- Inclinar-se ligeiramente para a frente, pois esta posição transmite ao utente maior proximidade e interesse pela sua pessoa.
- Uma atitude corporal de abertura, para tal deve evitar: os braços cruzados, apoiar-se alternadamente em cada uma das pernas, balou ar uma delas, mexer nervosamente os dedos ou coçar-se.
- Olhar o utente de frente, mas não o fixando nos olhos.
- Fazer silêncio dentro de si, não tendo o preconceito de que uma enfermeira competente deve responder rapidamente a tudo.
- Reformular as palavras do utente, tudo o que escutou de modo a mostrar-lhe que de facto esteve atenta.
- Nunca menosprezar a linguagem não verbal, pois esta   tão ou mais rica que a linguagem verbal, permitindo-lhe completar o que escutou através das palavras.
- A honestidade   fundamental em todo este processo, logo se a enfermeira não ouviu ou não percebeu, deve pedir ao utente que repita, em vez de fingir que percebeu ou que foi o utente que se exprimiu mal.
- Face ao silêncio do utente, a enfermeira concede-se alguns segundos de reflexão a fim de integrar correctamente o que ele acaba de dizer.   o chamado silêncio de latência.

A enfermagem é uma profissão que cuida. O seu objectivo é ajudar as pessoas, a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma o que vai gerar processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, promovendo a escolha e autodeterminação nas decisões de saúde/ doença.

3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

3.1. O QUE É A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (perspectivas ...)

A comunicação é alvo de uma constante evolução ao longo da vida. Esta deverá ser uma condição sempre presente no exercício da profissão. Dela depende o modo como nos relacionamos com o outro, o modo como utilizamos o nosso olhar, o nosso toque, como nos movimentamos, como gesticulamos e empregamos as potencialidades mímicas, as distâncias físicas de relação interpessoal, o modo como empregamos o silêncio quando necessário para escutar outra pessoa.

A falta de conhecimento das potencialidades da relação de ajuda e do modo como a desenvolvem junto de cada utente é algo incrivelmente importante. Esta poderá ser a razão para impedir, ou mesmo distorcer, toda a comunicação que é realizada junto de um utente, transformando a relação de ajuda em algo completamente oposto, criando dúvidas nos utentes e sentimentos de desconfiança e conflito.

A Saúde é ...*“estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, 1948)

A Pessoa é ...*“indivíduo como agente intencional desempenhando acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual, isto é racionalmente”* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE, versão β 1, 1999).

Associa-se a saúde ao Bem-estar subjectivo e é considerado como satisfação com a vida, incluindo os seguintes critérios:

1. Baseia-se na experiência pessoal;
2. Recorre a medidas positivas e não se caracteriza somente pela ausência de medidas negativas,
3. Inclui uma avaliação global de todos os aspectos da vida das pessoas.

Entretanto a qualidade de vida está relacionada com a saúde e associada aos processos de saúde/doença (em especial a doença crónica), incluindo os seguintes critérios:

- É subjectiva;
- Baseia-se na percepção pessoal;
- É multidimensional (inclui componentes de nível físico, psicológico, social, espiritual e outros);
- Valoriza os aspectos positivos

De acordo com Lawton (2000), a qualidade de vida depende de múltiplos factores em interacção constante ao longo do seu percurso de vida, como condições físicas do ambiente, condições oferecidas pela sociedade, existência de rede de amigos e familiares, condições biológicas e genéticas, estilos e comportamentos adoptados ao longo da vida e a visão subjectiva desses acontecimentos para o seu bem-estar.

A maioria dos investimentos em saúde, quer económicos, quer científicos, continuam a ser dirigidos para os cuidados apesar de se reconhecer que o que determina a saúde das pessoas são factores que actuam fora do domínio da medicina (Ribeiro, 1998)

As rápidas mudanças sociais resultantes da globalização, do desenvolvimento económico, da industrialização e a urbanização determinada sobretudo, por um intenso êxodo rural, têm causado efeitos profundos sobre a estrutura das comunidades, o funcionamento das famílias e o bem-estar psicológico das pessoas. Em muitos lugares, estas mudanças têm comprometido sistemas tradicionais de apoio psicossocial, reduzindo assim a capacidade dos indivíduos, das famílias e comunidades de enfrentarem adequadamente suas angústias, doenças e incapacidades físicas. O utente cada vez mais sente necessidade de uma relação de ajuda.

Numa sociedade em que cada vez mais o papel das altas tecnologias possui maior preponderância, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir, na qualidade técnica dos seus serviços, esquecendo notoriamente, toda a parte humana dos cuidados de saúde.

A linguagem utilizada é muitas vezes pouco valorizada pelos técnicos de saúde, que frequentemente fornecem informação, de forma rotineira, que só é compreendida por pessoas com o mesmo nível de conhecimento e educação, não prestando atenção à idade, (podendo estar perante um utente com uma diminuição de acuidade auditiva) ou

ao facto da pessoa estar sob o efeito do stress e ansiedade provocada pelo motivo de recorrerem a um serviço de urgência, constituindo um obstáculo à compreensão da informação.

A sensibilidade é uma das características mais importantes que o profissional de saúde deve possuir, para observar e identificar situações, eliminando preconceitos e juízos de valor.

A comunicação é então um fenómeno social complexo. No acto de transmissão a mensagem transmitida deve estar integrada numa matriz cultural. Os comportamentos, os acontecimentos não podem ser desintegrados de um contexto social e cultural. Ou seja para ser eficaz a mensagem deve penetrar na esfera do interlocutor, nos seus valores, quadros de referência e padrões, de forma a compreender a mensagem no seu sentido original e enviar um feedback adequado.

Como diz Roger (1989), citado por Mcwhinney (1994:87) “*como consultores ouvimos não apenas com os nossos olhos, mente, coração e também imaginação. (...) Nós ouvimos as palavras do outro, mas também ouvimos as mensagens escondidas nas palavras. Nós escutamos a voz, a aparência e a linguagem corporal do outro. Somos ouvintes atentos quando nos focamos inteiramente naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito*”.

3.2. A PERTINÊNCIA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação é determinada pelo contexto em que se insere e envolve as relações das pessoas que comunicam. O contexto constitui um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e rituais de interação.

Os serviços de saúde têm uma cultura própria, médica, tecnológica, hierárquica, na qual muitos utentes não estão habituados, sendo maiores as dificuldades quando se é idoso ou se tem limitações. A doença, a hospitalização é sinónimo de mau estar, ansiedade e stress.

O utente quando internado é padronizado, despersonalizado, despojado dos seus suportes de identidade cultural e social, afastado da família e das pessoas mais significativas. A relação doente - técnico de saúde é geralmente formal, distanciada com uma linguagem técnica e incompreensível, influenciando em maior ou menor grau a comunicação.

A riqueza nosológica para classificar um sintoma e a dificuldade para expressar as queixas, contrastam com o carácter estereotipado do diagnóstico feito pelo pessoal de saúde. Os diagnósticos e os tratamentos são codificados, não tendo em conta a percepção. Daí a necessidade da comunicação em contexto de saúde ser adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional, às representações e crenças de saúde de cada pessoa. Não ter em atenção estes factores origina insatisfação quanto à qualidade de cuidados, aumenta os erros de avaliação de diagnóstico, assim como a procura de cuidados noutros serviços ou até de medicinas alternativas.

Vários estudos mostram que quando se dão informações aos doentes satisfazem-se várias necessidades a nível psicológico ajuda a lidar com a doença, reduz a ansiedade diminui o stress, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão ao tratamento (Emanuel e al. 1992, Levine e tal. 1992).

Se na sua formação os enfermeiros, médicos e outros técnicos de saúde, tiverem conhecimentos psicológicos, antropológicos e sociológicos, podem ajudar a melhorar a comunicação e a combater os estigmas e os estereótipos, evidenciando e ajudando na

compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos segundo as idades, os sexos, os estatutos e as culturas (Ramos, 2004)

Quando se fica doente, muitos factores podem influenciar a habilidade em comunicar. Uma das razões para que isso aconteça resulta do facto da pessoa manifestar um conjunto de sintomas que não sabe tratar e necessita de uma avaliação ou tratamento especializado. Esta situação é vista como uma ameaça para a saúde, uma incerteza sobre o tratamento, um momento de dor e de desconforto, associado a estar longe de casa, perder a privacidade e ficar dependente de terceiros, gerando ansiedade. Manifestando-se nos indivíduos de forma diversa, uns ficam muito irritáveis quando ansiosos, tendo uma atitude crítica em relação á equipa de saúde e a toda a envolvência, nada está correcto. Outro quando ansioso pode estar muito jovial, contando piadas e rindo com frequência, numa tentativa mal sucedida de lidar com a ansiedade e evitar o problema real.

A dor também pode afectar a capacidade de comunicar, tanto como emissor como receptor. A pessoa com dor pode não perceber o input auditivo recebido, talvez por a dor estar a ocupar a percepção consciente ou em função de uma tentativa de bloquear todo o input sensorial recebido. Os medicamentos que um doente com dor toma podem deprimir a consciência sensorial e a função cognitiva, fazendo com que durma ou repouse, eliminando a comunicação afectiva.

A doença pode produzir depressão, o que faz com que se afaste do contacto humano, podendo ser ignorado ou negligenciado pela equipa de saúde, quando na realidade ele necessita urgentemente de contacto humano. Outra resposta á doença pode ser a cólera, o utente que sempre teve saúde tem uma imagem de si mesmo, como forte e com boas condições físicas, encara a doença como a ameaça intolerável ao auto-conceito, tornando-se agressivo verbalmente e reagindo com cólera.

Daí a pertinência da comunicação no desenvolvimento da relação de ajuda, tomando em consideração o tipo de comportamento social que se utiliza na relação com os utentes. A adopção de um comportamento assertivo, poderá facilitar o estabelecimento de uma relação empática com os utentes, potencializando a interacção social. O profissional ao agir de forma tranquila, procura satisfazer os seus objectivos na relação, sem ansiedades excessivas, expressando os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazendo valer os seus direitos, sem negar os direitos dos outros intervenientes na relação interpessoal. A interacção social desenvolve-se com a harmonização entre o

comportamento verbal e o não verbal, estabelecendo-se um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, o que inevitavelmente favorece a dinâmica de relacionamento interpessoal, permitindo ao profissional ser verdadeiramente congruente no seu discurso e nas suas atitudes.

3.3. A COMUNICAÇÃO COM O UTENTE

Como foi dito existem múltiplos factores que podem influenciar a comunicação. A ansiedade, o medo do desconhecido, as incertezas, são alguns dos factores que podem ser atenuados ou resolvidos pelo enfermeiro.

Como já foi referido o enfermeiro para conseguir estabelecer relação de ajuda, deverá acima de tudo compreender o outro, deve saber comunicar.

Como refere Frei Bernardo (1984:104), “*comunicar é relacionar-se*”.

Como refere Watzlawick (1996:47), “*...uma comunicação não só transmite informação mas, ao mesmo tempo, impõe um comportamento*”.

A comunicação é um veículo para o estabelecimento duma relação terapêutica. Riley (2004:32) enuncia os seguintes tópicos numa relação terapêutica:

- Escuta – comunicação não verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pelo cliente.
- Silêncio – de forma não verbal o enfermeiro comunica ao doente a sua aceitação.
- Orientação – ajuda o cliente a saber o que espera dele.
- Comentários abertos – permite ao cliente seleccionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir.
- Redução de distância – comunica de forma não verbal que o enfermeiro quer estar próximo do cliente.
- Consideração – demonstra a importância do papel do cliente na relação.
- Recapitulação – solicita a validação da interpretação da mensagem pelo enfermeiro.
- Reflexão – tenta demonstrar ao cliente a importância das suas próprias ideias, sentimento e interpretações.
- Clarificação – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o cliente.
- Validação consensual – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender a comunicação do cliente.
- Focalização – orienta a conversa para o tópico de importância.
- Síntese – ajuda o cliente a separar o material relevante do irrelevante; serve como revisão e termo de relação.
- Planificação – reitera o papel do cliente na relação.

Esta autora considera a pessoa como um todo, respeita o doente como pessoa e não como corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Na nossa prática diária, para responder às necessidades dos utentes, é necessário prestar atenção à comunicação verbal e não verbal. Chalifour (1989:10), diz-nos que é “...*preciso ser sensível aos diferentes meios de comunicação e que o enfermeiro deve reconhecer, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem no utente*”.

Também Frei Bernardo (1984:109), refere “*os utentes mostram-se geralmente mais sensíveis à comunicação não verbal e são particularmente afectados por ela*”.

Para comunicar tem de se observar e fazer uma leitura dos movimentos do outro, implicando o respeito pela pessoa, mostrando que não está só presente nas palavras, mas também nos gestos e nas emoções.

Também o humor parece desempenhar uma forma eficaz de interacção social. Tem um significado individual e desempenha um papel na vida da maior parte das pessoas. Pode ajudar a dissolver tensões e fornece pausas por vezes necessárias na interacção. É uma forma de comunicação muito diversificada, que permite à pessoa fazer face a múltiplas situações e parece estar associado à tolerância, sinceridade, criatividade e sabedoria (José, 2002).

O uso do humor facilita a comunicação aproxima as pessoas favorecendo a coesão no grupo e na relação enfermeiro - doente (Beck, 1997). Ajuda a lidar com as situações difíceis e desagradáveis, funcionando como importante mecanismo de *coping* (Sheldon, 1996; Beck, 1997).

Nem sempre é fácil comunicar com os utentes, eis alguns elementos necessários na comunicação:

- *Utentes hostis*, o enfermeiro está a tratar alguém a que ele pode rotular de impopular mas não pode negligenciar os cuidados a prestar. Tem de tratar igualmente todos os utentes, de forma segura com respeito e dignidade. Considerar a situação sob o ponto de vista dos utentes, para além da sua própria perspectiva é algo que contribui para a assertividade. Se nos concentrarmos nos aspectos negativos, podemos agir agressivamente e trabalhar apenas para atingir os nossos objectivos. Daí a necessidade de ver o

utente como alguém que precisa de cuidados, fazendo-o sentir que está em segurança.

- *Utentes que se sentem angustiados* com grande labilidade emocional e exprimem a sua angústia verbal e não verbal. Uma das maiores dificuldades do enfermeiro é manter a sua sensibilidade para com os outros, de uma maneira afectiva, sem se deixar abater nem perder a sua objectividade, aqui deve responder com carinho e procurar gerar no utente pensamentos positivos.
- *Clarificar* é fundamental para a avaliação. No desenvolvimento da relação de prestação de cuidados de enfermagem, quanto mais perspicaz for, mais pertinente e útil é a informação, para satisfazer as necessidades do utente. No caso dos adultos idosos, que são de uma forma geral os maiores consumidores dos cuidados de saúde, a idade pode ser um factor que influencia os padrões de comunicação verbal e não verbal. O idoso nem sempre é visto da mesma forma na sociedade. Por exemplo na cultura asiática a idade é valorizada e respeitada, integrando conhecimento e experiência. Na nossa existe o preconceito da idade em que o idoso é visto como não produtivo, dependente, algumas vezes a residir em lares onde a família só os vê nos fins-de-semana. Quando o profissional inquire os familiares poucas coisas sabem do utente, por isso é imprescindível questionar o utente ou acompanhante. No entanto na Índia e na Tailândia, poucos residem em lares, o idoso vive com a família sendo por eles cuidado. A chave da prestação de cuidados eficazes aos idosos reside no reconhecimento e respeito entre gerações pelos profissionais de saúde (Bethea and Balazs, 1997). Como são os enfermeiros que passam mais tempo com os utentes têm a oportunidade de serem os facilitadores da comunicação intergeracional.
- *O calor humano* une as pessoas, funciona como o catalizador das relações humanas, faz-nos sentir bem vindos, alegres e descontraídos. O calor humano não só comunica por si, como enriquece outros comportamentos facilitadores da comunicação como o respeito, genuinidade e empatia, essenciais para construir uma relação de ajuda, independentemente da idade, cultura, sexo ou origem/etnia. O calor humano é demonstrado através da

postura, um sorriso, um contacto visual directo, um toque. Pode também ser demonstrado verbalmente.

- *A empatia é outra característica importante na comunicação em enfermagem, poderá dizer-se que a capacidade intrínseca de compreender os sentimentos dos outros é um dom humano básico, RILEY (2000:138), diz “A sua empatia pode ajudar os seus clientes e colegas a experimentar novos sentimentos e mudar comportamentos”. Consideramos a empatia (o acto de comunicar a outro, compreendermos o que ele está a sentir ou seja experimentar os sentimentos de outro), como uma das dimensões mais importantes na forma como o enfermeiro concebe um relacionamento com a pessoa. Baseado nesta lógica de relação, mobilizando os seus conhecimentos e colocando-os á disposição daquela. Riley (2004:132) define empatia como “a capacidade de reflectir com precisão e especificidade nas palavras, nos sentimentos vividos por colegas e clientes, traduzindo-a em comportamentos não verbais de calor humano e autenticidade. Roger (1980) afirma que há situações em que a empatia tem prioridade sobre outros elementos integrantes da atitude, promovendo o crescimento das relações humanas.*

Faz-nos então sentido que esteja visível:

- Na avaliação da situação, de acordo com os problemas das pessoas
- Na avaliação da pessoa, pela capacidade de desenvolver as suas actividades de vida
- Na identificação de necessidades de ajuda, na perspectiva do profissional
- No analisar a situação, em interacção com outros profissionais
- Na destreza com que executa.

Os utentes são cada vez mais exigentes e críticos relativamente aos cuidados de saúde e aos seus custos. Exigem saber a razão de ser das intervenções, o que por vezes gera no enfermeiro algum desconforto, principalmente quando está a ser muito solicitado, tornando-se necessário reflectir com precisão e especificidade nas palavras, isto é ser detalhado e claro no que diz respeito ao conteúdo do discurso.

3.3.1. Factores inibidores e facilitadores

São vários os **factores inibidores**: egocentrismo, timidez, dificuldade de expressão, escolha inadequada do receptor (momento, local e meio), excesso de intermediários, preconceitos, status, suposições, distrações, diálogos surdos, monólogos colectivos. Entre eles destacamos o stress e a ansiedade a que damos particular realce.

Stress nos Enfermeiros

Para melhor compreendermos algumas das causas desta problemática, é importante referir que, devido à evolução técnica e ao conhecimento científico (desde o início do século XX), os enfermeiros passaram a acumular uma diversidade de papéis, tais como: o de gestor da unidade de cuidados, o de apoio à pessoa doente e o de colaborador no trabalho do médico.

Segundo Lopes (1997), neste amplo conjunto de funções sempre foi concedido aos enfermeiros um certo "espaço de poder", tratando-se porém de um poder virtual, dado que havia sempre alguém a controlar tal poder, mesmo que de uma forma subjectiva. Por isso, os enfermeiros ocuparam sempre um papel essencial nas instituições hospitalares, mas ocupando sempre um lugar de retaguarda.

Os enfermeiros ocupam o seu tempo numa multiplicidade de tarefas e actividades polivalentes. No entanto, sabe-se que são constantemente dominados por uma sensação de ambivalência, por não estarem a realizar aquilo que lhes compete, devido à enorme quantidade de tarefas que obrigatória e quotidianamente devem executar em tempo útil.

Tal realidade, quando percebida, provoca sentimentos de irritação e de frustração nos enfermeiros. Estes sentem-se condicionados por factores do contexto que os levam a reagir à margem do seu ideal profissional e pessoal. No desenvolvimento das suas actividades verifica-se, assim uma polivalência que, no entanto, não é acompanhada de uma autonomia e diferenciação de funções bem definidas. Esta situação leva a conflitos e ambiguidade de papel.

O trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não só pelos aspectos apontados, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos.

Assim, torna-se fácil compreender a problemática da profissão de enfermagem, da qual se diz ser de uma submissão consentida. Esta vê-se confrontada com situações difíceis, perante as quais não pode deter-se a pensar em relações de poder, de autonomia e de status, devendo, antes, agir.

Iremos referir algumas situações indutoras de stress em ambiente hospitalar, e a sua relação com o bem-estar psicológico do enfermeiro:

1 - O tipo de trabalho

➤ *O trabalho por turnos*

O trabalho por turnos é uma prática frequente e necessária a nível de várias organizações, nomeadamente nas instituições hospitalares. Trata-se de um tipo de horário de trabalho que afecta consideravelmente os técnicos de saúde.

Estudos realizados têm demonstrado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário apresentam, com maior frequência, queixas de fadiga crónica e alterações gastrointestinais relativamente aos trabalhadores que têm um horário normal. As influências situam-se tanto ao nível biológico como emocional. Isto fica a dever-se às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termo regulador e do ritmo de excreção de adrenalina.

Para alguns autores, os efeitos deste stressor podem ser minimizados utilizando as estratégias seguintes: recuperação adequada dos déficits de sono e reservar e planear algum tempo para a vida familiar e social (Peiró, 1993).

➤ *Sobrecarga de trabalho*

O excesso de trabalho, em termos quantitativos e qualitativos, é uma fonte frequente de stress. A *sobrecarga quantitativa* entende-se o excesso de actividades a realizar, num determinado período de tempo. A *sobrecarga qualitativa* refere-se a excessivas exigências relativamente às competências, aos conhecimentos e às habilidades do

trabalhador (Peiró,1993). O autor, considera que o trabalho demasiado leve pode resultar também num importante stressor.

Também a atribuição de poucas tarefas durante o dia ou a atribuição de tarefas muito simples, rotineiras e aborrecidas, em relação às habilidades e destreza do trabalhador, pode ser causa de stress no trabalho.

Têm-se constatado relações significativas entre a sobrecarga de trabalho, desenvolvimento de ansiedade, diminuição da satisfação do trabalho e comportamentos nefastos para a saúde como, por exemplo, aumento do consumo de tabaco (Peiró,1993).

2 - As relações interpessoais e grupais

As relações interpessoais e grupais são habitualmente valorizadas de forma positiva. Diversos teóricos da motivação têm assinalado que a afiliação é um dos motivos básicos do ser humano. Sendo assim, os ambientes de trabalho que promovem o contacto entre as pessoas parecem ser mais benéficos do que aqueles que o impedem ou dificultam.

Com efeito, as oportunidades de relação com os outros no trabalho, são uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação no trabalho, e negativamente com a tensão e a ansiedade (Gardell, 1971). Isto não significa que as relações interpessoais no trabalho resultem sempre positivas. Por vezes, podem converter-se em severos e importantes elementos stressores.

➤ *Tipos de relações*

A qualidade das relações interpessoais é um aspecto de grande importância no ambiente de trabalho. Como nos refere Cooper (1973), umas boas relações entre os membros do grupo de trabalho são um factor central da saúde individual e organizacional.

Porém, as relações ambíguas, pautadas pela desconfiança, pouco cooperativas e predominantemente destrutivas, podem originar elevados níveis de tensão e de stress entre os membros de um grupo de trabalho.

Um estudo realizado por Henderson e Argyle (1985), sobre o tipo de relações no trabalho, revelou que os indivíduos que diziam ter pelo menos um colega de trabalho

seu amigo, dentro e fora do contexto do trabalho, apresentavam significativamente menos experiências de stress.

➤ *Relações com os superiores*

No mundo do trabalho, o superior hierárquico, chefe ou director, é um ponto de referência importante para a maior parte das pessoas e pode ser uma das fontes de recompensas ou de sanções. Assim, as relações com o superior imediato podem contribuir para a satisfação do trabalho e bem-estar psicológico ou, pelo contrário, ser fonte de stress e de tensão.

Segundo McLean (1979), um tratamento pautado pela desconsideração e favoritismos, por parte do superior, relaciona-se positivamente com a tensão e a pressão no trabalho. Além disso, uma liderança muito estreita e demasiado rígida sobre o trabalho dos subordinados também pode resultar em stress.

➤ *Relações com os colegas*

As relações entre colegas podem ser uma fonte potencial de stress e ser altamente nocivas para a saúde mental. No entanto, se forem pautadas pela compreensão, tolerância e espírito de auto-ajuda, tais relações podem ser muito gratificantes e contribuir, significativamente, para um bom ambiente de trabalho.

Beehr (1981) aponta como principais factores de stress, nas relações interpessoais entre os membros de um grupo numa organização, a competição e rivalidade, a falta de apoio em situações difíceis e a falta de relações entre iguais.

➤ *Relações com os utentes*

Estudos realizados sobre o stress em profissionais prestadores de serviços (enfermeiros, assistentes sociais, médicos e outros) têm demonstrado que o trabalho com pessoas e as relações com elas, especialmente se estas apresentam problemas pessoais e familiares (doentes, pessoas com problemas sociais, marginalizados, etc.), podem levar a experiências de stress.

No entanto, têm sido feitas diversas investigações com o objectivo de esclarecer os processos pelos quais os profissionais que prestam serviços e ajuda a outras pessoas

começam a manifestar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, frieza, indiferença e rejeição emocional perante essas pessoas. Estas e outras manifestações de natureza psicológica, comportamental e psicossomática, têm sido caracterizadas como "*síndrome de burnout*" ou de "estar queimado" (Leiter e Meechan, 1986).

Ansiedade

É frequentemente visível, nos doentes, sinais de grande tensão e ansiedade, denotando medo do desconhecido, dos tratamentos e dos meios auxiliares de diagnóstico que possam vir a realizar. É notório que não estão suficientemente informados da situação que vão experimentar. Essa ignorância, é em grande parte, responsável pelos níveis de ansiedade. Quando uma pessoa está ansiosa, a sua aprendizagem pode ser prejudicada. A ansiedade torna difícil a concentração e o processamento das informações que lhe são fornecidas. A ansiedade pode prejudicar, ainda, a retenção dos conteúdos aprendidos. Já que a ansiedade é um componente frequente nas idas aos serviços de saúde, não é surpresa que os utentes retenham pouca informação.

Messner (1993) refere que um dos aspectos que os doentes apreciam na prestação dos cuidados de enfermagem são as informações e explicações que os enfermeiros lhes vão fornecendo, pois ajudam-nos a passar por acontecimentos que desconheciam. O ambiente hospitalar pode reforçar a impressão de despersonalização. Com grande frequência muitos profissionais solicitam informações excessivas, de tal modo que os doentes podem sentir-se exaustos e extremamente confusos com o que se passa. Os doentes referem que o pessoal é amável mas compreendem que estão muito atarefados e têm pouco tempo. Pesquisas feitas nos últimos anos demonstram que há uma variada proporção de utentes que se consideram insatisfeitos com a informação que lhes foi prestada, tendo sido detectados muitos problemas e queixas, devidos a informação reduzida ou incompreensível sobre tratamentos e cuidados a prestar (Liberati et al, 1985; Dupont, 1987; Szmajke et al, 1987; Durà, 1990; Mártires, 1998; Rodrigues, 1999).

O transmitir informação não excessivamente exaustiva, mas ajustada às necessidades de cada doente, poderá constituir a estratégia mais adequada para reduzir o mais possível a

ansiedade e o medo do desconhecido. Doentes com conhecimentos adequados e suficientes estariam menos ansiosos, o medo do desconhecido seria diminuído, e a sua colaboração durante todo o tratamento seria mais eficaz.

Relativamente à ansiedade, as pessoas diferem na sua propensão. A ansiedade é uma emoção desagradável associada a uma situação ameaçadora ou à evocação desta situação (Porter e al., 2000). Pode constituir um traço estável da personalidade ou um estado emocional que flutua ao longo do tempo e em diferentes situações.

Pessoas com ansiedade de traço quando expostas a uma situação ameaçadora no caso a entrada num serviço de urgência, tendem a experimentarem níveis mais elevados de ansiedade comparativamente com outros indivíduos. Estes são associados a mudanças cognitivas, fisiológicas e comportamentais.

A nível cognitivo, os pensamentos funcionam como um elemento desencadeador do estado de ansiedade. A nível fisiológico, os sintomas são inúmeros e podem ser percebidos de forma patológica. A nível comportamental, são desenvolvidos acções para reduzir a ansiedade, podendo ser adaptativas ou não. Ataques repetidos de ansiedade são sinal de elevado nível de stress.

Quando o medo faz disparar o cérebro emocional, parte da ansiedade resultante, fixa a atenção na ameaça presente, forçando a mente a concentrar-se no que tem de fazer para enfrentá-la, (Daniel Goleman, 1995).

Ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores, (ira, ansiedade, depressão, pessimismo e solidão), é uma maneira de prevenir doenças. Existem estudos que provam que a toxicidade destas emoções quando crónica, é o equivalente ao hábito de fumar. A nível de saúde pública traria menos gastos com a saúde, e o tratamento seria mais humano. Quando um utente recorre a um serviço de urgência a maior parte das vezes está ansioso. Quando encontra um profissional que o escuta e ajuda a expressar as suas queixas, reveste-se de uma excelente ajuda para lidar com a dimensão emocional, ajudando-o a acalmar os medos e a enfrentar o desconforto de estar doente.

De acordo com Collière (2000:159) aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto das pessoas cuidadas como dos prestadores de cuidados, é uma importante fonte de sabedoria “*aprender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação*”.

Antoine de Saint-Exupéry (2001), escreve “*É com o coração que vemos claramente; o que é essencial é invisível aos nossos olhos.*”

Aliar os conhecimentos técnicos à emoção é um ponto crucial, uma vez que o enfermeiro contacta diariamente com pessoas em sofrimento.

Existem estudos em que a ansiedade e a depressão crónicas, tornam as pessoas mais susceptíveis a uma variedade de doenças. As emoções positivas ajudam a inverter o curso de doença.

Se olharmos para a medicina em termos economicistas, constatamos que uma medicina mais humana pode poupar dinheiro. Tratar doentes emocionalmente perturbados, evita o aparecimento de doenças ou ajuda os doentes a tratarem-se mais rápido. Evita também as idas ao serviço de urgência. Este tipo de tratamento deixa os doentes mais satisfeitos com o pessoal técnico e qualidade de serviço.

No entanto, nem sempre se faz na prática o que se preconiza na teoria. Na opinião de Walsh (1993), os enfermeiros por vezes evitam o envolvimento emocional com os doentes, usam mecanismos de defesa é mais fácil executar tarefas de uma forma rotineira, ritualista e não pensada, com o mínimo de envolvimento com o doente, do que lidar com as realidades da doença, tais como a dor, o sofrimento, a mutilação, a morte e todos os medos e ansiedades que as acompanham.

No entanto, pensamos que a familiarização com os profissionais pode criar, no doente, uma impressão duradoura sobre as suas atitudes e prioridades. Rodrigues (1999:31) refere que as primeiras impressões são as que mais perduram, é “*no momento da admissão que o doente se sente mais inseguro e desprotegido*”. É importante transmitir

a sensação de que se pretende responder a quaisquer perguntas sempre que elas sejam colocadas.

Relativamente aos **factores facilitadores** cada cultura tem a sua própria maneira de lidar com a doença. Esta transmite-se de geração a geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e rituais. Ora o conhecimento deste universo de significações e de representações sobre a saúde e a doença, aumenta o sucesso da comunicação, e por sua vez, o sucesso da eficácia dos serviços de saúde. A cultura afecta o modo como o indivíduo atende as diversas sensações e as transforma em queixas médicas (Good 1981). O valor atribuído aos sintomas difere muito em importância e significado, por efeito de crenças, de preconceitos e de conhecimentos que cada cultura aceita e transmite (Eisenber e Good, 1978).

A inteligência, o nível de instrução e a experiência prévia com a doença ou problema de saúde, podem ser factores facilitadores. Parece provável que os grupos sociais mais influenciados por crenças ancestrais possam recorrer ao curandeiro, que fala a sua linguagem e não a do médico, que poderá nem os entender nem ser entendido (Mechanic, 1978). Alguns utentes analfabetos ou semianalfabetos, ou de baixo nível educacional, têm dificuldades para compreender até mesmo explicações simples e claras sobre a sua problemática de saúde. Em contraste, utentes que conhecem a sua doença e que receberam explicações adequadas e claras sobre a mesma e sobre o tratamento, ou que sabem que sua doença não é séria, mostram pouca distorção da informação recebida. Aqueles cuja doença foi diagnosticada recentemente e que têm pouca informação prévia sobre a mesma, apresentam maior distorção acerca das informações recebidas. Não se sabe explicar muito bem se tem relação com a emoção.

A este propósito Damásio (2004: 57), escreve “ *a emoção surgiu, provavelmente, antes do despertar da consciência, e aparece em cada um de nós como resultado de indutores que nem sempre reconhecemos conscientemente* “. A forma como conseguimos gerir a informação parece associada ao estado emocional de cada um. É no teatro da mente consciente que os sentimentos produzem os seus efeitos mais importantes e duradouros, (Damásio, 2004). Ou seja é através dos sentimentos dirigidos para o interior, privados, que se originam as emoções, quando dirigidas para o exterior são públicas, iniciando o seu impacto na mente.

3.3.2. Comunicação e grau de satisfação

Os modelos de comunicação do profissional de saúde e utente/ familiar ou pessoa significativa, baseados na utilização por parte do profissional de uma fraseologia para classificar sintomas e diagnósticos conduzem a uma atitude de distanciamento e uma atitude impessoal deixando o utente frustrado, angustiado e insatisfeito relativamente aos cuidados.

Ou seja o modelo de comunicação profissional de saúde/ utente, unilateral, vertical, baseado na transmissão de uma mensagem, em que o emissor é considerado o possuidor do saber, a um receptor passivo (utente) sem conhecimentos, não tendo em conta as necessidades, o desejo de participar, aumenta o sofrimento, a ansiedade, o stress e a insegurança do utente. Assim como origina também insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados. Como refere (Ramos 2004), nos seus estudos uma parte da insatisfação dos cuidados de saúde diz respeito ao desempenho comunicacional dos profissionais de saúde.

Enquanto um modelo de comunicação interactivo que tenha em conta os saberes e o contexto sócio-cultural do utente que permita compreender não só ideias, preconceitos, intervindo de acordo com as necessidades detectadas, aumenta a satisfação do utente e a qualidade de atendimento.

Conclui-se assim que nos modelos em que a preocupação dominante é a perspectiva holística, predomina a valorização da relação interpessoal, o respeito de valores, cultura do utente e a promoção do auto cuidado.

Numerosos trabalhos evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre técnicos de saúde e o doente, no estado de saúde geral e na sua capacidade de adaptação aos tratamentos ((Kaplan e tal. 1989, Street, e tal. 1997).

Os médicos gregos na tradição hipocrática, diziam que o contrato entre o médico e um paciente é um Contrato de Amizade, que inclui uma confiança e afeição recíproca. O que significa que ao encontrar uma pessoa que lhe pede, ou então manifesta a

necessidade de cuidados ou conselhos de saúde, isto sem quaisquer limites de idade, sexo, nacionalidade, credo ou filosofia, o médico tem a obrigação profissional de fazer tudo o que pode por essa pessoa. O médico, a partir do Contrato de Amizade, tem de fazer por esse doente tudo o que fazia por um amigo. Por outras palavras, os doentes não são apenas problemas de diagnóstico e de terapêuticas.

As histórias contadas pelas pessoas sobre atendimento nos serviços de saúde, raramente elogiam a habilidade dos profissionais em comunicar adequadamente e com eficácia. Habitualmente, as pessoas criticam os jargões que são utilizados, a ausência de *feedback* com o doente e os cuidados despersonalizados. Não há dúvida de que a qualidade da comunicação com o profissional de saúde é importante para os doentes. A comunicação precária entre o profissional de saúde e o doente tem estado associada à má qualidade de cuidados prestados, bem como a não adesão do doente ao tratamento. Assim, um profissional interessado e atencioso é frequentemente julgado como competente, enquanto um profissional frio pode ser julgado como incompetente, tecnicamente.

Na verdade, a qualidade técnica do cuidado e a maneira como este cuidado é dispensado são factores independentes. Mesmo assim pode-se concluir que a comunicação entre o doente e o profissional é um ponto essencial para os pacientes se sentirem satisfeitos com os serviços de saúde.

O atendimento é o factor determinante para ter uma boa imagem de qualquer organização. Esta imagem é efectuada de forma directa ou indirecta pela informação recebida dos clientes que já usufruíram do serviço. Sendo de extrema importância a boa imagem causada no primeiro contacto.

Contudo, a satisfação é geralmente aceite como fundamental para a qualidade dos cuidados prestados (Salmon, 2000). Nesta perspectiva, conclui-se que a satisfação, depende em larga medida, da qualidade de atendimento do serviço, mais especificamente da sua componente relacional. Daí o sentido em ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores (ira, ansiedade, depressão, pessimismo e solidão), teria efeitos positivos a nível da saúde, por prevenir o aparecimento de doenças crónicas. Ao receberem tratamentos mais humanos, correspondia a maior satisfação dos utentes, com custos económicos menores para o sistema de saúde. Especialmente em

doentes emocionalmente perturbados na medida em que evita o aparecimento de doenças ou ajuda os doentes a curarem-se mais depressa. Beneficiando consideravelmente pelo facto de as suas necessidades emocionais serem atendidas, daí a relação basilar entre utente personagem central e o profissional passar pela comunicação.

CAPÍTULO 3 – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO: IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA PROBLEMÁTICA

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Nossa Senhora do Rosário – Empresas Públicas iniciou a sua actividade assistencial em Setembro de 1985, de forma a assegurar cuidados diferenciados a uma população em crescimento acelerado. Tem como área de influência os Concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, servindo uma população estimada em 240 000 habitantes. Localizado numa área limítrofe da cidade, onde confluem várias vias de acesso.

Está integrado na Unidade de Saúde do Barreiro, que é constituído por dois Hospitais – Hospital Nossa Senhora do Rosário, Empresas Públicas e Hospital do Montijo e por 6 Centros de Saúde – Centro de Saúde do Barreiro, Centro de Saúde da Quinta da Lomba, Centro de Saúde da Baixa da Banheira, Centro de Saúde da Moita, Centro de Saúde do Montijo, e Centro de Saúde de Alcochete e respectivas extensões de saúde, num total de 21 Centros.

Presta assistência em regime de Ambulatório, de Hospital de Dia e de Internamento.

1.1.1 Visão, Missão e valores

Visão – Ser um Hospital de excelência para a comunidade e uma referência Nacional.

Missão - Assegurar os cuidados de saúde ao nível da educação, da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua. Para tal promove a satisfação dos utentes e profissionais, respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições.

Valores – Profissionalismo, Humanismo, Inovação, Rigor, Eficiência, Responsabilidade.

Tem por objectivo a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que contextualizem a prestação de cuidados de saúde.

Ao longo da sua vida o Hospital, este tem sofrido alterações em termos funcionalidade. A partir de 2 de Maio de 2006, os Serviços de Internamento ficaram distribuídos segundo o critério das especialidades, representadas no quadro.

Quadro nº 2 – Distribuição dos serviços no Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.

SERVIÇO/UNIDADE FUNCIONAL	ESPECIALIDADES	LOTAÇÃO
Medicina I	Medicina Interna (21 camas) Oncologia (9 camas)	30
Medicina II	Medicina Interna (27 camas) Dermatologia (3 camas)	30
Unidade Funcional de Pneumologia, Gastroenterologia e Neurologia	Pneumologia (9 camas) Isolamento (3 camas) Gastroenterologia (6 camas) Neurologia (6 camas)	30
Cardiologia	Cardiologia (15 camas) UCDC (6 camas)	21
Cirurgia I	Cirurgia Geral (30 camas)	30
Cirurgia II	Cirurgia Geral (24+6 camas no S. Urologia) UCMC (6 camas)	36
Urologia	Urologia (21 camas)	21
Ortopedia	Ortopedia (22 camas) Ortopedia Infantil (3camas no S. Pediatria) Cirurgia Plástica e Reconstructiva (5camas)	30
Ginecologia	Ginecologia (17 camas) Otorrinolaringologia (5 camas) Oftalmologia (5 camas)	27
Obstetrícia	Obstetrícia (30 camas) com 30 berços	30
Pediatria	Pediatria (21 camas) Neonatologia (10 camas)	31
Psiquiatria	Psiquiatria (24 camas) UICD Psiquiatria (8 camas)	32
UCI	Polivalente (5 camas)	5
Urgência	UIPA (8 camas)	8
	TOTAL	361

1.1.2. Caracterização do Serviço de Urgência

Para entendermos, de um modo abrangente, uma determinada situação é indispensável situá-la no seu contexto. A estrutura do serviço, as características da equipa, a organização e metodologia de trabalho e as rotinas instituídas influenciam os modos de estar, pensar e agir.

1.1.3. Espaço Físico/ Recursos Materiais do serviço de Urgência

O Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário entrou em funcionamento a 30 de Setembro de 1985, após a abertura de alguns Serviços de Internamento.

A população à qual dá apoio em cuidados de saúde, tem vindo, nos últimos anos a aumentar consideravelmente, sendo a afluência de Utentes muito elevada. Assim, para que se possa ter uma ideia sobre essa afluência, elaborámos a seguinte tabela, com base nas admissões nos últimos três anos:

Tabela nº 1 – Movimento de doentes de 2004 – Maio de 2006

	2004	2005	2006
Janeiro	9.524	12.279	11.471
Fevereiro	9.272	10.490	10.794
Março	9.726	10.254	11.218
Abril	9.523	9.372	9.808
Maió	10.380	10.125	11.139
Total	48.425	52.520	54.430

Em Novembro de 2006 iniciou-se a *Triagem de Prioridades de Manchester* que consiste em separar os utentes em vários grupos de acordo com a gravidade da situação clínica apresentada, aos quais correspondem tipos - alvo previstos para o seu atendimento.

Os doentes serão distribuídos em prioridade vermelha, laranja, amarela, verde e azul, conforme a sua situação for considerada emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. Posteriormente, serão encaminhados para observação pela especialidade médica responsável pelo atendimento da patologia que apresentam.

Com a implementação deste sistema, o Conselho de Administração do hospital espera oferecer condições de melhor qualidade e segurança no atendimento aos utentes.

A estrutura física do Serviço de Urgência não é a mesma desde o início do seu funcionamento. Tem sofrido várias remodelações ao longo dos anos, afim de melhorar a qualidade do atendimento ao Utente. É composta por uma área de internamento e uma área de ambulatório.

Do ambulatório fazem parte dois sectores (Balcão e Directos). O Balcão tem um atendimento com a finalidade de fazer a triagem dos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência, é constituída por 2 salas de atendimento (I e II) que fazem a consulta e encaminham os utentes segundo as necessidades para as diversas especialidades tendo anexas 3 salas: uma ao atendimento de Medicina, outra de Cirurgia e outra destinada às especialidades de Psiquiatria, Cardiologia, Neurologia e Urologia. Os Directos destinam-se aos utentes que necessitam de cuidados imediatos, tendo anexas a Sala de Pequena Cirurgia e de Reanimação. Há ainda a sala de Inalatórios onde são tratados utentes com problemas respiratórios.

O internamento sofreu remodelações recentes e foi equipado com meios técnicos, tendo beneficiado o serviço e os profissionais por terem oportunidade de prestarem cuidados de forma mais segura e inovadora. Inclui Sala de Observação (S.O.) e a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (U.I.P.A.). A Sala de Observações (S.O.), atribuindo-lhe um novo conceito de funcionalidade, destina-se preferencialmente à observação de doentes médico cirúrgicos, que não carecem de internamento imediato. Permite uma avaliação prolongada que não deverá exceder um período de 24 horas. Apesar de não ser uma área preferencial para internamento, é possível manter em observação sete doentes (4 macas e 3 camas), dispondo para todos de monitorização não invasiva, oxigenoterapia e aspiração por vácuo. A Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (U.I.P.A.), destina-se a doentes com patologias agudas e/ou emergentes. Tem capacidade para oito camas divididas por três salas e possui meios técnicos como: equipamento para ventilação mecânica (2), monitores, desfibrilhador e todo o material necessário para cuidados mais específicos. Aqui o utente pode permanecer mais tempo desde que a sua situação de saúde assim o exija. Quando estabilizado é transferido para os pisos de internamento.

1.1.4. Recursos Humanos

A equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência é constituída por quarenta e cinco enfermeiros:

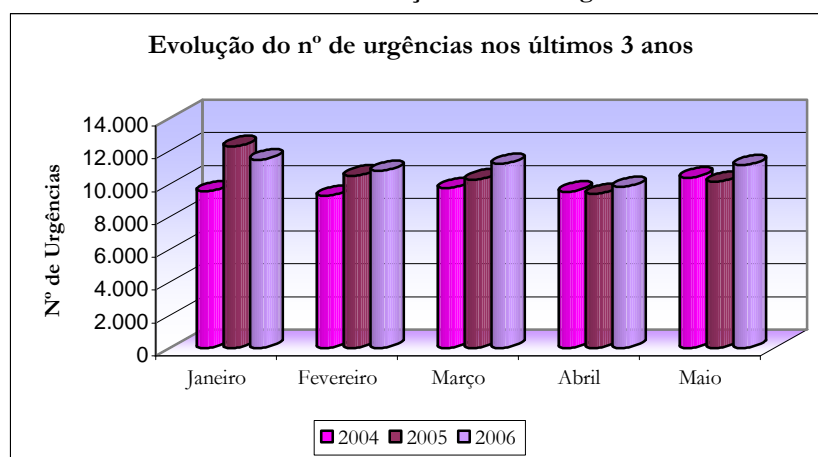
- 1 Chefe de Serviço com a especialidade Médico-cirúrgica;
- 2 Enfermeiros de nível 1 em horário fixo (manhã) a 42 horas semanais, responsáveis pela gestão de recursos materiais (consumo clínico e farmácia) e equipamento;
- 5 Enfermeiros nível 1 em horário de manhãs e tardes a 35 horas semanais, que são elementos de reforço da equipa de enfermagem nestes turnos;
- 5 Equipas constituídas por sete Enfermeiros de nível 1, que incluem o enfermeiro chefe de equipa com horário de 42 horas semanais e 7 enfermeiros com horário de 35 horas (semanais).

1.1.5. Metodologia de Trabalho

O modelo de Organização dos Cuidados praticado no serviço é o Modelo de Trabalho de Equipa. Existe um elemento com as funções de chefe de equipa, faz a distribuição dos enfermeiros da equipa pelos diversos sectores, com rotatividade semanal. Esta distribuição pode ser alterada de acordo com as necessidades do serviço. O pensamento dos enfermeiros está mais direccionado para o funcionamento do serviço e inter-ajuda entre profissionais, esquecendo por vezes a personalização de cuidados.

1.1.6. Afluência de Utentes

Gráfico n° 1 – Evolução do n° de urgências



1.2. SERVIÇO DE ENFERMAGEM E FILOSOFIA ASSISTENCIAL

1.2.1. Enquadramento Legal do Desempenho

O exercício profissional de enfermagem está assente em normas deontológicas e em leis que regem a profissão, tais como:

- Estatuto da Ordem de Enfermeiros e Código Deontológico do Enfermeiro – Dec.Lei nº104/98
- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem – Dec. Lei nº161/96
- Carreira de Enfermagem – Dec. Lei nº 437/98, Dec.Lei nº 411/99, no Regulamento de Avaliação do Desempenho – Despacho 2/93.

Além das normas que regem e orientam o exercício profissional, existem os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e as competências do enfermeiro de cuidados gerais (Anexo I).

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Partindo do pressuposto de que a operacionalidade dos conceitos é uma fase intermédia entre a construção do problema e o questionamento da realidade (D'Ancora: 2000), importa-nos reflectir e considerar os indicadores e respectivas variáveis.

Lembramos que um dos problemas com que se debate a investigação empírica, quando recorre aos indivíduos como fonte de informação, é saber que em tais condições podem ser afectadas por um certo número de enviesamentos, decorrentes da consciência que os sujeitos têm de que estão a ser observados. Daí as nossas observações das interacções terem sido efectuadas sem que os enfermeiros ou utentes soubessem que estavam a ser observados.

Partilhando a profissão dos sujeitos do estudo e dividindo com eles as vivências da prática no mesmo serviço, com momentos de satisfação e insatisfação. Assim procuramos respostas para que se possa cuidar o melhor possível, procurando na comunicação com os utentes, a importância que a mesma tem no cuidar.

Pretendemos que o conceito de comunicação seja construído não só através da fundamentação teórica, como também numa reflexão sobre a análise das práticas, seguindo um movimento indutivo, que segundo Fortin (1998:40) “*consiste numa generalização a partir de relações precisas, observadas na realidade*”. Partindo, assim, da análise das práticas, valorizamos o princípio de interacção entre enfermeiros e utentes na área de comunicação, na prestação de cuidados, num serviço de urgência.

Chegados a esta fase, deu-se conhecimento das pretensões do estudo no Serviço de Urgência com os objectivos à Enfermeira Chefe e aos colegas do serviço. Informou-se o Conselho de Administração das pretensões do estudo e pediu-se autorização (Anexo II), para aplicar um questionário relativo aos enfermeiros e outro aos utentes. Após ter recebido os pareceres favoráveis, das diversas entidades e órgãos, inclusive da Comissão de Ética, deu-se início à aplicação dos questionários.

2.1. POPULAÇÃO

Como participantes do estudo consideram-se os enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência na prestação directa de cuidados ao doente, do Hospital Nossa Senhora do Rosário – E.P.E. e os utentes que recorrem ao serviço, na área de balcão, que se mostrem disponíveis a participar no estudo, com os critérios de inclusão estabelecidos.

Fortin (1994:373) define população como “*conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação*”.

2.1.1. Amostra

Fortin (1996: 203) define amostra como “*um subconjunto duma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população*”.

A constituição de uma amostra implica um processo de selecção que se denomina de amostragem. De acordo com Carmo e Ferreira (1998), a amostra é classificada segundo a técnica de amostragem utilizada. No nosso estudo foi utilizado a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, tal como refere Carmo e Ferreira (1998:197) “*na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível*”, tendo obedecido a selecção da amostra a critérios de inclusão.

Constituímos duas amostras:

- Amostra de enfermeiros, (formada por 30 indivíduos)
- Amostra de utentes, (formada por 30 indivíduos)

Consideramos os seguintes critérios de inclusão:

Para os enfermeiros:

- ✓ Ambos os sexos
- ✓ Prestem cuidados directos aos utentes
- ✓ Façam turnos na área de balcão do H. N. S. R. – E. P. E.
- ✓ Exercem funções há mais de 1 ano

- ✓ Estejam interessados em participar no estudo

Para os utentes:

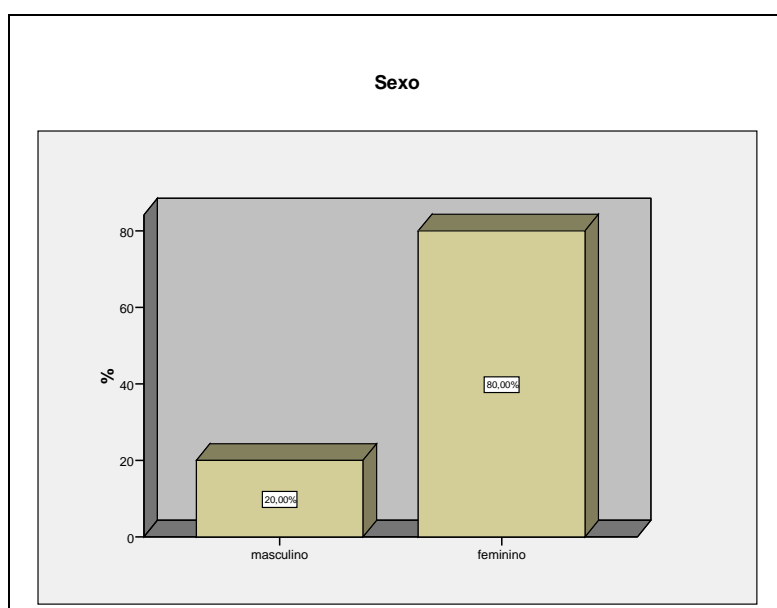
- ✓ Ambos os sexos com necessidade de cuidados de enfermagem
- ✓ Recorram à área de balcão do H. N. S. R. – E. P. E.
- ✓ Conscientes, orientados, colaborantes
- ✓ Não apresentem risco de vida
- ✓ Estejam interessados em participar no estudo.

Numa primeira fase foi efectuada uma análise de dados sócio demográficos com tratamento de estatística descritiva, com a finalidade de enquadrarmos a nossa população alvo.

2.1.1.1 Caracterização da amostra dos enfermeiros

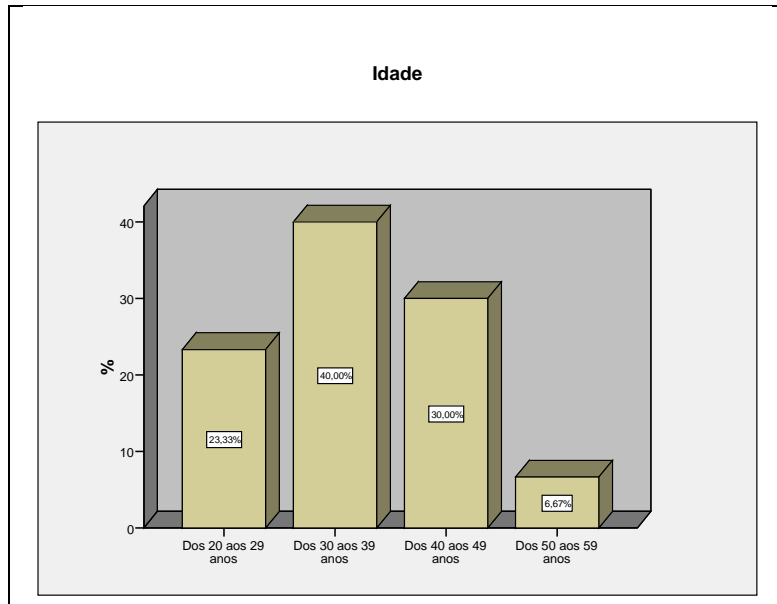
Foi caracterizada segundo 4 parâmetros designadamente, o sexo, a idade, o exercício profissional e os anos de serviço na Urgência.

Gráfico nº 2 – Distribuição da amostra por género – Enfermeiros



A amostra não é homogénea relativamente ao género, uma vez que na nossa amostra temos 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Esta situação pode ficar a dever-se ao facto desta ser uma profissão de predominância feminina.

Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra por idade – Enfermeiros

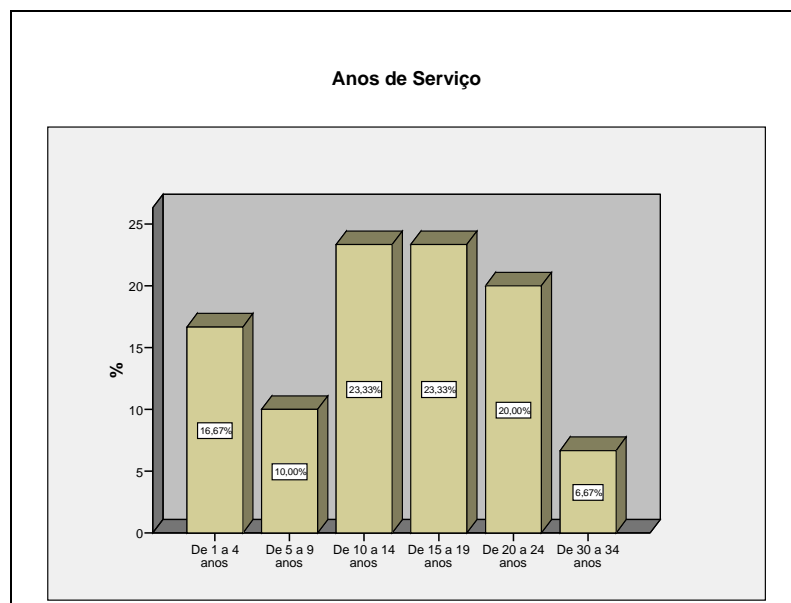


Estadística Descritiva

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade	30	36,63	7,430	24	52

A idade dos enfermeiros inquiridos varia entre os 24 e os 52 anos, apresentando uma média de 36,63 anos e um desvio padrão de 7,43 anos. Existe uma maior percentagem de enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos (40%) e uma menor percentagem entre os 50 e os 59 anos (6,7%).

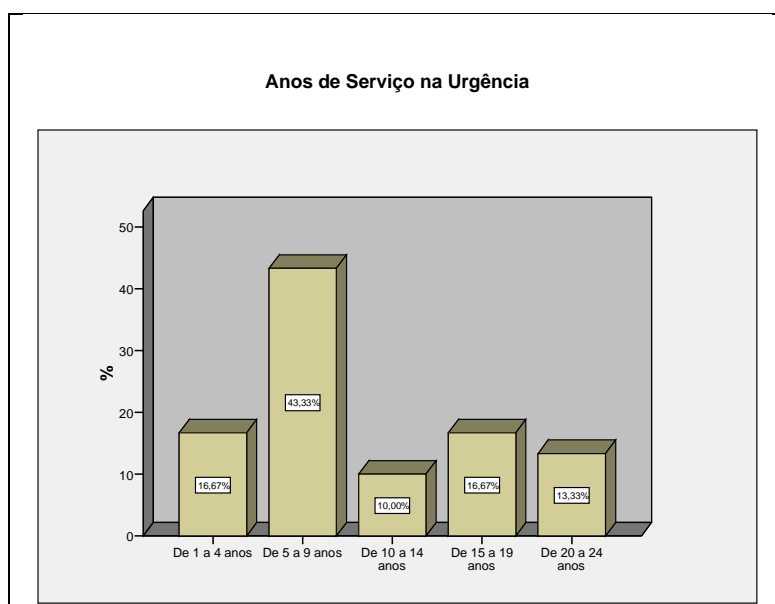
Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra por anos de serviço



Estatística Descritiva					
	N	Média	Desvio	Mínimo	Máximo
			Padrão		
Anos de Serviço	30	13,907	7,9249	1,4	33,0

Os enfermeiros inquiridos apresentam no mínimo 1,4 anos e no máximo 33 anos de serviço, com uma média de 13,907 anos e um desvio padrão de 7,9249 anos. Os enfermeiros que constituem a amostra apresentam um intervalo de tempo de anos de serviço entre 1 a 34 anos, existindo uma maior percentagem nos intervalos entre 10 e 14 anos (23,3%) e entre 15 e 19 anos (23,3%), com 7 enfermeiros para cada um dos intervalos, como se pode ver em anexo a frequência absoluta e a frequência relativa no quadro anterior.

Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra pelos anos de serviço na urgência



Estatística Descritiva					
	N	Média	Desvio	Mínimo	Máximo
			Padrão		
Anos de Serviço de Urgência	30	9,907	6,2503	1,4	20,0

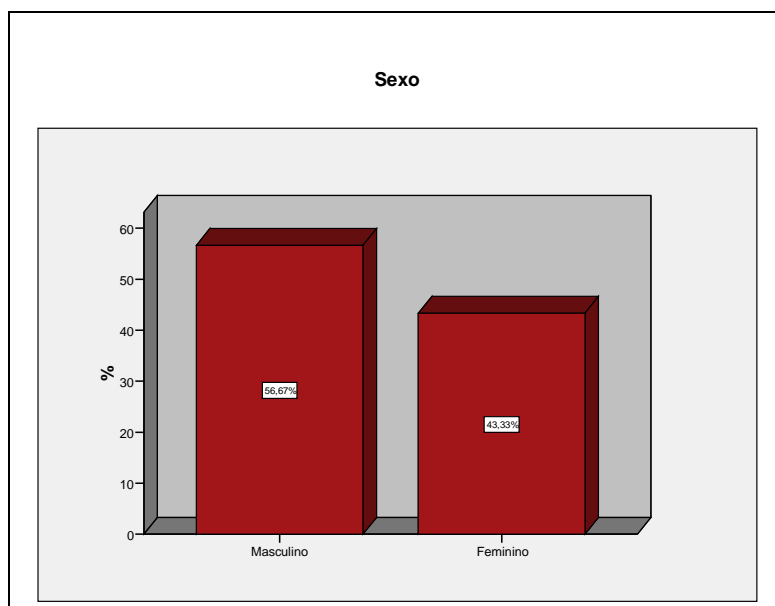
Os enfermeiros inquiridos apresentam no mínimo 1,4 anos e no máximo 20 anos de serviço na urgência, com uma média de 9,9 anos e um desvio padrão de 6,2503 anos. Relativamente aos anos de serviço na urgência, pode-se ver que há 5 enfermeiros (16,7%) que estão no serviço de urgência entre 1 e 4 anos. Entre 5 a 9 anos no serviço de urgência é o intervalo que apresenta maior percentagem, isto é, com mais enfermeiros (13), apresentando uma percentagem de 43%, como se pode ver através do gráfico anterior.

Em resumo, a amostra dos enfermeiros é constituída maioritariamente por sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre 24 e 52 anos, com maior percentagem entre os 30 e 39 anos. Tem entre 1 e 33 anos de serviço com maior percentagem entre 10 – 14 e 15 – 19 anos e uma média de 14 anos de serviço. Trabalham no serviço de urgência, maioritariamente, entre 5 – 9 anos e uma média de 10 anos.

2.1.1.2. Caracterização da amostra dos utentes

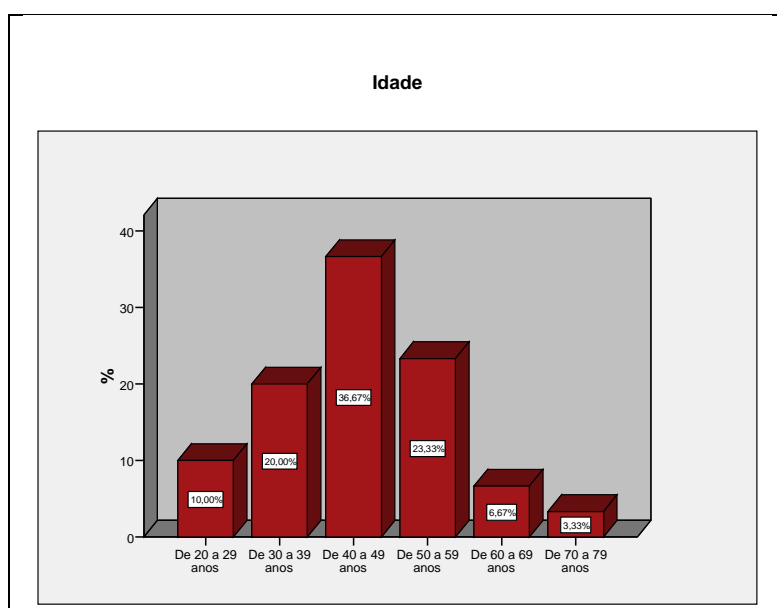
Foi caracterizada segundo 7 parâmetros designadamente sexo, idade, local de residência, centro de saúde de Apoio, estado civil, habilitações literárias e profissão.

Gráfico nº 6 – Distribuição da amostra por género – Utes



A nossa amostra de utentes, que respondeu voluntariamente ao nosso questionário, é constituída por 17 homens (56,67%) e 13 mulheres (43,33%), como se pode ver pelo gráfico nº 6.

Gráfico nº 7 – Distribuição da amostra por grupo etário – Utentes



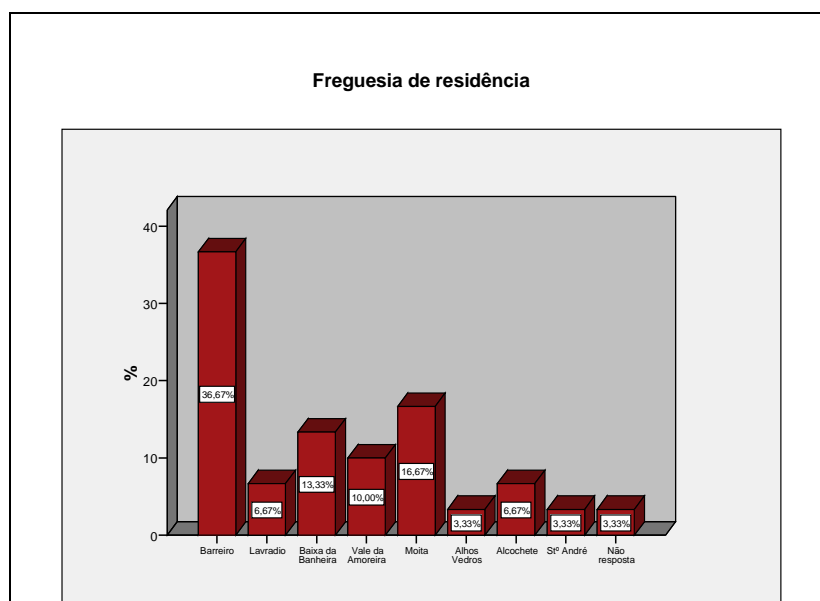
Estadística Descritiva

	N	Média	Desvio		
			Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	30	44,80	11,874	21	70

A idade dos utentes inquiridos varia entre os 21 e os 70 anos, apresentando uma média de idade de 44,80 anos e um desvio padrão de 11,874 anos.

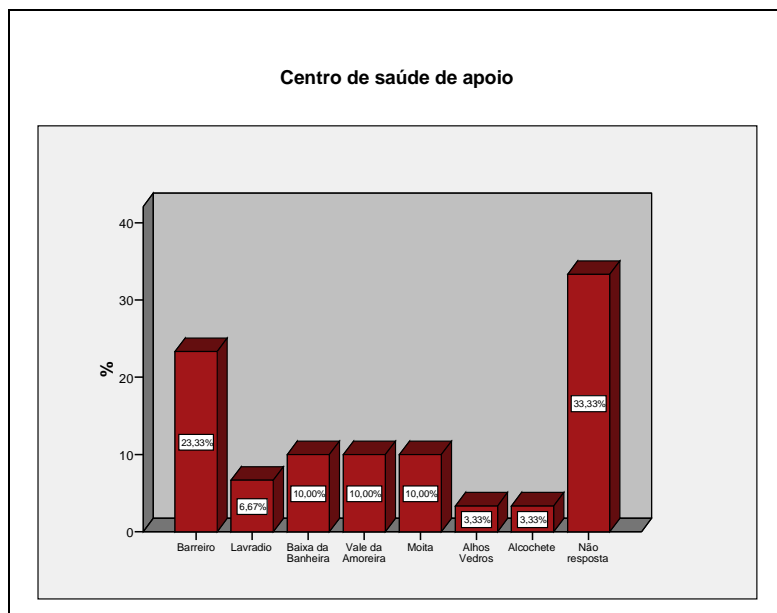
Tal como podemos constatar através do gráfico nº 7, existe uma maior percentagem de utentes com idade entre os 40 e 49 anos (36,7%) relativamente às outras classes etárias. Foi inquirido apenas um utente (3,3%) na classe dos 70 e 79 anos.

Gráfico nº 8 – Distribuição da amostra por freguesia de residência



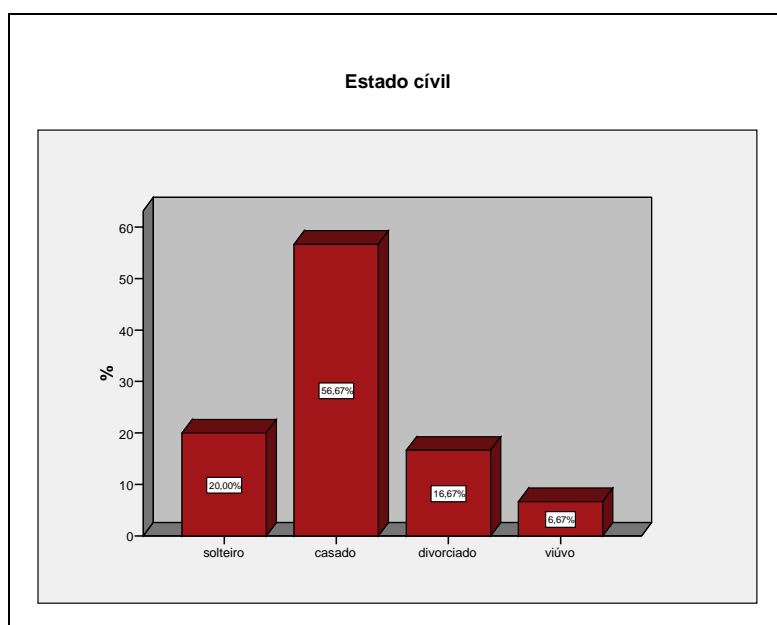
A maioria dos utentes inquiridos reside na cidade do Barreiro (36,7%). Cerca de 46,7% residem no Conselho do Barreiro (Barreiro, Lavradio e Sto André), 43% na freguesia da Moita (Moita, Baixa da Banheira, Vale de Amoreira, Alhos Vedros).

Gráfico n° 9 – Distribuição da amostra por Centro de Saúde de Apoio



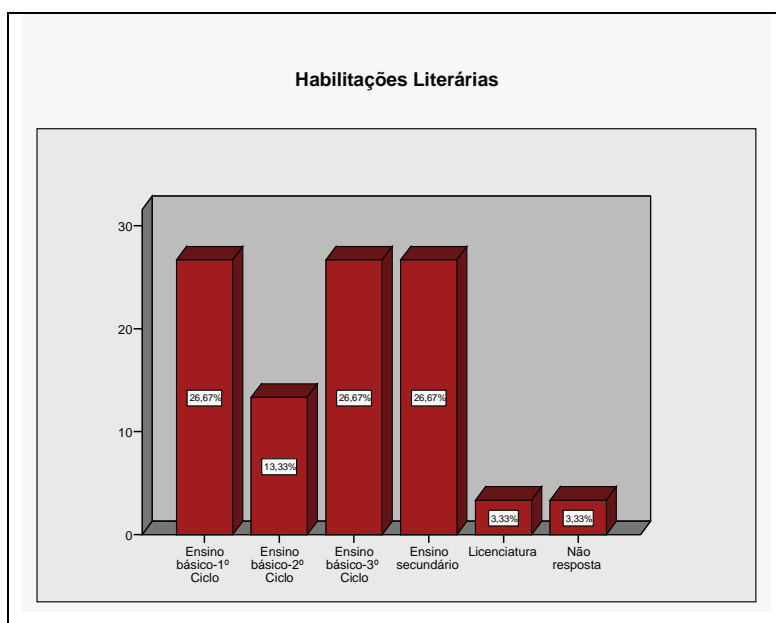
Existiu uma percentagem elevada de utentes inquiridos que não respondeu a esta questão, 23,3% dos inquiridos dizem ter como Centro de Saúde de Apoio, o Centro de Saúde do Barreiro.

Gráfico n° 10 – Distribuição da amostra por Estado Civil



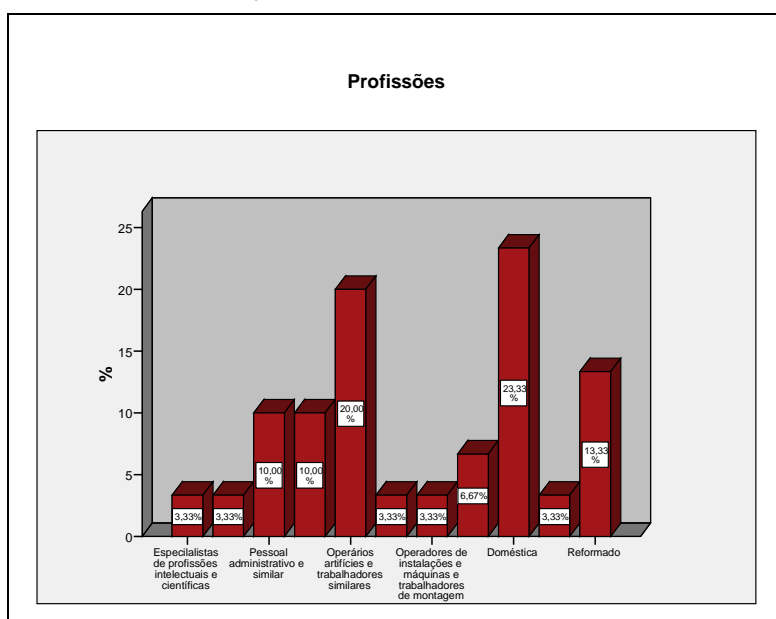
A população constituente da nossa amostra é maioritariamente casada, embora 20% seja solteira.

Gráfico nº 11 – Distribuição da amostra por habilitações literárias



Relativamente às habilitações literárias, encontramos 3 grupos com a mesma percentagem. Assim a nossa amostra de utentes reparte-se de forma igualitária pelos seguintes ciclos de estudo: Ensino Básico – 1º ciclo de estudos (26,7%), Ensino Básico – 3º Ciclo (26,7) e Ensino Secundário (26,7%). O Ensino Básico - 2º Ciclo surge em 2º lugar com 13,3%. A percentagem de utentes licenciados é a percentagem mínima observada (3,3%).

Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra por Actividade Profissional – Utes



Na amostra dos utentes, há 23,3% de domésticas e 20,0% de operários artífices e trabalhadores similares, tendo o maior número com 43% distribuídos por um grande leque profissional como se pode observar no gráfico.

Em resumo, a amostra de utentes é constituída por número idêntico de homens e de mulheres (mais 4 homens em relação ao número de mulheres), com idades compreendidas entre 20 e 70 anos, tendo um número mais elevado (11) entre 40- 49 anos. Residem, em percentagens idênticas, na freguesia do Barreiro e da Moita (embora mais 3,5% na freguesia do Barreiro). São maioritariamente casados, com habilitações literárias baixas ao nível do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo e com actividade profissional predominante, domésticas e operários artífices.

2.2. TIPO DE ESTUDO

O estudo é exploratório descritivo:

Exploratório, segundo Fortin (1998:204) “*visa obter novos conhecimentos, pela descrição, comparação e classificação de observações relativas a certos conceitos.* Segundo Gil (1989:44-45) “*é realizado quando um tema em pesquisa é pouco explorado...e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos...para estudos posteriores*”.

Descritivo porque nos interessa adoptar um processo ordenado que nos leve a percorrer uma série de etapas, desde a definição do problema à obtenção de resultados. Fortin diz (1998:22) “*observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o objecto tal como se apresentam, sem procurar controlá-los...*”, sendo nosso objectivo descrever e interpretar, mais do que avaliar. De acordo com Vala (1986), neste tipo de estudo o investigador, “*visa a descrição tão exhaustiva quanto possível de um acontecimento, de um caso, de uma população...*” (pág. 105). Sendo nosso objectivo compreender o fenómeno em estudo, concordando com De Bruyne (1991) quando afirma que este tipo de abordagem visa aprender a explicitar o sentido da actividade social, individual e colectiva, enquanto realização duma intenção.

Considerando que a área em estudo tem intrincados detalhes acerca de fenómenos, como os sentimentos, o processo de pensamento e as emoções que são difíceis de extrair ou compreender, considerou-se a abordagem quantitativa, qualitativa e indutiva, a Ground Theory em que é utilizada uma abordagem qualitativa para explorar os processos sociais nas interações humanas, com a finalidade de analisar de modo profundo práticas, comportamentos e atitudes dos indivíduos ou grupos, tais como funcionam na vida real (Polit & Hungler, 1991).

Strauss e Corbin (1990) sugeriram que a metodologia da Ground Theory é uma técnica que pode ser usada para desenvolver uma teoria a partir de dados sistematicamente recolhidos e analisados. Começa com um fenómeno que o investigador acha que está inadequadamente explicado, do ponto de vista teórico e com um problema de investigação bem definido. De uma perspectiva indutiva, a teoria emerge de observações específicas e de dados colhidos.

De acordo com Pandit (1996), a metodologia da **Ground Theory**, desenvolve-se em 5 fases e nove passos:

- Fase do desenho de investigação, (Revisão de literatura técnica; Selecção de casos)
- Fase da recolha de dados, (Desenvolver um protocolo rigoroso de recolha de dados; Entrando no campo)
- Fase de ordenação de dados, (Ordenação dos dados)
- Fase de análise de dados, (Analisar e relacionar com o 1º caso; Amostragem teórica; Alcançar o encerramento)
- Fase da comparação com a literatura, (Comparar a teoria emergente com a extensa literatura existente).

No nosso estudo, estamos interessadas em estudar a interacção entre o enfermeiro e o utente, que é o foco de observação. A pergunta de investigação identifica o fenómeno: *Como é que a comunicação do enfermeiro/ utente no serviço de urgência interfere no cuidar?*

2.3. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

A técnica de investigação está dependente dos objectivos propostos, como já foi referido. Assim as técnicas de investigação eleitas foram o inquérito, na sua forma mais estruturada, o questionário e a observação participada.

Interessa-nos perceber a relação entre as variáveis dos questionários com o sistema de categorias resultantes dos indicadores estabelecidos para a observação. Neste sentido, propomo-nos explicitar a triangulação por nós utilizada. Segundo Fortin (1989:140) “*é uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um fenómeno*” aumentando assim a amplitude e profundidade do estudo.

No nosso caso interessa-nos sobretudo a triangulação de dados, provenientes de diferentes fontes de informação, relativos ao objecto de análise (comunicação de enfermeiro / utente). A observação permitiu-nos interagir com os sujeitos do estudo de uma forma natural e discreta, compreender os actos, as palavras e os gestos no seu contexto.

Optámos pela combinação de métodos de natureza quantitativa, operacionalizados pelo (questionários), com métodos de natureza qualitativa, com a técnica de análise do conteúdo, operacionalizados pelas (notas de campo e pela questão aberta do questionário dos enfermeiros).

Belson (1965) citado por (Silva A.; Pinto J.) definiu a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite “*a descrição objectiva, sistemática e quantitativa de conteúdo manifesto da comunicação*”(pág. 103). Através da análise dos dados procura-se a variável principal que serve como conceito fundamental da produção da teoria, permitindo-nos compreender fenómenos relacionados com a comunicação do enfermeiro / utente no serviço de urgência e se interfere no cuidar.

2.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para obtermos uma compreensão mais global do problema em estudo, além do questionário, consideramos importante fazer análise documental, por proporcionar dados que podem servir de ligação com outros que se vierem a obter no decurso da investigação (Burgess, 1997).

Na recolha de dados foram utilizados dois questionários e a observação participante.

Questionário

Seleccionamos o questionário enquanto método quantitativo, que nos permitiu colher dados de uma forma sistemática, quantificáveis, contendo o menor enviesamento possível. As questões foram construídas com o objectivo de colhermos informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos, ou ainda sobre as atitudes, as crenças e as intenções dos participantes (Fortin).

Foram construídos dois questionários tendo-nos baseado na operacionalidade do conceito da concepção do cuidado de enfermagem e a interacção enfermeiro/utente, considerando as dimensões e indicadores bem como as variáveis em estudo.

O questionário dos enfermeiros (Anexo III) tem 23 questões fechadas de gradação, dividido em três partes, a primeira parte, composta por quatro questões de identificação dos sujeitos, a segunda parte por 18 questões relativas à concepção do cuidado de enfermagem e interacção do enfermeiro/utente e a terceira parte por uma questão aberta de opinião que visa informação do foro intra-pessoal e procura uma dimensão emocional na prestação de cuidados.

O questionário dos utentes (Anexo IV) tem um total de 30 questões fechadas de gradação, dividido em duas partes, a primeira parte, composta por sete questões de identificação dos sujeitos, a segunda parte, questões relativas à concepção do cuidado de enfermagem e a interacção do enfermeiro/utente.

Observação Participante

No sentido da compreensão mais global do problema em estudo, para além do questionário, consideramos de grande importância fazer uma análise documental, uma vez que esta proporciona dados que podem servir de ligação com outros que se vierem a obter no decurso da investigação (Burgess, 1997).

A observação é uma actividade de que o ser humano sempre se serviu no contexto das suas interacções, pode-se dizer que é intrínseca ao ser humano.

Se pensamos em Darwin constatamos que recorre a estritas normas de observação e registo pormenorizado do observado. Falar em observação enquanto técnica de recolha de dados não é uma novidade, mas pode gerar alguma controvérsia, principalmente quando o cientista faz parte do mundo social que estuda (Strauss, 1985). Neste caso colocam-se problemas de rigor científico que é preciso ter cuidado. Assim Olabuénaga (1999), define a observação, citado por Lopes (2006:121), como “*processo de contemplação sistemática e sucessiva da vida social, sem a manipular nem a modificar*”. Lacey (1976) definiu observação participante, citado por (Bell:141) como “*a transferência do indivíduo total para uma experiência imaginativa e emocional na qual o investigador aprendeu a viver e a compreender o novo mundo*”.

O presente estudo é feito onde a investigadora, desempenha a sua actividade profissional. O principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador e os principais procedimentos são a presença prolongada no contexto social em estudo e o contacto directo com as pessoas, as situações e os acontecimentos. O seu papel não é apenas de observador, executa funções junto dos seus parceiros, observando as pessoas (enfermeiros/utentes), as actividades, os comportamentos, as interacções verbais e regista, da forma mais objectiva possível, sem ser notado para depois interpretar os dados recolhidos.

A observação foi dirigida para a interacção de enfermeiro - utente no contexto Hospital serviço de urgência – área de balcão.

2.5. PROCEDIMENTOS

Dedicámos o mês de Março de 2006 à construção dos questionários e à aplicação dos pré-testes, a utentes e enfermeiros para verificar se estavam explícitos de acordo com os objectivos.

De salientar que os questionários não sofreram grandes alterações, apenas algumas correcções pouco significativas de ordem ortográfica.

Os nossos questionários foram dirigidos a uma amostra de utentes e a uma amostra de enfermeiros.

Houve um período de interrupção de 3 meses, que se deve ao facto de no final do mês de Junho de 2006, pedir-se autorização ao Conselho de Ética e Conselho de Administração, para aplicar os questionários, tendo recebido o parecer favorável em Setembro de 2006.

Foram distribuídos 30 questionários a utentes e 30 questionários a enfermeiros, durante o mês de Setembro de 2006.

A distribuição dos questionários foi directa. O dos utentes foi aplicado no dia que recorreram ao serviço de urgência depois de terem sido atendidos. O dos enfermeiros foi distribuído e recebido 2 a 3 dias depois. Todos os questionários distribuídos foram recebidos.

Atendendo a que a observação participante implica capacidade de observação, boa preparação teórica e empírica, formação metodológica sólida e capacidade de distanciamento, para ter capacidade de interpretar os comportamentos, dedicamos o mês de Maio, à aquisição de técnicas de observação.

Pela observação participante, foi-nos possível partilhar das mesmas experiências dos indivíduos que constituíram o objecto de estudo, tornando-se possível compreender melhor as suas formas de agir e adquirir conhecimento integrado da sua cultura (Carmo e Ferreira, 1998).

Ao planearmos a estratégia de observação participante, optámos por combinar o papel do investigador com o papel de prestador de cuidados, o que nos permitiu participar na vida da população observada.

A observação dos sujeitos do estudo decorreu entre 24/9/06 e 12/11/06, tendo efectuado duas notas de campo por enfermeiro, uma no princípio do turno e outra no fim do turno, com a finalidade de saber se o cansaço físico ou psicológico interferia nas interacções. Tentava-se registar não só a causa da interacção, o conteúdo ou seja o diálogo verificado e as expressões não verbais observadas em cada uma dos intervenientes.

Ao delinear o foco de observação, sentimos necessidade de construir um instrumento com um conjunto de indicadores que nos permitissem seleccionar a informação relevante, ao objectivo da nossa investigação.

Assim definimos como objectivos da nossa observação:

- a) - Identificar os motivos subjacentes ao início da relação.
- b) - Identificar comportamento, que caracterizam o processo de cuidar, relacionados com a comunicação do enfermeiro / utente.
- c) - Identificar dificuldades no contexto da relação, que possam intervir na qualidade de atendimento no serviço.

Para atingir os objectivos, fizemos um guião de observação (Anexo V) com um conjunto de indicadores para retratar o objecto de estudo, considerando a gestão de sentimentos e a gestão de informação:

- ✚ Motivo que desencadeou a interacção (natureza da relação) e de quem partiu a interacção
- ✚ Comportamento do enfermeiro
 - Atitude em relação a si e os outros
 - Orientação / informação
 - Tomada de decisão
 - Escuta
 - Toque – presente, ausente
 - Postura corporal (inclinação do tronco, anterior, posterior, lateral)
 - Expressão facial (concordância, discordância)

🚦 Contexto da interacção

Stress

Cansaço

Sob pressão (solicitações)

Após ter feito o guia, consideramos o tipo de interacções de enfermeiro /utente que iríamos observar:

- Enfermeiros com mais de 1 ano de actividade
- Enfermeiros na prestação directa de cuidados
- Utentes que não apresentem risco de vida
- Utentes conscientes, orientados, colaborante, sem lesões impeditivas da comunicação verbal e dependentes da intervenção do enfermeiro.

Não determinámos limite de tempo da observação das interacções porque, devido ao contexto onde é feito o estudo, são, de uma forma geral de curta duração. Assim, definimos os limites de início, o fim da interacção e de quem partiu.

Também não determinámos o número de interacções por enfermeiro, no sentido que serão as necessárias até saturação de dados por enfermeiro em relação a si próprio.

Passou-se à construção de regras que guiam os procedimentos de observação e registo.

- Estar de serviço com os participantes colaborando na prestação de cuidados.
- A interacção inicia com contacto verbal e não verbal entre enfermeiro e utente independentemente de quem iniciou, considerando a distância física máxima de 210 cm, terminando quando enfermeiro ou utente se afastem.
- Serão consideradas para observação toda a área de balcão.
- Os períodos de observação serão efectuados nos turnos da manhã (8-16 H) e da tarde (16- 23 H).
- O observador estar a uma distância máxima de 3 metros do enfermeiro e do utente. Numa área onde seja possível visualizar toda a área corporal dos observados, assim como ouvir o diálogo.
- Utilizar um auxiliar de memória, com os indicadores de observação.
- Após cada observação anotar as notas de campo num local onde tenha privacidade.

- Anular a observação sempre que o observador se aperceba que está a ser observado.
- Fazer o número de observações por enfermeiro até saturação de dado.
- Fazer o registo informático das interacções no prazo de 1 semana.

2.6. TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Pretendemos respostas para as questões de investigação levantadas. Os dados são o centro de atenção do investigador, sendo que estes devem ser recolhidos sem olhar à sua natureza (qualitativos ou quantitativos), numa tentativa de confirmar uns com os outros. Utilizamos na análise dos dados a metodologia da Ground Theory, o processo através do qual vamos descobrir as categorias e as suas características, a relação com as subcategorias e com a categoria central, e deste modo construir uma estrutura conceptual coerente (Pandit, 1996; Strauss & Corbin, 1998; Lopes, 2003). Faz-se a codificação ou seja como diz Holsti, citado por (Bardin: 97) “*é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo*”, esta pode ser: aberta, axial e selectiva.

A *codificação aberta* é o processo analítico através do qual os conceitos são identificados e as suas propriedades são descobertas nos dados. Os dados são partidos em partes discretas, examinados à procura de similaridades e diferenças (Strauss & Corbin, 1998; Flick, 1998). Consiste numa fractura de dados.

A *codificação axial* é o processo de relacionar categorias com as subcategorias, isto porque ocorre à volta dos eixos de uma categoria, constituídos pelas suas propriedades e dimensões (Strauss & Corbin, 1998). Aqui junta de novo os dados, estabelece conexões entre eles e dando-lhe novo sentido (Pandit, 1996).

A *codificação selectiva* é o processo de integrar e refinar a teoria. A integração da teoria faz-se à volta da categoria central, que representa o tema principal de investigação.

Aquela é uma abstracção e consiste no produto de todas as análises condensado em algumas palavras (Strauss & Corbin, 1998).

A nossa investigação decorre de uma forma sequencial, baseada no questionário e na observação, que nos permitiu um *corpus* de conhecimento e delimitar o nosso objecto de estudo.

Em relação aos dados resultantes dos questionários dos enfermeiros e dos utentes, estes foram tratados informaticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 15).

A estatística descritiva foi utilizada para descrever os dados através de indicadores.

Procedeu-se a uma análise univariada, em que cada variável é tratada isoladamente, seguida da análise bivariada, estabelecendo-se relações entre duas variáveis.

Privilegiamos a utilização do questionário como instrumento de recolha de dados. Os questionários dos enfermeiros foram codificados com a letra E seguida de o número respectivo, exemplo: E1, E2, E3 ... e assim sucessivamente. Os questionários dos utentes com a letra U seguido do número respectivo, exemplo: U1, U2, U3, ... até U30. O objectivo da investigação e as questões orientaram o processo de codificação do material. Relativamente às notas de campo e a questão aberta do questionário dos enfermeiros, utilizou-se a análise de conteúdo enquanto transformação sistemática dos dados brutos e agregação em unidades.

A análise do conteúdo pressupõe três tipos de unidades de análise: de registo, contexto e de enumeração. Uma unidade de registo, de acordo com Vala (1996:114) “*é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria*” podendo tratar-se de unidades formais (palavras) ou unidades semânticas (temas ou unidades de informação). A unidade de contexto, é considerada (Vala, 1986:114) “*como o segmento mais largo do conteúdo que o analista examina quando caracteriza a unidade de registo*”. A unidade de enumeração segundo Vala (1986:114) “*a unidade em função da qual se procede à quantificação*”.

Assinala-se as categorias que são compostas por um termo chave que indica a significação central do conceito.

De acordo com a Ground Theory começamos pela codificação aberta, após a leitura de todo material, isto é estabelecer contacto com os dados resultantes das notas de campo e a resposta à questão aberta do questionário dos enfermeiros, pouco a pouco a leitura foi tornando-se mais precisa em função dos conceitos emergentes, ou seja, criou-se um suporte de informação para onde foram copiadas todas as unidades de significação relativas às notas de campo, (Anexo VI).

Para a resposta aberta do questionário procedeu-se da mesma forma criando um novo suporte de informação para onde foram copiadas todas as unidades de significação.

As notas de campo foram codificadas com as letras NO, seguida da letra de A a E acompanhada do código numérico relativo à interacção observada, para garantir a confidencialidade e o anonimato dos enfermeiros observados e facilitar posterior análise.

Os segmentos de texto formados do questionário dos enfermeiros na resposta à questão aberta foram codificados com a letra EI seguida do número do questionário correspondente.

Os cortes no discurso das notas de campo e da resposta aberta do questionário dos enfermeiros foram assinalados com o seguinte símbolo (...) reticências entre parêntesis.

Fez-se a análise de todas as unidades de significação comparando-as para encontrar semelhanças. A análise incidia sobre sentenças (períodos) ou parágrafos. Para codificar uma sentença ou parágrafo questionava-se acerca da ideia maior que a mesma continha (Strauss & Corbin, 1998; Lopes, 2003). Do questionamento resultava a elaboração dum memo e da análise as unidades de significação.

Com isto surgiu uma quantidade de unidades em função das suas semelhanças assim formavam um *conceito*. Juntaram-se todas e cada uma das unidades de significação de cada nota de campo e da resposta aberta a um mesmo conceito. Terminada a codificação

aberta, processo através do qual os conceitos foram identificados e as suas propriedades e dimensões descobertas nos dados (Stauss & Corbin, 1998), o fenómeno continuava por explicar.

Reuníamos os conceitos que formavam uma categoria que, por sua vez, se relacionavam com a subcategoria. A codificação ocorre à volta do eixo dum categoria que forma a codificação axial. Esta parte procura resposta para várias questões como: Porquê? Como? Quando? E assim faz-se a inter-relação com as subcategorias.

O passo seguinte foi a codificação selectiva. Ou seja, a elaboração da categoria central à volta da qual as outras categorias são agrupadas (Strauss & Corbin, 1990; Flick, 1998; Lopes, 2006). Isto significa que todos, ou quase todos, os indicadores, apontam para a categoria central, que representa o tema principal de investigação.

A definição das unidades de significação, categorias e subcategorias, obedeceram aos critérios de exaustividade, exclusividade, objectividade e pertinência preconizados por Carmo e Ferreira (1998).

Para aferir a categorização desenvolvida considerou-se a lógica interna de cada categoria, a relação entre as categorias e destas com as subcategorias, considerando as diversas fontes, tendo posteriormente sido validado com um investigador experiente.

Terminados estes procedimentos passou-se à fase da comparação com a literatura, que considerada por Pandit (1996) a última fase do processo de investigação e significa comparar a teoria emergente com a extensa literatura existente.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Propomo-nos apresentar os resultados quer do tratamento de estatística descritiva quer da análise de conteúdo, para obter as respostas para as questões levantadas.

Utilizando a análise de conteúdo, iremos explorar e descrever as amostras em estudo.

Neste estudo procuramos agrupar as variáveis em estudo, das duas amostras, nas seguintes dimensões: 1 - Concepção do cuidado de enfermagem

2 - Comunicação.

Face a isto cada constructo será caracterizado, com base nos dados oriundos das fontes de informação (do questionário dirigido aos enfermeiros assim como da resposta aberta, do questionário dos utentes e notas de campo resultantes da observação da interacção de enfermeiro - utente) realçando às semelhanças e diferenças entre eles.

3.1. AMOSTRA DOS ENFERMEIROS

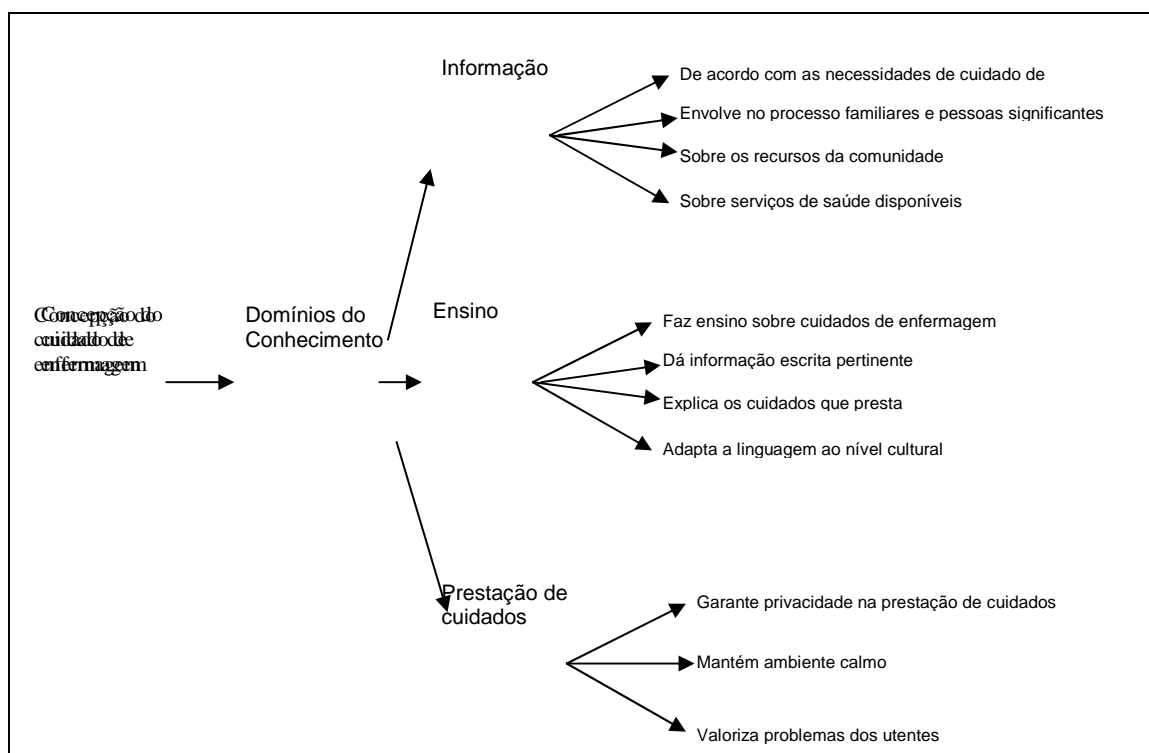
3.1.1. DIMENSÃO CONCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Segundo Carper (1997:14) *“a enfermagem depende da especificidade do conhecimento do comportamento humano quanto à doença e à saúde, à percepção estética das experiências humanas significantes, uma compreensão da individualidade única do self e a capacidade para fazer escolhas em situações concretas envolvendo julgamentos morais particulares”*, onde a participação dos diversos intervenientes é considerada no processo de cuidar.

De acordo com Orem (1971:69), *“a arte de enfermagem é criativa na medida em que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de prever modos válidos de ajudar, tendo em vista atingir resultados apropriados”*.

A nossa reflexão teórica, a partir da concepção do cuidado de enfermagem, considerou o domínio do conhecimento que por sua vez se orientou em três sentidos diferentes mas complementares: **a informação, o ensino e a prestação de cuidados**, que sobressaem como conceitos, como podem ver no seguinte diagrama, resultante das questões do questionário.

Diagrama 1 – Processo da Concepção do cuidado de enfermagem (Enfermeiros)



Sendo um trabalho teórico e não empírico, de acordo com os objectivos do trabalho, vamos trabalhar com categorias e subcategorias, agrupamos as questões do questionário dos enfermeiros de acordo com a seguinte tabela.

Tabela nº 2 – Distribuição das subcategorias na Concepção do Cuidado de Enfermagem - Enfermeiros

Subcategoria	Questões do questionário
Informação	1,3,4 e 5
Ensino	2,6,8 e 9
Prestação de cuidados	12,13 e 18

3.1.1.1 – Variáveis inerentes à subcategoria Informação

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (1999) define informar como, tipo de acção de enfermagem com características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa.

De acordo com Tavares (1997: 67) “*construir conhecimentos e produzir saberes, a partir da concepção de natureza interactiva, colaborativa e mista que possibilite o desenvolvimento progressivo e equilibrado dos sujeitos para a sua autonomia*”.

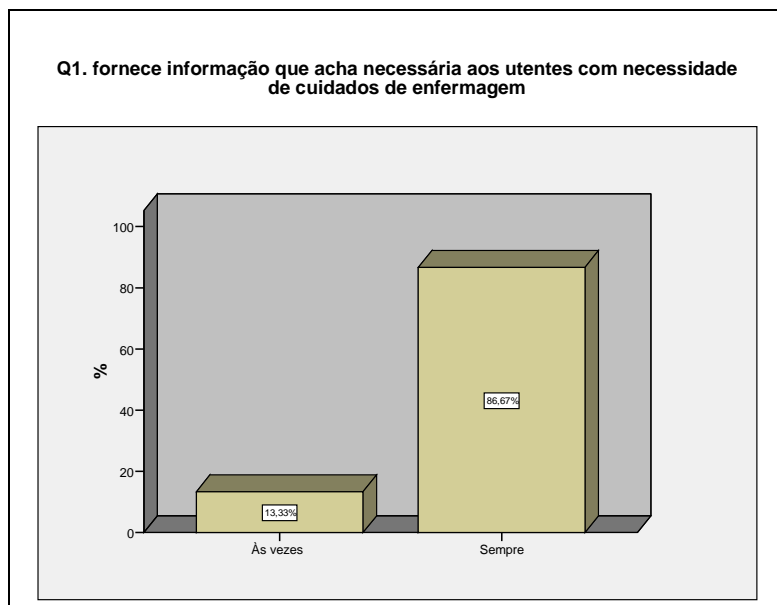
Perguntar é fundamental para a avaliação e desenvolvimento duma relação na prestação de cuidados, pois é através das informações acerca da sua história clínica que identificamos as necessidades e se ganha a confiança do utente tornando-se parceiro nos cuidados, como dar informações relativas as necessidades detectadas.

O quadro seguinte apresenta a frequência e a percentagem das seguintes variáveis, na subcategoria da informação.

Quadro nº 3 – Distribuição da amostra pela subcategoria Informação

Subcategoria Informação	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q1. Dada aos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem					4	13,3	26	86,7	30	100,0
Q3. Dada aos familiares ou pessoas mais próximas dos utentes					14	46,7	16	53,3	30	100,0
Q4. Sobre os recursos da comunidade	1	3,3	2	6,7	21	70,0	6	20,0	30	100,0
Q5. Dada em como utilizar os serviços de saúde			4	13,3	20	66,7	6	20,0	30	100,0

Gráfico nº 13 – Distribuição da amostra pela informação dada aos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem

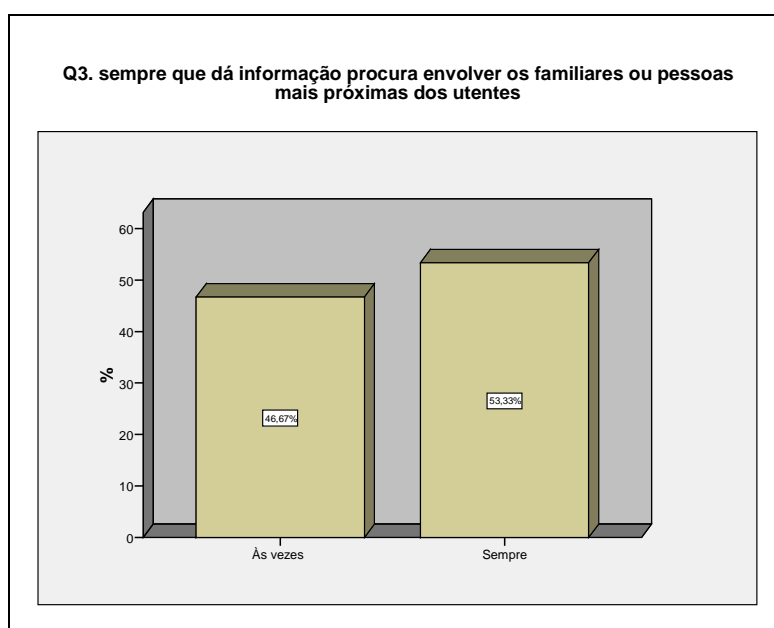


Dos 30 enfermeiros inquiridos, 26 fornecem informação sempre, o que significa que a maioria dá informação.

O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades do utente foge ao trabalho realizado por tarefa, podendo o processo de cuidados tornar-se num momento de ligação entre o utente e o profissional que pretende prestar cuidados de qualidade.

Paracelso (1493-1541), defendia a ideia de que a cura estava dentro do indivíduo e caberia aos métodos propostos pela medicina, despertarem as defesas do organismo, caminhando para a harmonia e equilíbrio.

Gráfico nº 14 – Distribuição da amostra pela informação dada aos familiares ou pessoas mais próximas dos utentes

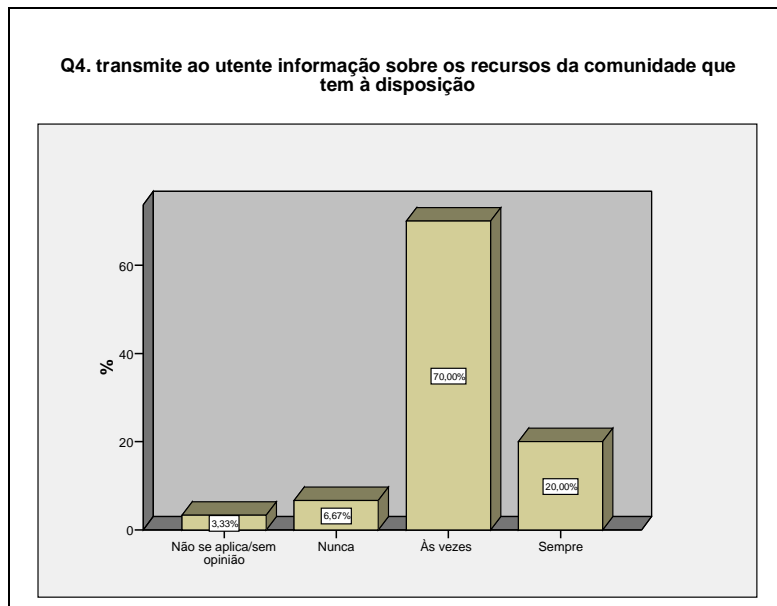


O sucesso do processo terapêutico passa pela inclusão da família no mesmo, na medida em que se valorize a informação que a mesma fornece como fundamental para a compreensão da situação, sobretudo quando entram os mais significativos e a pessoa que é alvo de cuidados tem dificuldades em se expressar ou de entender informações dadas pelos enfermeiros.

Como podemos ver na análise do gráfico nº 14, a maioria dos enfermeiros inquiridos (53,3%) procura envolver a família/ pessoa significativa no processo de informação.

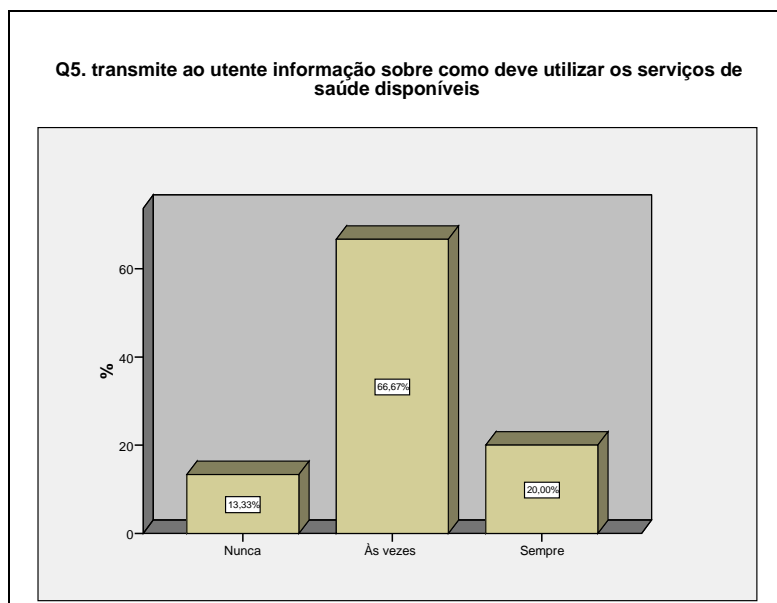
Segundo Hoeman (2000), as intervenções com pessoas e famílias constituem formas eficazes de promoção de estratégias de *coping*, em que a autora dá especial realce ao reforço do poder, esperança, promover um humor saudável, contrariar a solidão e o isolamento, e aumenta o suporte social. Para Hoeman (2000: 234), “*o suporte social pode ser emocional, espiritual, físico, educacional, vocacional ou de lazer*”; e considera como elementos do suporte social: a família, grupos de apoio, grupos de pares, membros da igreja, amigos, vizinhos, organizações profissionais, grupos de serviços, clubes de lazer, etc.

Gráfico nº 15 – Distribuição da amostra pela informação sobre os recursos da comunidade



De acordo com Donaldson (1997:17) “*a perspectiva de enfermagem evolui do objectivo principal da prática em otimizar o ambiente promotor de saúde*”, este paradigma procura no âmbito dos cuidados, o bem-estar definido pela própria pessoa. Existe uma relação interpessoal, onde está presente a intenção de uma ajuda promotora da autonomia do utente. No gráfico verificamos que 70% dos enfermeiros inquiridos dá “às vezes” informação sobre os recursos que existem na comunidade. Será que se deve ao facto dos enfermeiros não saberem quais os serviços existentes? Ou será por não estar desperto para este problema?

Gráfico nº 16 – Distribuição da amostra pela informação dada em como utilizar os serviços de saúde



Pela análise do gráfico 66,7% responde que “às vezes” dá informações de como deve utilizar os serviços de saúde e apenas 20% dos enfermeiros inquiridos respondem que dão “sempre” informação, o que é revelador da falta de preocupação quanto a este assunto.

Numa perspectiva economicista, saber utilizar os serviços de saúde, pode diminuir custos, ao dar informação relativa de quando os deve utilizar, faz diminuir encargos financeiros e humanos.

Os antigos médicos da Índia, considerados grandes sábios, julgavam que o corpo é criado pela consciência. Segundo afirma Maharishi Mahesh Yogi (1989), um dos grandes mestres da iluminação interior do nosso tempo, criador do método de meditação transcendental, a saúde integral do indivíduo depende de um tripé básico, ou seja o cosmo, o homem e a sua atmosfera (físico = corpo; mental = mente; meio ambiente), o que determina a saúde. Várias pesquisas sobre as causas das doenças psicossomáticas revelam que a maior parte delas embora se manifeste fisicamente a sua causa é de ordem psicológica (Mundim M., 1997).

Em resumo, na subcategoria Informação, 86% dos enfermeiros inquiridos fornecem informações relativas aos cuidados de enfermagem, assim como 53,3% dos enfermeiros inquiridos dá informações aos familiares ou pessoas próximas dos utentes. Não têm o hábito de dar informações relativas aos recursos da comunidade e como os devem utilizar, apenas 20%, dá sempre informações.

Pensamos que existe um processo de interacção onde o centro de atenção é o utente e o profissional, com conhecimentos, que lhe permite fazer um diagnóstico e um planeamento das necessidades do utente.

3.1.1.2 – *Variáveis inerentes á subcategoria Ensino*

A CIPE (1999) define ensinar como “*um tipo de informar com características específicas: dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde*”.

Os profissionais de saúde têm por vezes obstáculos no âmbito de falta de estímulo e incentivos, más condições de trabalho, desatenção ao impacto das intervenções.

Quando as pessoas e os grupos desejam e acreditam em si mesmo exercitam as suas competências, tornam-se autónomos, intervenientes e responsáveis. Partindo do princípio de que ninguém ensina ninguém, cada pessoa aprende quando em condições favoráveis. Cada pessoa, cada grupo está sujeito ao próprio desenvolvimento, desencadeado pelas próprias motivações e pelas acções das suas múltiplas potencialidades em torno da sua realidade sócio-cultural. Em 1998 a OMS diz *”a educação são as oportunidades de aprendizagem construídas conscientemente na melhoria do conhecimento de capacidade de vida”*. Daí a razão do ensino com a intenção de informar, modelar atitudes e fomentar modelos. As tendências actuais são no sentido dos cidadãos escolherem comportamentos relacionados com a saúde.

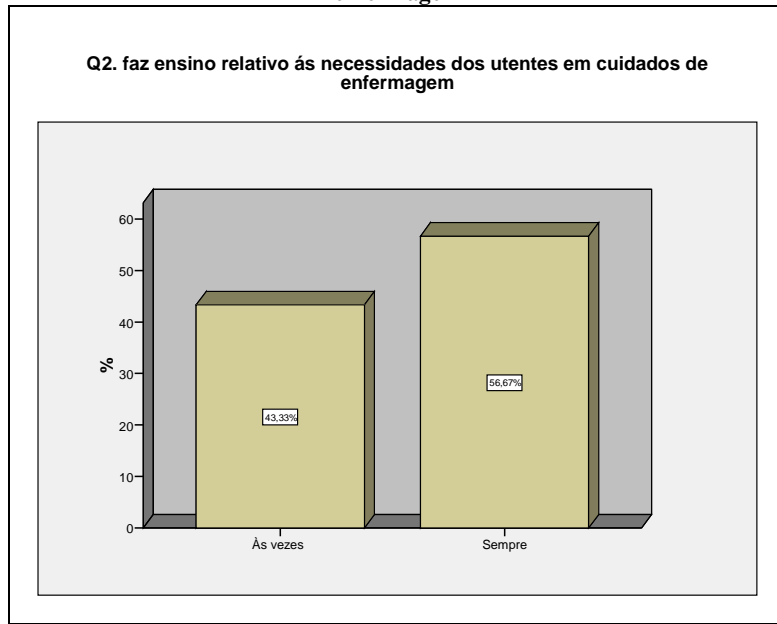
Agrupadas as variáveis do questionário dos enfermeiros consideramos a subcategoria ensino, como se pode ver no quadro, com o resultado das frequências e percentagens.

Quadro nº 4 – Distribuição da amostra pela subcategoria Ensino

Subcategoria Ensino	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q2. Ensino relativo às necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem					13	43,3	17	56,7	30	100,0
Q8. Informação escrita, fornecida ao utente sobre os assuntos que considera pertinentes			1	3,3	24	80,0	5	16,7	30	100,0
Q9. Explicação ao utente sobre os cuidados que presta e a necessidade dos mesmos	1	3,3			13	43,3	16	53,3	30	100,0
Q6. Adaptação da linguagem ao nível cultural do utente			1	3,3	4	13,3	25	83,3	30	100,0

Ao tratar as variáveis individualmente deram os seguintes resultados apresentados em gráficos.

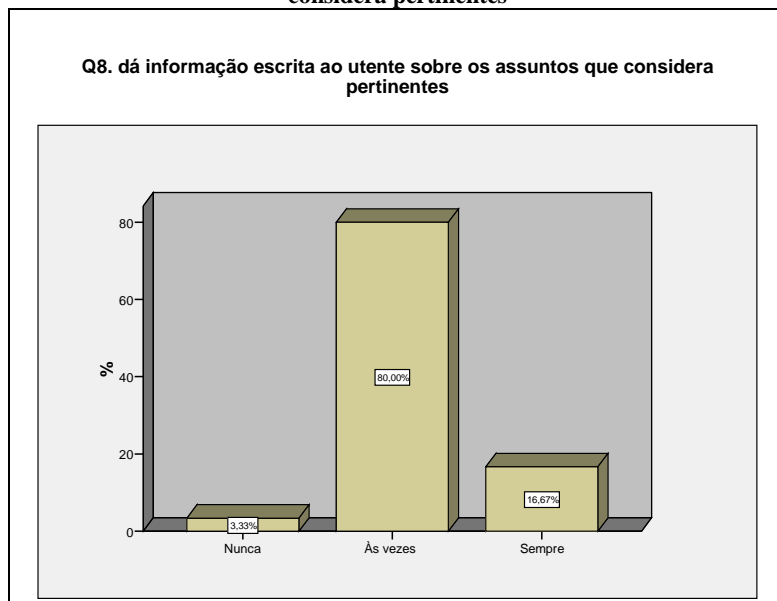
Gráfico nº 17 – Distribuição da amostra pelo ensino relativo às necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem



Dos enfermeiros inquiridos, 56,7% fazem “sempre” ensino aos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem, embora haja um grupo 43.3% que referem que apenas o fazem “às vezes”.

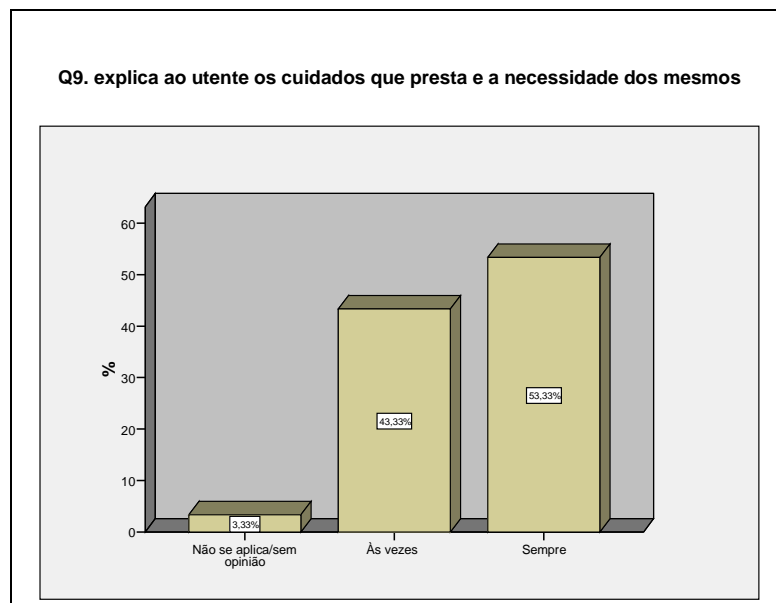
Utilizando uma metáfora: todo o profissional de saúde deve agir como um jardineiro que cuida de uma árvore, providenciando para que ela receba todos os nutrientes de que necessita no solo, bem como regando-a regularmente com água. Dessa forma mantém a saúde da árvore a diversos níveis. Conclui Maharishi (1989) que uma boa coordenação da mente com o ser e com o corpo é a chave da boa saúde.

Gráfico nº 18 – Distribuição da amostra pela informação escrita, fornecida ao utente sobre os assuntos que considera pertinentes



Na nossa amostra, 80% fornece “às vezes” informação escrita dos assuntos que considera pertinente, 16,7% fornece “sempre” e 3,3% “nunca”, fornece essa mesma informação. Porque será que isto acontece? Será que está relacionada com o facto de ser um serviço de urgência ou pela grande afluência de utentes?

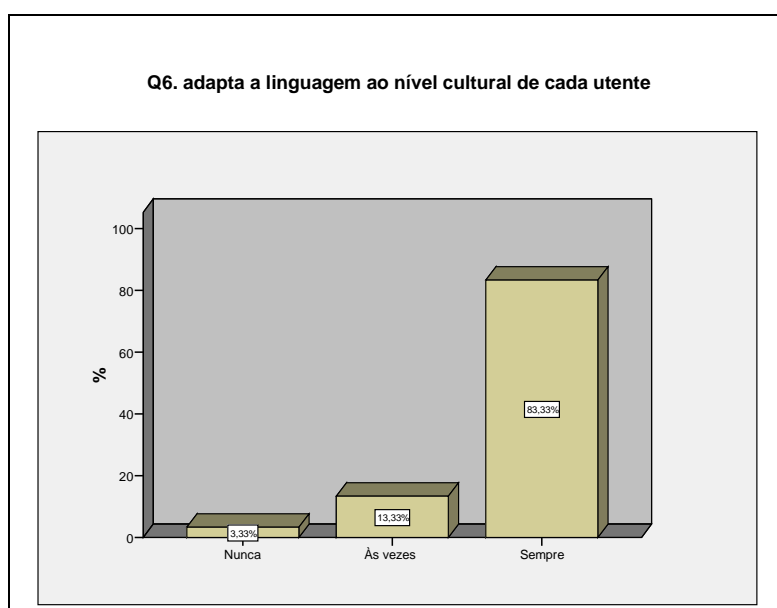
Gráfico n° 19 – Distribuição da amostra pela explicação ao utente sobre os cuidados que presta e a necessidade dos mesmos



Explicar aos utentes o que se está a passar, incluindo os nossos planos e o que acontecerá a seguir, proporciona transições calmas e suaves, permite sentirem-se incluídos no plano de cuidados sem se preocuparem com falsas suposições. Na nossa amostra 53,3% responde que dá “sempre” explicações sobre os cuidados que presta e a necessidade dos mesmos, e 43,3% dá explicações “às vezes”. Será que tem a ver com a dinâmica do serviço?

O médico indiano Dr. Deepak Chopra (1990: 17) em suas observações profundas diz “ *a cura de todo e qualquer transtorno orgânico ocorre a partir de um processo de consciencialização que inclui a compreensão das razões da enfermidade e um completo relaxamento*”. Também afirma que “ *...a curiosidade, entusiasmo e paixão pela vida, são aspectos normais de saúde perfeita...*”.

Gráfico nº 20 – Distribuição da amostra pela adaptação da linguagem ao nível cultural do utente



Dos enfermeiros inquiridos, 83,3% adapta “sempre a linguagem ao nível cultural de cada utente. Será de realçar que apenas um enfermeiro inquirido (3,3%) diz “nunca” adaptar a linguagem ao nível cultural do utente.

Em resumo, dos resultados obtidos na subcategoria Ensino, 56,7% dos enfermeiros inquiridos faz sempre ensino relativamente às necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem, 80% fornece às vezes informação escrita sobre os cuidados, 53,3% explica ao utente os cuidados prestados e a necessidade dos mesmos e 80% adapta sempre a linguagem ao nível cultural do utente.

3.1.1.3 – Variáveis inerentes à Subcategoria a Prestação de Cuidados de Enfermagem

De acordo com Carper (1997), cuidar de alguém requer uma aproximação da ciência à prática, isto é adequar os conhecimentos científicos às necessidades daquele utente e tratá-lo como sendo único, prestando cuidados individualizados, com base num processo heurístico.

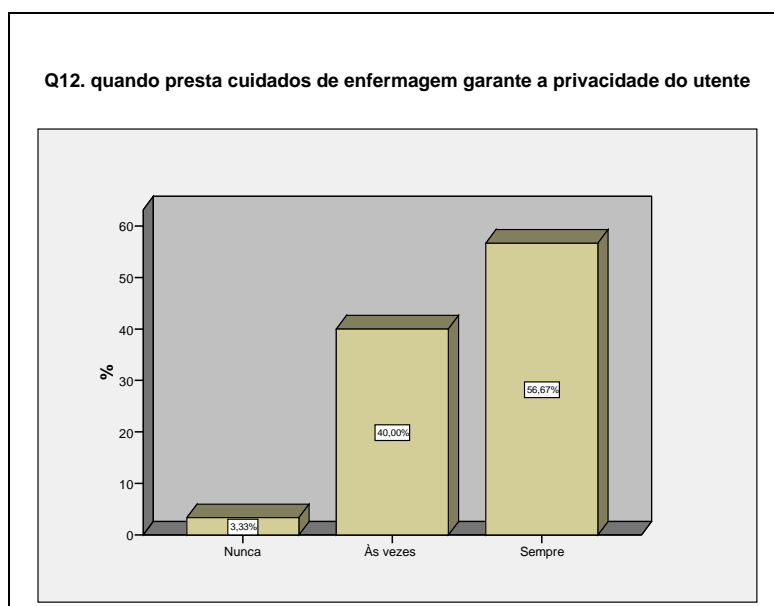
O processo de cuidar, conhecendo o utente, permite ao profissional prestar cuidados de acordo com as necessidades afectivas que a pessoa refere e identificar hábitos, das estratégias pela pessoa para a satisfação das mesmas (Swanson 1997).

De acordo com o questionário dos enfermeiros foram agrupadas as variáveis para a subcategoria da prestação de cuidados, como no quadro seguinte, tendo a análise das variáveis com as frequências e percentagens.

Quadro nº5 – Distribuição da amostra pela subcategoria Prestação de Cuidados de Enfermagem

Subcategoria Prestação de cuidados de enfermagem	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q12. Garantindo a privacidade do utente			1	3,3	12	40,0	17	56,7	30	100,0
Q13. Mantém o utente em ambiente calmo e confortável	1	3,3			23	76,7	6	20,0	30	100,0
Q18. Valoriza as opiniões dos utentes nas intervenções de enfermagem					14	46,7	16	53,3	30	100,0

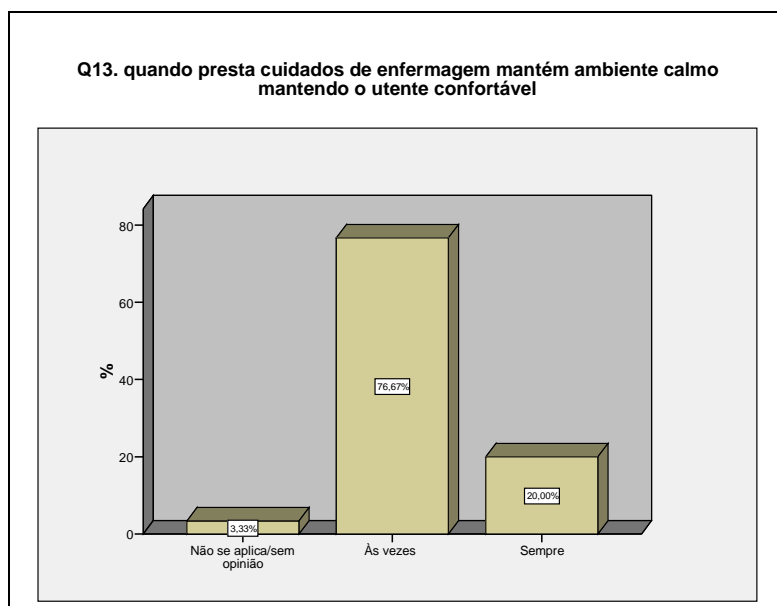
Gráfico nº 21 – Distribuição da amostra pela prestação cuidado de enfermagem garantindo a privacidade do utente



A disciplina de enfermagem construída através da análise de práticas de cuidados de enfermagem, conduz à importância que tem o alvo de cuidados, seja o indivíduo, a família e na prestação exige privacidade. Existindo privacidade, o utente pode expor detalhes íntimos da sua vida e desenvolver laços entre si, obrigando os enfermeiros a manter a confidencialidade.

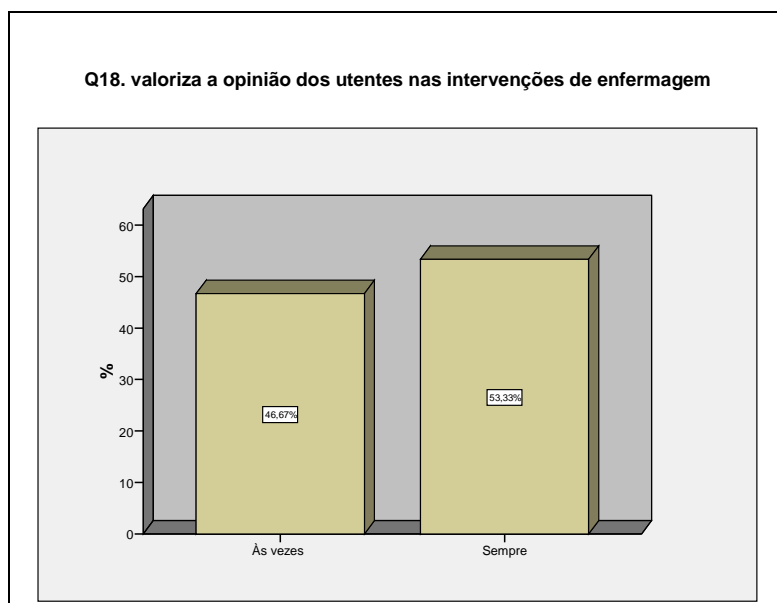
Como se pode observar no gráfico 56,7% dos enfermeiros preocupam-se “sempre” em manter a privacidade do utente e 40% preocupam-se “às vezes” em manter essa mesma privacidade do utente.

Gráfico nº 22 – Distribuição da amostra pela prestação de cuidados de enfermagem ao utente em ambiente calmo e confortável



Um ambiente calmo relaxa os utentes e proporciona o diálogo, permitindo ao enfermeiro planificar e procurar soluções criativas relativamente aos problemas de saúde evidenciados pelo utente, para cuidar do doente de forma segura e eficaz. Na análise do gráfico verifica-se que 23 dos inquiridos, que corresponde a 76,7%, responde que “às vezes” prestam cuidados de enfermagem, mantendo ambiente calmo e o utente confortável. Apenas 20% dos inquiridos preocupa-se “sempre” com este facto.

Gráfico nº 23 – Distribuição da amostra pela valorização das opiniões dos utentes nas intervenções de enfermagem



Ao valorizar a opinião do utente, significa respeito, considera-o como ser único e singular, aceitação dos seus valores, enquanto pessoa com experiências de vidas únicas, sentimentos e potencialidades. Da análise verifica-se que 53,3% dos inquiridos valoriza “sempre” a opinião dos utentes. De salientar que ninguém dos inquiridos disse que nunca valorizava a opinião do utente.

Em resumo, na subcategoria Cuidados de Enfermagem 56,7% dos enfermeiros inquiridos garante sempre a privacidade do utente, 76,7% mantém o utente em ambiente calmo e confortável, “às vezes” e 53,3% valoriza as opiniões dos utentes nas intervenções de enfermagem.

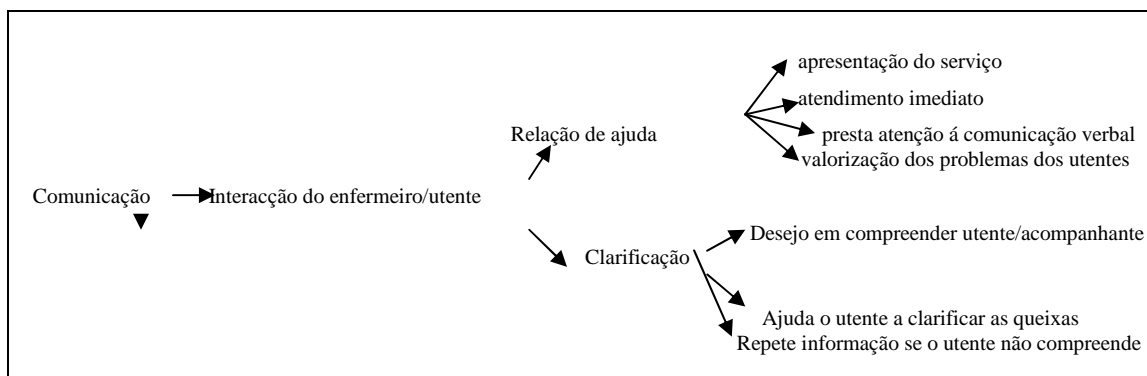
A concepção do cuidado de enfermagem sofreu uma grande evolução desde Florence Nightingale até à década 60 onde com Virginia Henderson, procura romper com o paradigma positivista, “ a enfermagem baseou-se durante muitos anos no modelo biomédico o que lhe conferiu um estatuto de menoridade em relação à medicina”, propondo a ruptura com o modelo subsidiário do acto médico, o que se consegue com a utilização de modelos teóricos em enfermagem.

3.1.2 – DIMENSÃO COMUNICAÇÃO

Nem sempre a comunicação é isenta de barreira e dificuldades. Existem factores que podem perturbar a comunicação, como ruídos diálogos paralelos entre enfermeiros, outros profissionais ou até mesmo um utente. Esta pode ser esta uma das maiores dificuldades em operacionalizar um processo de cuidados. A comunicação, enquanto processo, adquire uma função importante porque clarifica a valorização da pessoa como interveniente directo, com participação do profissional. A verbal porque possibilita a permuta de mensagens pela oralidade e a validação pelos intervenientes. A não verbal tem enorme visibilidade no quotidiano, ao mostrar a interdependência do enfermeiro na valorização da mímica, expressões e atitudes na prática do processo de cuidados.

Da análise dos dados do questionário, segundo a metodologia da Ground Theory, processo através do qual descobrimos as categorias e relação com as subcategorias. O constructo que emergiu foi a comunicação, que por sua vez formou a categoria da interacção do enfermeiro/utente, tendo-se orientado em sentido diferentes mas complementares **Relação de ajuda** e **Clarificação**, como no diagrama 2.

Diagrama 2 – Processo de Comunicação (enfermeiros)



De acordo com os objectivos do estudo as variáveis do questionário foram agrupadas em subcategorias, sendo identificadas como relação de ajuda e a clarificação, que são as que vamos estudar.

Tabela nº 3 – Distribuição das subcategorias na Comunicação (enfermeiros)

Subcategoria	Perguntas do Questionário
Relação de Ajuda	10,11, 14,15
Clarificação	7,16,17

3.1.2.1 – Variáveis inerentes à Relação de Ajuda

A relação de ajuda é definida como uma relação especial intencional em que o enfermeiro tenta dar resposta ao pedido de ajuda de alguém. Enquanto troca pessoal entre dois seres humanos, deve promover a autonomia da pessoa, facilitando o seu crescimento, transmitindo-lhe a informação adequada sem qualquer forma de coacção ou manipulação. Ou seja, a centralidade da pessoa no processo de cuidar. A pessoa a quem o enfermeiro presta cuidados é vista como um parceiro. Na concepção de Phaneuf (1995) a relação de ajuda surge como uma preocupação mais centrada numa abordagem baseada no pensamento humanista, onde cada um dos intervenientes utiliza as potencialidades próprias, desenvolvidas em torno da confiança, do respeito e da liberdade, no processo do bem-estar.

Para que o enfermeiro tenha de facto um papel de profissional, onde haja a promoção do bem-estar e de autonomia para o alívio do sofrimento das pessoas, torna-se imperativo ser simpático e prestar apoio imediato.

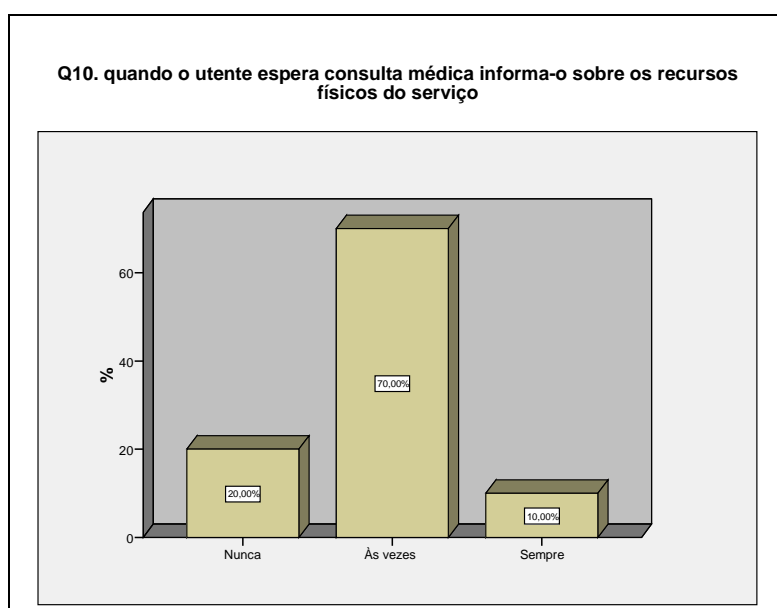
Do agrupamento das variáveis do questionário surge o seguinte quadro, com as respectivas frequências e percentagens.

Quadro nº 6 – Distribuição da amostra pela subcategoria relação de Ajuda

RELAÇÃO DE AJUDA	Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Q10. Preocupação do enfermeiro em apresentar o serviço enquanto o utente esteve à espera de ser atendido	6	20	21	70	3	10	30	100,0
Q11. Atendimento imediato quando solicitado pelo utente enquanto espera pela consulta médica			11	36,7	19	63,3	30	100,0
Q14. Presta atenção à comunicação verbal e não verbal	1	3,3	14	46,7	15	50,0	30	100,0
Q15. Valorização dos problemas dos utentes			7	23,3	23	76,7	30	100,0

Ao analisar as variáveis individualmente, surgem os seguintes gráficos em percentagens.

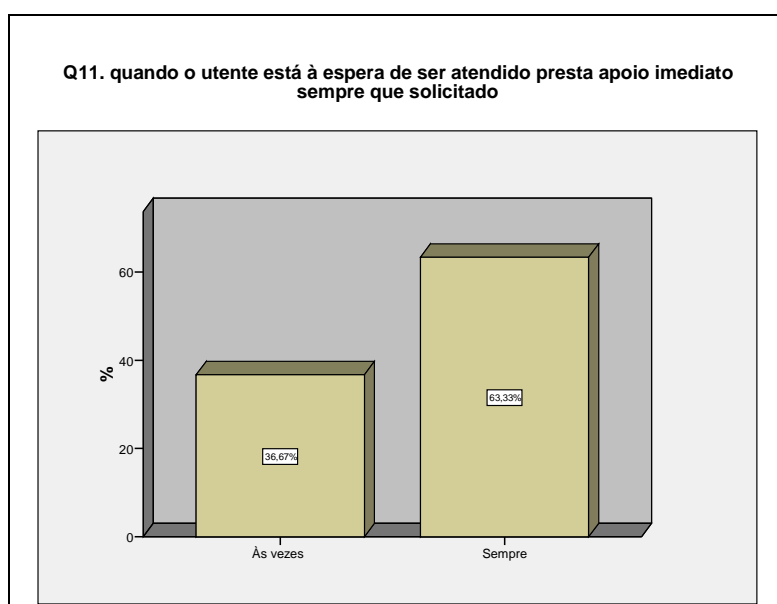
Gráfico n° 24 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em o informar o utente sobre os recursos físicos do serviço



Da análise das respostas do questionário verifica-se que 70% dos inquiridos apresenta o serviço “às vezes” enquanto o utente espera pela consulta médica e apenas 10% apresenta “sempre”.

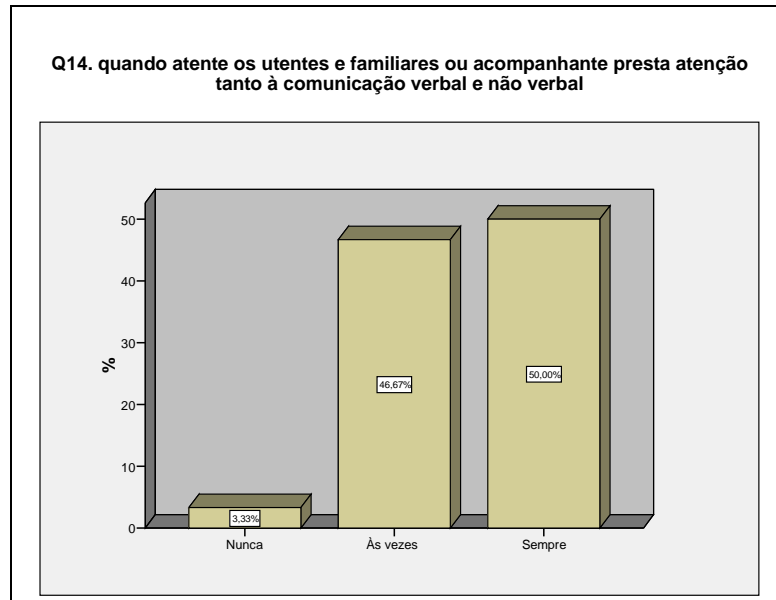
De acordo com Benner (1984), as práticas de cuidados assentam em conhecimentos de diferentes tipos, cuja mobilização e função parecem estar fortemente condicionadas, quer pelo nível de competência adquirida, quer pelos contextos onde exercem.

Gráfico n° 25 – Distribuição da amostra pelo atendimento imediato quando solicitado pelo utente enquanto espera pela consulta médica



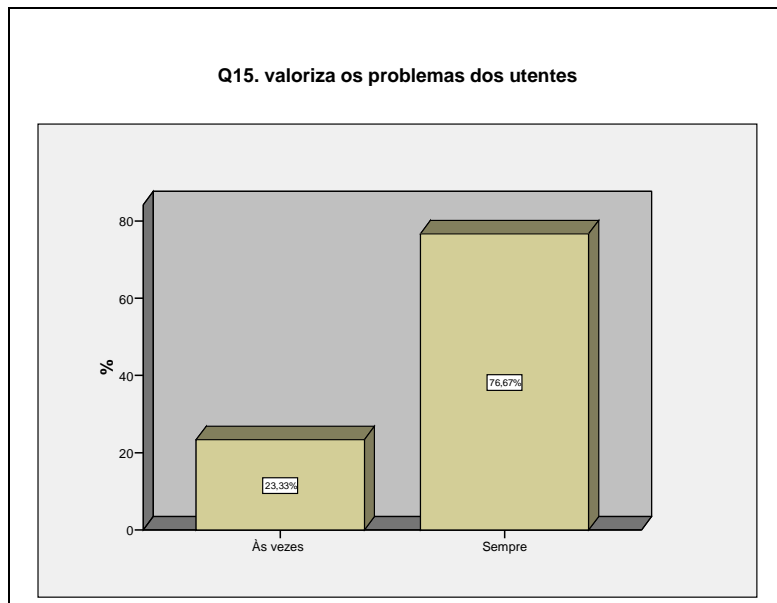
Dos enfermeiros inquiridos 63,3% afirmam “sempre” prestam apoio quando solicitado pelo utente e 36,7% afirma”às vezes”.

Gráfico nº 26 – Distribuição da amostra pela atenção à comunicação verbal e não verbal enquanto atente os utentes, família ou acompanhante



Os enfermeiros inquiridos, numa percentagem de 50% prestam “sempre” atenção à comunicação verbal e não verbal, restando os 50 % em que diz que “às vezes” e “nunca”. Isto significa que nem sempre a comunicação, verbal e não-verbal, é a mais importante na prestação dos cuidados. A comunicação é um meio de se relacionar com as pessoas, pelo que o enfermeiro tem de ter determinadas técnicas na aproximação do utente, verbais e não verbais (saber escutar/ ouvir, esclarecer, o silêncio e o toque). Algumas formas de comunicação estão representadas pelo acto de tocar, escrever, ler, gesticular, fazer movimentos com o corpo

Gráfico nº 27 – Distribuição da amostra pela valorização dos problemas dos utentes



Mostrar que alguém se preocupa e sentir que somos ouvidos é na sociedade de hoje mesmo raro. Lembrar que cada pessoa tem a sua história de vida é a essência de enfermagem. Da análise da amostra 76,7% valoriza “sempre” os problemas dos utentes, o que revela que existe preocupação com este tema.

A análise da subcategoria da Relação de Ajuda revela que 70% dos inquiridos preocupa-se às vezes em apresentar o serviço, 63,3% presta sempre atendimento imediato quando solicitado pelo utente, 50% presta atenção à comunicação verbal e 76,7% valoriza sempre os problemas dos utentes.

Pensamos que, como profissionais de saúde, não nos podemos esquecer que somos humanos, daí uma atenção especial no sentido de identificar os nossos limites e otimizar os nossos recursos no sentido de descontrair e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem se cuida, onde é realçada a importância dos ganhos individuais no processo de crescimento pessoal (Hesbeen 2001).

3.1.2.2 – Variáveis inerentes à subcategoria Clarificação

A clarificação é o *input* adicional para compreender a mensagem recebida. Demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o utente.

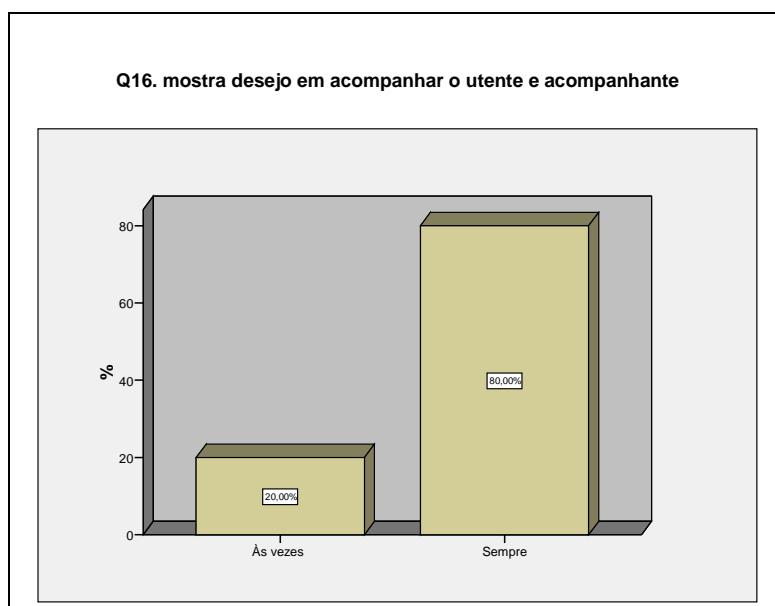
A análise estatística deu o seguinte quadro com as respectivas frequências e percentagens.

Quadro nº 7 – Distribuição da amostra pela subcategoria Clarificação

CLARIFICAÇÃO	Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%
Q16. Desejo em compreender o utente e acompanhante	6	20,0	24	80,0	30	100,0
Q17. Ajuda ao utente em clarificar as queixas que o levam à urgência	7	23,3	23	76,7	30	100,0
Q7. Procura em saber se o utente compreendeu as informações e em caso negativo repete a informação	9	30,0	21	70,0	30	100,0

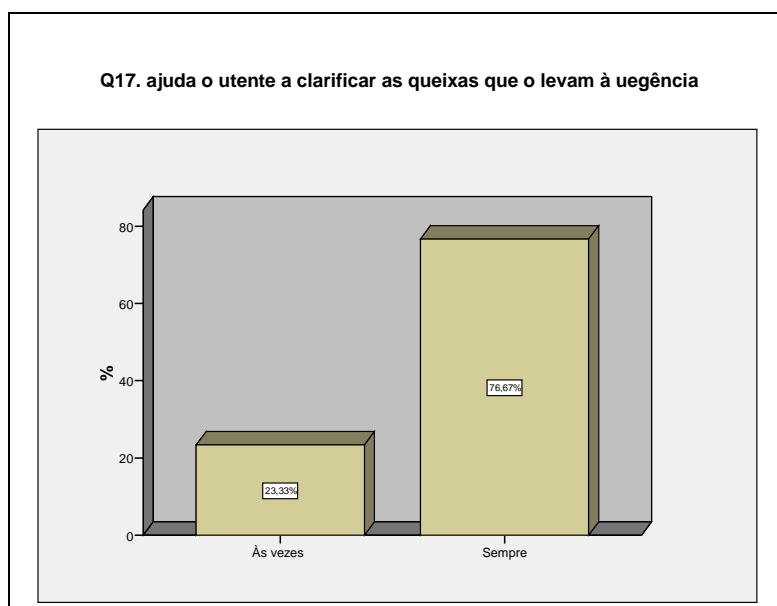
A análise das variáveis individualmente com as respectivas percentagens, encontram-se nos gráficos, que se seguem.

Gráfico nº 28 – Distribuição da amostra pelo desejo em compreender o utente e acompanhante



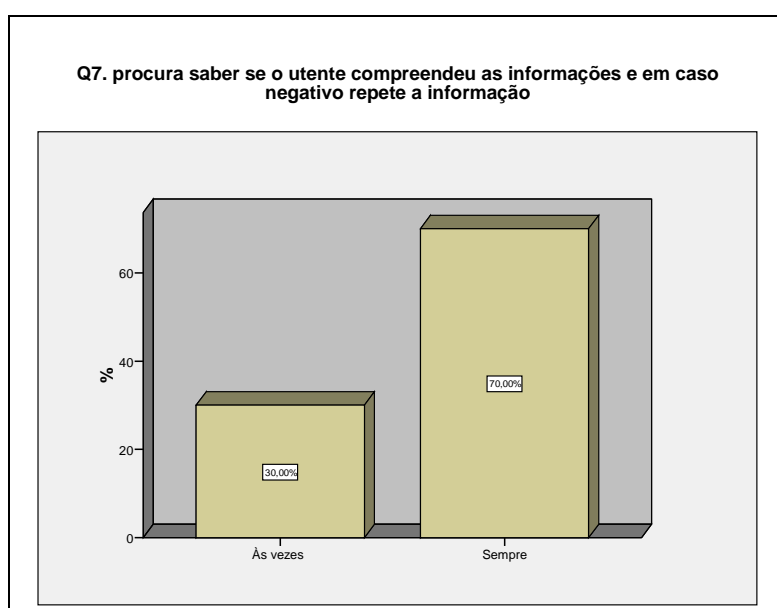
Na perspectiva da comunicação verbal, as palavras tanto podem ser benéficas como influenciar negativamente o comportamento humano. Assim o enfermeiro deve utilizar uma linguagem clara concreta que permita ao utente identificar os seus problemas. Da análise do gráfico, verifica-se que 80% dos enfermeiros inquiridos procura compreender o utente/acompanhante e os restantes 20% preocupa-se “às vezes” com esse facto.

Gráfico nº 29 – Distribuição da amostra pela ajuda ao utente em clarificar as queixas que o levam à urgência



Para comunicar é indispensável o entendimento e só pode existir se adequar a mensagem e os códigos, através de uma linguagem que deve ser acessível à descodificação dos utentes enquanto sujeitos do cuidado, na medida que a comunicação é uma necessidade básica das pessoas de entender, comunicar e relacionar. Da análise do gráfico 76,7% dos enfermeiros inquiridos ajudam sempre a clarificar as queixas dos utentes e 23,3% responde “às vezes”.

Gráfico nº 30 – Distribuição da amostra pela procura em saber se o utente compreendeu as informações e em caso negativo repete a informação



Incorporando a validação no processo, consegue-se manter a focalização nos direitos e deveres dos utentes relativamente às tomadas de decisão quanto à sua saúde. Validar significa detectar qualquer opinião ou preocupação do utente acerca do plano de cuidados e certificar-se se compreendeu e se aceitou. Relativamente à amostra 30% responde “às vezes” e 70% dos enfermeiros procura saber “sempre” se o utente compreendeu a informação, o que demonstra interesse em conhecer o utente para o ajudar.

Da análise da subcategoria Clarificação verificou-se que 80% dos inquiridos demonstrou desejo em compreender o utente/acompanhante, 76,7% em ajudar a clarificar as queixas que levam o utente ao serviço de urgência e 70% procura saber se o utente entendeu as informações dadas e em caso negativo repete a informação.

3.1.3 QUE IMPLICAÇÕES TEM A COMUNICAÇÃO NA QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM?

A questão aberta efectuada no questionário dos enfermeiros foi analisada através de análise de conteúdo.

Da análise surgiu o tema a **Concepção do cuidado de enfermagem** e a **Comunicação**, com as seguintes categorias: Domínios do conhecimento e Interação de enfermeiro/utente. Como subcategorias: Informação, Ensino, Prestação de cuidados, Relação de Ajuda, Clarificação.

No seguinte quadro descrevemos a síntese efectuada para agrupar as categorias e as subcategorias com a quantificação das unidades de registo.

Quadro nº 8 – Unidades de Registo inerentes aos segmentos de texto

Tema	Categoria	UR	Subcategoria	UR
Concepção do cuidado de enfermagem	Domínios do Conhecimento	102	Informação	25
			Ensino	29
			Prestação de Cuidados	48
Comunicação	Interação de enf./utente	62	Relação de ajuda	33
			Clarificação	29

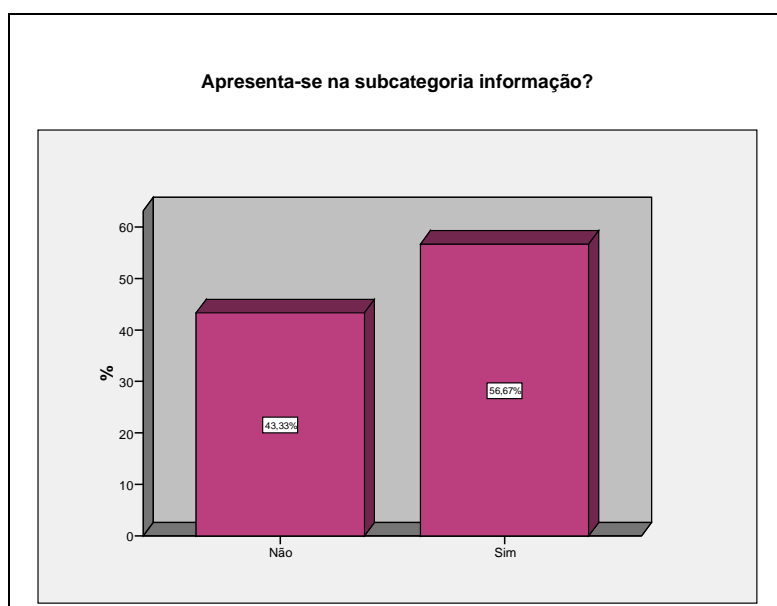
Na análise da resposta dos enfermeiros inquiridos verifica-se que em termos de concepção de cuidados de enfermagem, os testemunhos dados por eles foram agrupados em subcategorias, como: a informação, ensino e prestação de cuidados de enfermagem. A concepção só tem sentido, em grande medida, pelo processo de comunicação humana, onde a pessoa é um ser em relação, impondo-se o conhecimento da pessoa bem

como do ambiente, onde a mesma desenvolve o seu potencial de saúde, como se pode testemunhar pelas respostas dadas pelos inquiridos.

Relativamente ao que apuramos nos segmentos do texto, da pergunta aberta, vamos apresentar em gráficos, as respectivas subcategorias e a posição dos enfermeiros.

Na subcategoria informação surge o seguinte gráfico.

Gráfico nº 31 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Informação”



Dos enfermeiros inquiridos, 57,7% foram categorizados na subcategoria “Informação”, o que equivale a 17 enfermeiros.

As mudanças nos cuidados de saúde tem coincidido com outras mudanças de natureza cultural e política, levando os utentes a consumirem mais este tipo de serviço. À luz do modelo consumista os utentes são vistos com uma certa autonomia para decidirem sobre os tratamentos. No entanto as pessoas diferem no nível de participação que pretendem quando recorrem aos cuidados de saúde. Apesar da maioria dos utentes querer saber qual a doença que tem e como vai ser tratada, alguns desejam informação mais detalhada e maior envolvimento do que outros.

Através dos segmentos de texto, extraídos das respostas dos enfermeiros inquiridos, podemos verificar qual o peso da informação, em termos de concepção de cuidados de

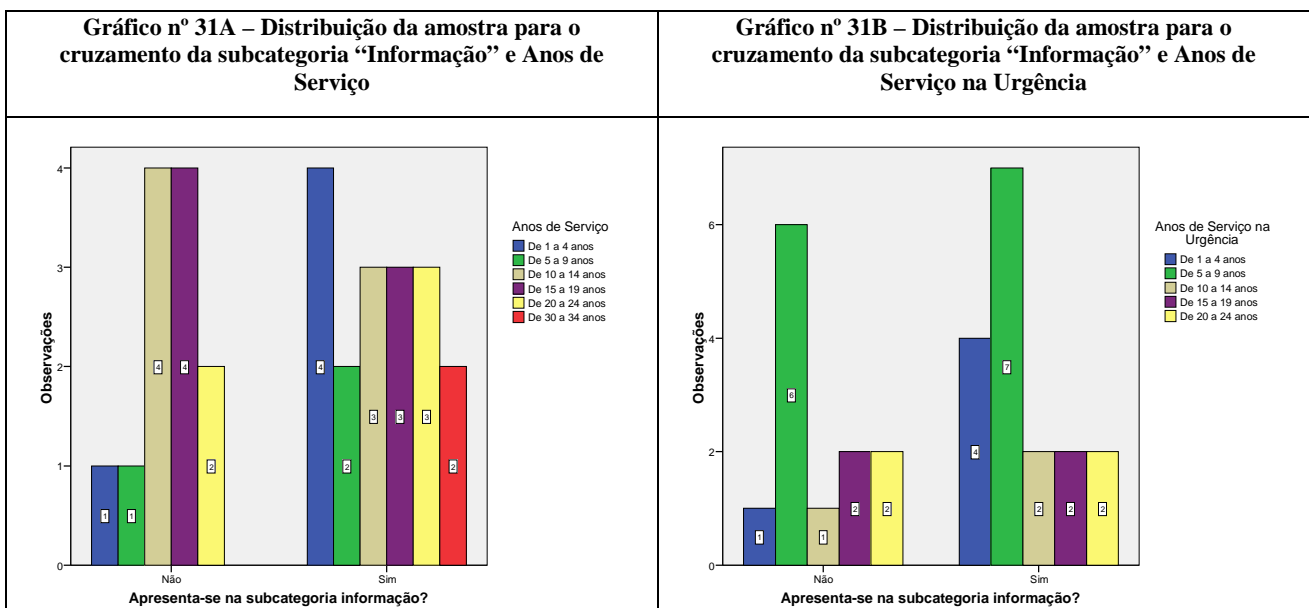
enfermagem, como a seguir apresentamos ... é através da comunicação que passam a informação que garante a qualidade de cuidados...” EI1, EI2, EI5“...ajuda o utente e familiares a libertarem o stress e medos...”EI6, EI6, EI9, EI10“...pesquisa de informações da situação clínica do utente...”EI8“...é relevante o fornecimento de informação escrita e oral ao utente/acompanhante acerca das intervenções de enfermagem...”EI15, EI9, EI14“...se o enfermeiro não adequa a linguagem ao nível cultural não fornece informação...”EI16, EI3; EI10, EI18“...sem comunicação não se faz informação indispensável em termos de concepção de cuidado...”E20, EI22.“...dar informações sobre as redes de apoio é importante...”EI27, EI8“...o utente informado sente por parte da enfermeira disponibilidade atenção e interesse pelos seus medos e dúvidas...”EI20, EI26, EI29“...se a comunicação não for bem conseguida pode comprometer as informações por não saber quais as necessidades...”EI29, EI15, EI8.

Vários estudos, igualmente mostram, que ao fornecerem informação aos utentes e envolvê-los no tratamento, satisfaz necessidades de ordem: médico-legal e psicológica. A nível médico-legal por permitir consentimento informado.

A nível psicológico, reduz o stress, ansiedade, preserva a dignidade e respeito e promove o sentimento de segurança, assim como a responsabilidade do utente. (Fallowfield, e tal. 1990, Levine e tal. 1992).

Moore e Thompson (1986) referem que, de acordo com estudos efectuados a 1357 utentes, internados em hospitais britânicos, citado por Ribeiro e Rodrigues (2002:20) “que é típico dos doentes falarem do medo de desconhecido e daí considerarem a informação como prioritária”. A informação está inerente ao acto de cuidar, é sem dúvida uma das mais importantes acções de enfermagem.

No cruzamento da amostra, com os anos de serviço dos enfermeiros e anos de serviço na Urgência, surgiram os seguintes gráficos.

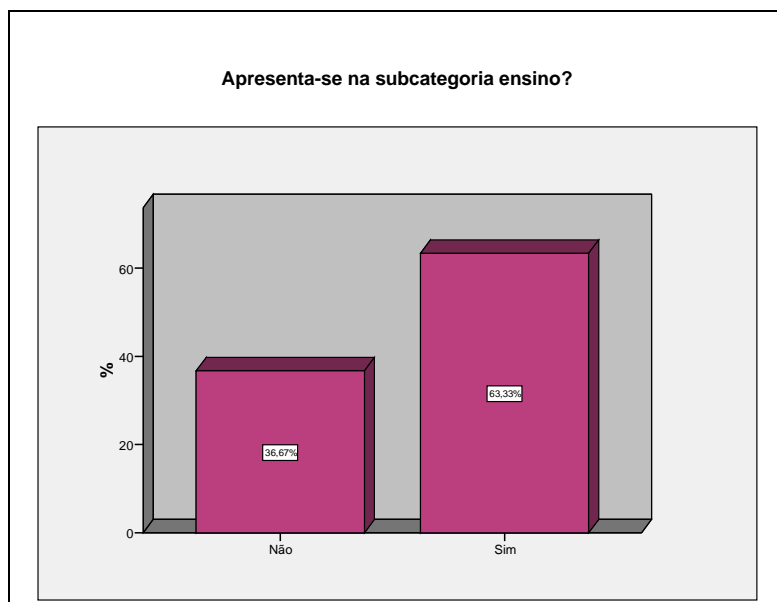


No cruzamento da subcategoria informação com os anos de serviço verificou-se que dos enfermeiros inquiridos, 17 estão categorizados na subcategoria informação. Tendo em conta o tipo de serviço, estes enfermeiros encontram-se distribuídos da seguinte forma: entre 1 a 4 anos de serviço (4), entre 10 a 24 anos de serviço (9) e 3 enfermeiros em cada intervalo que vai de 10 a 24 de serviço. No cruzamento da subcategoria informação com anos de serviço na urgência, dos 17 enfermeiros, 7 estão no serviço entre 5 a 9 anos na urgência, 4 entre 1 a 4 anos, estando os restantes distribuídos nos restantes intervalos.

Levamos a afirmar que o intervalo entre 1 a 4 anos de serviço é o intervalo dos enfermeiros inquiridos, que mais informações prestam ao utente, não sendo coincidente com o mesmo grupo relativamente aos anos de serviço na urgência, o que pode estar relacionado com o facto dos enfermeiros com menos tempo de profissão estarem ainda ligados a princípios de natureza académica, no entanto pelas características específicas do serviço, são os enfermeiros, entre 5 a 9 anos que mais se enquadra na categoria da informação.

Na subcategoria ensino surge o gráfico.

Gráfico n° 32 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Ensino”

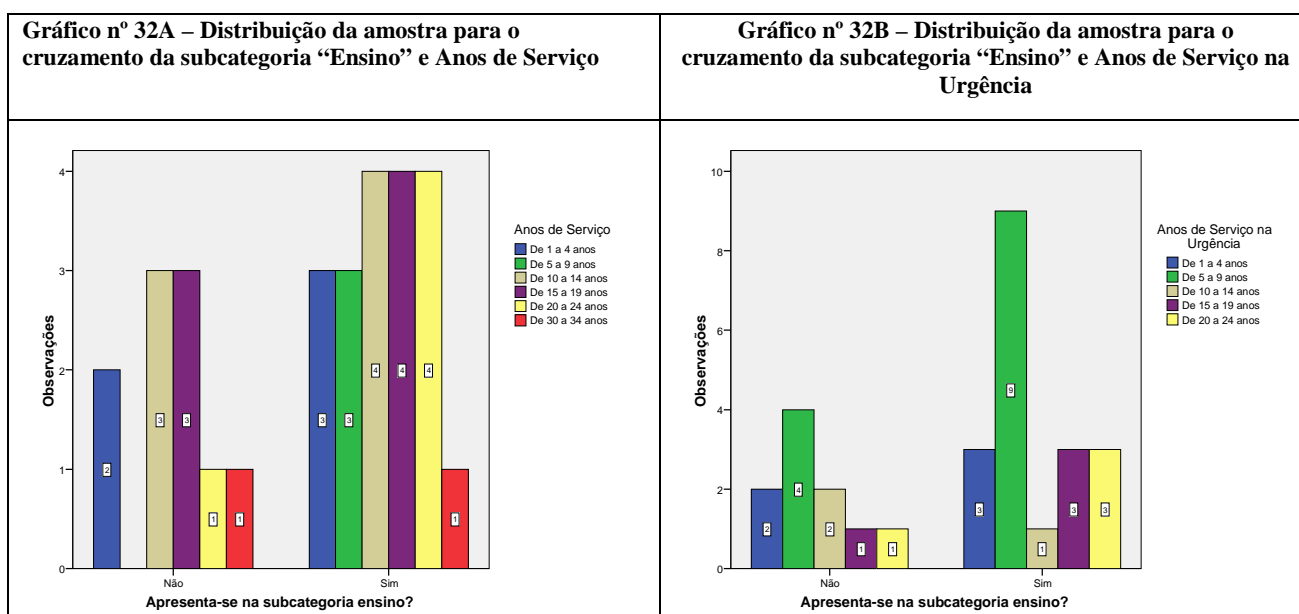


Dos enfermeiros inquiridos, 63,3% foram categorizados na subcategoria “Ensino”, o que equivale a 19 enfermeiros, sendo estes valores o resultado dos segmentos de texto das respostas dos enfermeiros inquiridos, como se pode testemunhar, “...se não faz ensino os

utentes não entendem os cuidados que se prestam...”EI9,EI19, EI28, EI13, EI16“...se não for bom comunicador não faz ensino...”EI9“...é através do ensino que podemos desmistificar e auxiliar os nossos utentes acerca da doença e da saúde...” EI12, EI13, EI23, EI25“...boa comunicação indispensável no ensino, para o bom entendimento tanto a nível pessoal como profissional...”EI7“...no ensino, a comunicação é um aspecto premente e inerente aos cuidados de enfermagem...”EI19, EI20, EI22, E23, EI26, EI27, EI29, EI30“...quando se faz ensino é fundamental o nível cultural do utente...”EI27“ ...só comunicando com o utente é possível informá-lo e ensiná-lo para que participe na melhoria da sua situação de saúde...”EI28, EI11, EI17, EI20“... quando se faz ensino deve ser tomado em conta as características as necessidades de cada utente...”EI21, EI22, EI26“...se fizermos ensino adequado às necessidades existe melhor colaboração do utente...”EI24, EI26.

A primeira Conferência Internacional sobre a promoção de saúde OMS (1986), defende a promoção de saúde, na qual permite às pessoas aumentar o controlo da sua saúde e a melhorarem. Para chegar a um estado de bem-estar total físico, mental e social, é preciso que o individuo ou o grupo seja capaz de identificar, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o ambiente. Assim a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços é partilhada entre os indivíduos, grupos comunitários, profissionais de saúde, instituições do serviço saúde e governos, trabalharem em conjunto para se conseguir um sistema de saúde, que apoie o desenvolvimento pessoal e social. Assim faz todo o sentido o ensino dos profissionais de saúde para desenvolver aptidões pessoais, com o objectivo de aumentar as opções que as pessoas têm á sua disposição para terem maior controlo sobre a sua saúde e sobre o meio em que se encontram de forma serem saudáveis.

Ao cruzar a subcategoria com os anos de serviço e com os anos de serviço na urgência surgiu o seguinte gráfico com as distribuições dos enfermeiros.



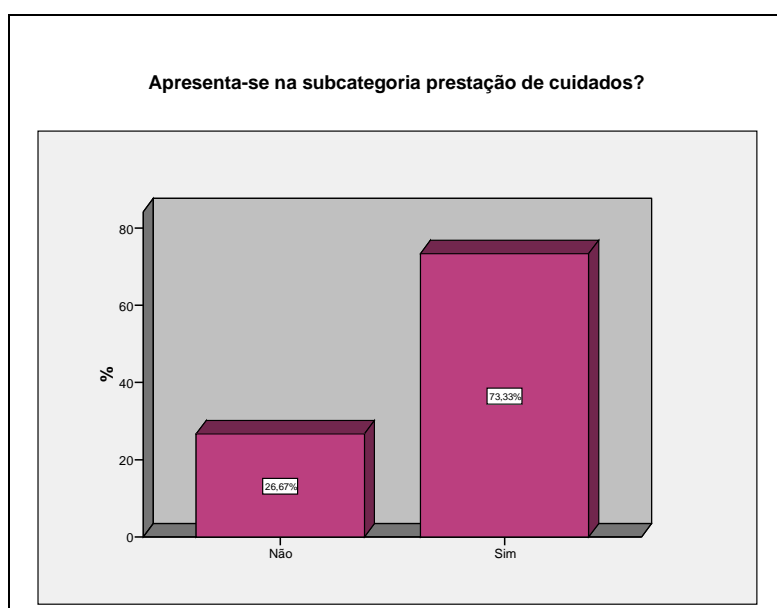
Do cruzamento ensino com os anos de serviço, na amostra de 30 enfermeiros, 19 enfermeiros estão na subcategoria ensino, 12 estão entre intervalos de 10-24 anos de serviço, 6 entre 1 a 9 anos de serviço e 1 entre 30 – 34 anos de serviço.

Do cruzamento ensino com os anos de serviço de urgência, 19 enfermeiros estão na subcategoria ensino, 9 no intervalo 5 – 9 anos, 6 entre o intervalo 15 – 24 anos, 3 entre 1 – 4 anos e 1 no intervalo 10 – 14 anos de serviço na urgência.

Levamo-nos a afirmar que enfermeiros inquiridos nos intervalos entre 10 – 24 anos de serviço são os que fazem mais ensino. Relativamente aos anos de urgência, os enfermeiros no intervalo 5 – 9 anos são os que fazem mais ensino.

Quanto à subcategoria prestação cuidados de enfermagem, como se pode observar no gráfico.

Gráfico nº 33 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Prestação de Cuidados”



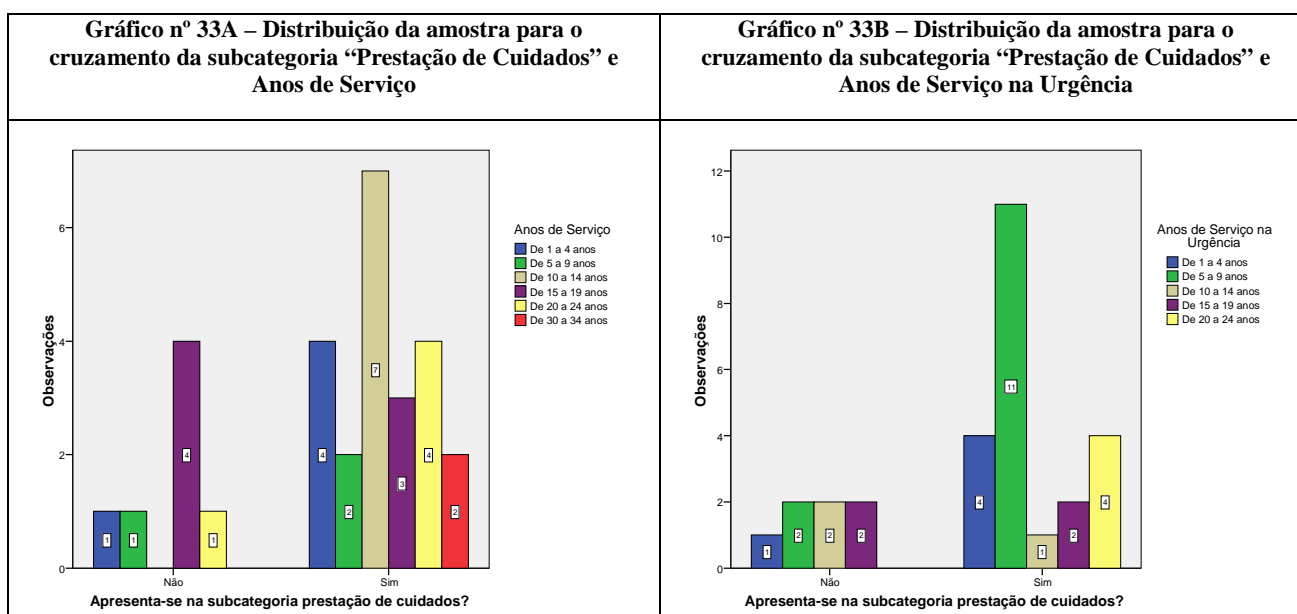
Dos enfermeiros inquiridos, 73,3% foram categorizados na subcategoria “Prestação de Cuidados”, o que equivale a 22 enfermeiros.

Relativamente á prestação de cuidados os enfermeiros deram as seguintes respostas expressas nos segmentos de texto, “...prestar atenção nos cuidados á comunicação, cria empatia e minimiza sentimentos de ansiedade, solidão e insegurança...”EI7, EI8....” aproxima as pessoas dá um sentimento de beleza à vida quando feita correctamente...”EI7“...indicador importante na avaliação que o utente tem dos cuidados prestados...”EI8, EI20“...o grau de satisfação dos cuidados é dada através da comunicação...”EI8, EI10, EI17, EI19“..a qualidade de cuidados de enfermagem depende da comunicação...”EI9, EI10, EI19, EI23, EI25, EI29,

EI30“...através da comunicação apercebemo-nos da forma mais correcta de prestar cuidado com qualidade...”EI10“...a comunicação permite-nos prestar cuidados personalizados...”EI11, EI13, EI16, EI20, EI22“... se o utente compreende a razão de determinado cuidado, melhora significativamente a qualidade dos cuidados...”EI13“...a comunicação não eficaz põe em causa a qualidade de cuidados...”EI14, EI19“ ...a forma como se expressa é relevante no contexto hospitalar ...”EI15“...ao proporcionar um ambiente confortável ao utente pode prestar cuidados com qualidade...”EI15, EI16, EI117, EI24“ ...a comunicação é a base de tudo, e então nos cuidados de enfermagem é extremamente importante...”EI16“...a comunicação escrita é também importante para que fique um registo e para a continuidade de cuidados...”EI16, EI6“... a comunicação é importante na qualidade de cuidados de enfermagem porque permite compreender e estabelecer prioridades de atendimento...”EI17, EI26, EI28“... a comunicação facilita, promove a envolvimento do utente no processo aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem...”EI19“...se existir comunicação entre o utente/família irá melhorar e facilitar a qualidade e estabelecimento de cuidados...”EI23, EI24“...uma boa comunicação significa melhor esclarecimento melhor colaboração do doente, melhores cuidados de enfermagem...EI24, EI27,EI28“...a comunicação é essencial entre as pessoas...um dos aspectos muito importantes nos cuidados de enfermagem...”EI25“...sem interacção não há cuidados de enfermagem...”EI26, EI27“...para prestar cuidados com qualidade é necessário conhecer o utente...”EI28“...é através da comunicação que nós profissionais de saúde fazemos a continuidade de cuidados, respeitando as suas crenças...”EI30“...através da observação e interacção traçamos metas para a melhoria de cuidados de enfermagem...”30.

Parece-nos que através destes segmentos, é evidente a importância que estes enfermeiros inquiridos têm da comunicação, na realização de cuidados de enfermagem. E para exemplificar sobressai um segmento em que diz ...” *aproxima as pessoas dá um sentimento de beleza à vida quando feita correctamente...*”EI7.

Vamos apresentar o cruzamento da prestação de cuidados, com anos de serviço e anos na urgência.



Como verificamos na amostra dos 30 enfermeiros, foram 22 enfermeiros categorizados na subcategoria prestação de cuidados fez-se o cruzamento com os anos de serviço, tendo-se distribuído 4 enfermeiros no intervalo 1 – 4 anos de serviço, 2 no intervalo 5 – 9 anos, 7 no intervalo 10 – 14 anos, 3 no intervalo 15 – 19 anos, 4 enfermeiros de 20 – 24 anos e 2 no intervalo 30 – 34 anos de serviço.

Em relação ao cruzamento da subcategoria prestação de cuidados com anos de serviço na urgência, verificou-se a distribuição dos enfermeiros pelos seguintes intervalos, 4 enfermeiros de 1 – 4 anos, 11 enfermeiros de 5 – 10 anos, 1 enfermeiro de 10 – 14 anos, 2 enfermeiros de 15 – 19 anos e 4 enfermeiros de 20 -24 anos de serviço na urgência.

Da análise verificam-se 7 enfermeiros, o maior grupo está situado no intervalo de 10 – 14 anos de serviço, já em relação anos de serviço na urgência está situado no intervalo 5 – 9 anos tendo 11 enfermeiros.

No tema comunicação, surge a categoria da interacção do enfermeiro/ utente. Pelas respostas dos inquiridos consideraram-se as seguintes subcategorias: **relação de ajuda e clarificação.**

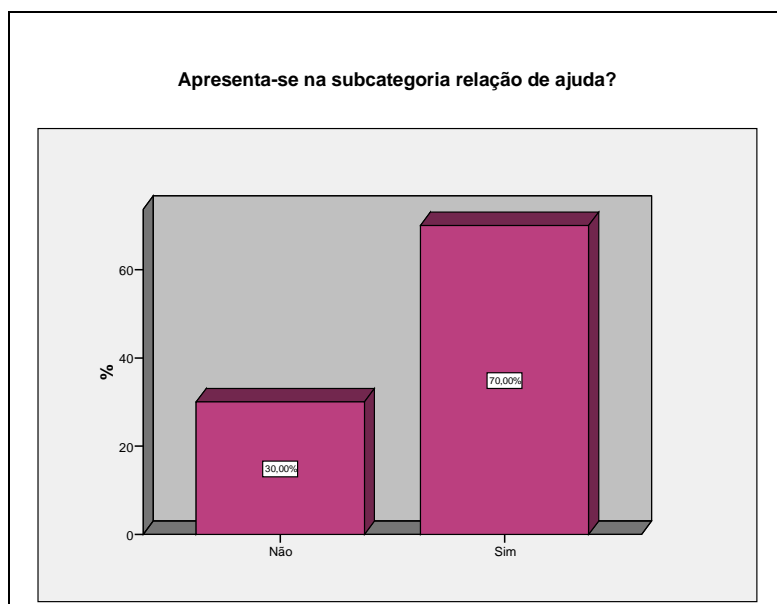
Da análise da resposta dos enfermeiros inquiridos, onde a comunicação com a categoria da interacção enfermeiro/ utente, como comportamento humano assume a clarificação inerente aos diferentes tipos e métodos de comunicação, ilustrando a importância da comunicação verbal e não verbal nos seguintes segmentos “...em doentes em mutismo, e afásicos a linguagem não-verbal transmite-nos dados importantes acerca dos hábitos e personalidade dos mesmos...”EI12, “...comunicação verbal, gestual, escrita tem um papel preponderante na qualidade de cuidados de enfermagem...”EI1. A comunicação enquanto processo, ligada aos componentes do mesmo adquire nesta análise uma função importante na medida em que clarifica a valorização da pessoa enquanto interveniente directo neste processo com participação reconhecida pelo enfermeiro enquanto profissional. Valorizando aquilo que por vezes pode parecer banal e óbvio, mas que pode adquirir uma dimensão importante para a pessoa, na medida em que o enfermeiro demonstra sensibilidade para conhecer a pessoa, na perspectiva de Swanson (1997), ilustrado por “...um toque, um olhar, um sorriso consegue tranquilizar, diminuir os receios e ansiedade dos utente...”EI22“...a ausência ou deficiente comunicação ...provoca um ambiente hostil...”EI25“...viver é comunicar...”EI26.

A interacção do enfermeiro utente é visível no processo de cuidados, quando além da gestão dos silêncios, escutar a pessoa é essencial como atitude inerente à relação de ajuda, ilustrada pelo seguinte “...estabelece uma relação de ajuda...saber, escutar e ouvir...” EI4, “...A linguagem das emoções ...é uma forma de comunicação rica, que (...) mostra o que realmente a pessoa está a sentir...em que o enfermeiro deve estar atento a todas as manifestações e agir de acordo com a informação...”EI30. Na análise das respostas, a comunicação faz parte integrante da prática do enfermeiro, estando presente em todos atendimentos de enfermagem, no sentido de conhecer as necessidades do utente. A relação enfermeiro/utente envolve comportamentos, acções e mímicas reveladoras de sentimentos, tendo presente uma atitude de congruência no desenvolvimento de uma relação de qualidade. Parece presente nestes enfermeiros que a atitude da interacção no cuidado de enfermagem é mais do que o tradicional ou mecânico acto de comunicar, existe a preocupação em perceber e interpretar as experiências subjectivas dos outros, para planear cuidados e uma valorização dos cuidados relacionais relativamente aos cuidados técnicos, que se identifica com ideias de Henderson (1961, 1969), Watson (1988) orientada para uma acção centrada no cliente como sujeito de cuidados e abrange a pessoa e o seu ambiente. Estudos efectuados recentemente vieram confirmar esta orientação do enfermeiro para a pessoa (Gomes 2001; Basto ed al, 2000).

Relativamente às respostas dos inquiridos pelo que apuramos nos segmentos do texto, vamos apresentar em gráfico para as respectivas subcategorias a posição dos enfermeiros.

Na subcategoria Relação de Ajuda temos o seguinte gráfico.

Gráfico nº 34 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Relação de Ajuda”



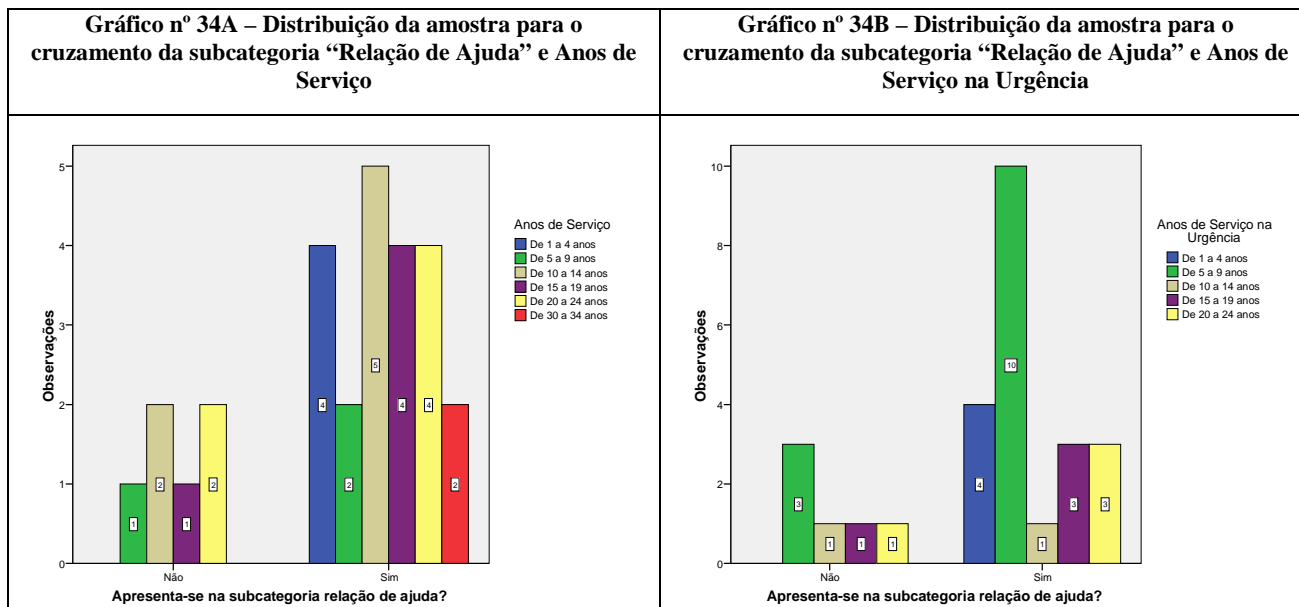
Dos enfermeiros inquiridos, 70% foram categorizados na subcategoria “Relação de Ajuda”, o que equivale a 21 enfermeiros. Estes dados são o resultado dos seguintes segmentos de texto. “...comunicação verbal, gestual, escrita tem um papel preponderante na qualidade de cuidados de enfermagem...”EI1, EI3, EI7, EI8“... comunicação é fundamental na qualidade de cuidados...”EI3, EI6, EI12, EI15“...é através da comunicação verbal ou não-verbal que a interacção utente/enf. se efectiva... decisiva nos aspectos relacionais e empáticos do binómio enf./ utente ...” EI3“...estabelece uma relação de ajuda...saber, escutar e ouvir...” EI4, EI6“...comunicar é envolver o outro no seu todo...”EI7“...a comunicação não verbal do utente por vezes transmite-nos o que está a sentir...”EI10, EI12, EI19“... a comunicação verbal e não verbal identifica as necessidades do utente...”EI11“...a relação enfermeiro/utente tem por base a comunicação sem comunicação não há relação...”EI12, EI3, EI16, EI26“...em doentes em mutismo, e afásicos a linguagem não-verbal transmite-nos dados importantes acerca dos hábitos e personalidade dos mesmos...”EI12“...o relacionamento é a base da comunicação eficaz...”EI14, EI18, EI24, EI26, EI29“...a comunicação não-verbal requer uma grande observação, experiência e tempo para se aprender ...”EI16“...uma enfermeira que não comunique verbal e não-verbal não pode criar uma relação de empatia...”EI20“ ...a comunicação é conseguir estabelecer uma boa relação com o utente ou família/pessoa significativa...”EI22, EI23“...um toque, um olhar, um sorriso consegue tranquilizar, diminuir os receios e ansiedade dos utente...”EI22“...a ausência ou deficiente comunicação ...provoca um ambiente hostil...”EI25“...viver é comunicar...”EI26.

Por estes segmentos verifica-se que para estabelecer uma relação de ajuda a comunicação está sempre presente, como exemplificamos utilizando o segmento “...é através da comunicação verbal ou não-verbal que a interacção utente/enf. se efectiva... decisiva nos aspectos relacionais e empáticos do binómio enf./ utente ...”.

A relação de ajuda é estabelecida em benefício do utente, enquanto as relações entre familiares e amigos visam a satisfação das necessidades mútuas. Em particular, a relação utente/ enfermeiro, visa ajudar o doente a alcançar e manter um nível óptimo de saúde.

Estar presente fundamenta-se na ciência de enfermagem, a essência de enfermagem enquanto disciplina (Bernardo, 1998). Contudo, em cuidados intensivos, a competência técnica, está relacionada com os avanços tecnológicos, tendo sido descrita como uma componente do cuidar pelos teóricos (Orem, 1985, Rogers, 1985, Newman, 1986 e Parse, 1992). Com isto queremos dizer que a competência técnica permite uma outra forma de conhecer o utente, não esquecendo que ao promover a capacidade de comunicação na relação de ajuda, ajuda-nos a conhecer o utente.

Vamos analisar, o cruzamento da subcategoria relação de ajuda com anos de serviço e anos de serviço na urgência.



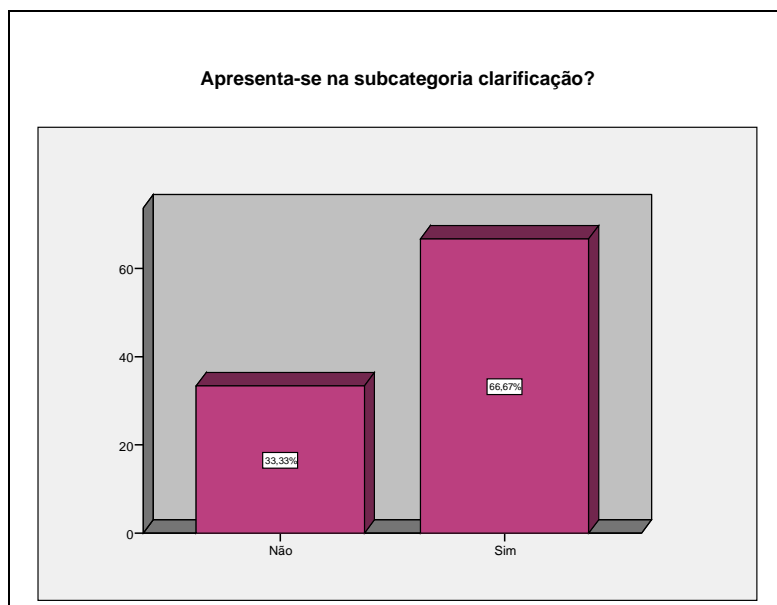
No cruzamento da subcategoria da relação de ajuda com os anos de serviço verificou-se que os 21 enfermeiros estão distribuídos pelos intervalos: 4 enfermeiros no intervalo 1 - 4 anos de serviço, 2 enfermeiros no intervalo 5 – 9 anos, 5 no intervalo 10 – 14 anos, 4 no intervalo 15 – 19, 4 no intervalo 20 – 24 e 2 enfermeiros no intervalo 30 – 34 anos de serviço.

Relativamente aos anos na urgência os enfermeiros estão distribuídos pelos intervalos: 4 enfermeiros, entre 1 – 4 anos, 10 entre 5 – 9 anos, 1 de 10 - 14 anos, 3 de 15 – 19 e 3 enfermeiros no intervalo 20 -24 anos de serviço na urgência.

Resumindo os 21 enfermeiros que se apresentam na subcategoria da relação de ajuda, encontram-se em maior número no intervalo 10 – 14 anos de serviço e em relação aos anos de serviço na urgência estão em maior número no intervalo 5 – 9 anos.

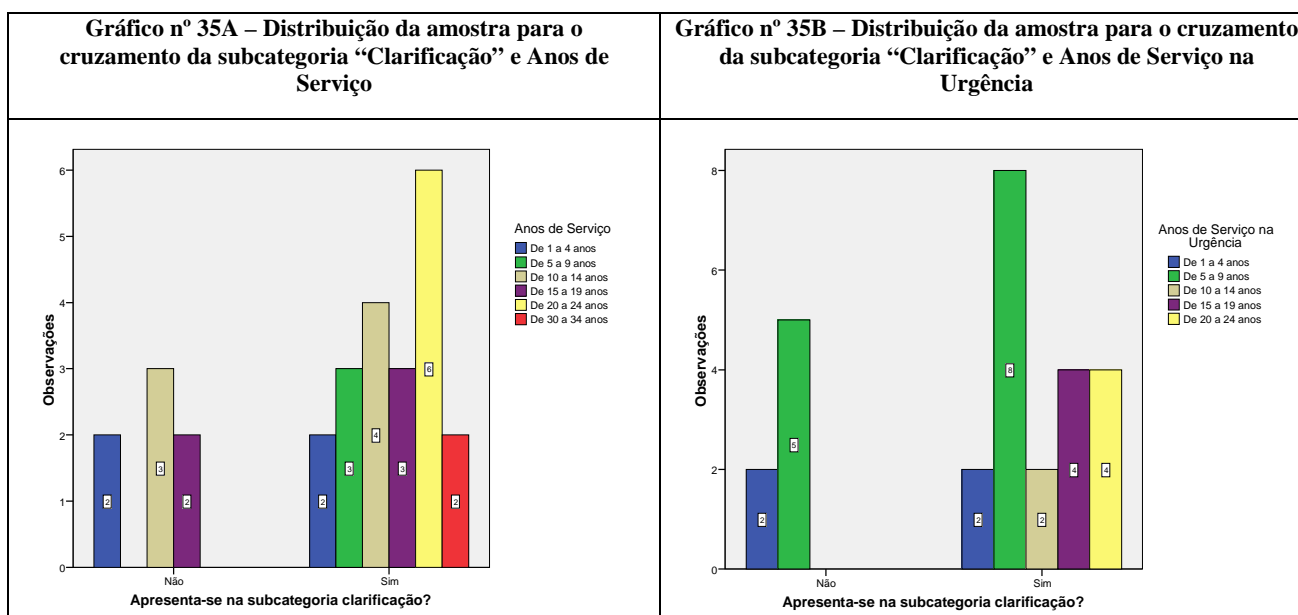
Na a subcategoria clarificação, aparece o seguinte gráfico.

Gráfico nº 35 – Distribuição da amostra para a subcategoria “Clarificação”



Dos enfermeiros inquiridos, 66,7% integram a subcategoria “Clarificação”, o que equivale a 20 enfermeiros, demonstraram desejo em compreender o utente. O gráfico surgiu dos segmentos, “...esclarecer dúvidas é importante na comunicação, mas tem em conta o tempo, disponibilidade, vontade entre outros...” EI2“...a clarificação na comunicação promove, segurança, confiança, informação esclarecimentos das dúvidas...”EI4, EI16,EI17“...a comunicação diminui a ansiedade...dos doentes e seus familiares...”EI4, EI5, EI7, EI9“...através da comunicação ...faz um diagnóstico de enfermagem e por sua vez as intervenções...”EI5, EI6, EI8“...é através da comunicação que nos entendemos...”EI7, EI9, EI12, EI15“...a enfermagem nunca pode ser muda, assenta na comunicação...”EI14“...a clarificação e valorização das queixas do utente/acompanhante permite estabelecer prioridades...”EI17, EI18, EI20, EI22“...a clarificação permite adequar cuidados de enfermagem às necessidades do utente...”EI18, EI20, EI29, EI30“...a clarificação e valorização das queixas produz tranquilidade no utente...”EI18, EI20“...clarificando as dúvidas , medos, consegue-se a colaboração dos utentes...”EI24, EI26, EI28.

Em análise do cruzamento da subcategoria Clarificação, com anos de serviço e anos de urgência, surgem os gráficos.



Da análise do cruzamento da subcategoria Clarificação e anos de serviço, verificou-se que os 20 enfermeiros categorizados nesta subcategoria se encontram distribuídos pelos intervalos: 6 enfermeiros entre 20 – 24 anos, 4 enfermeiros de 10 – 14 anos, 3 enfermeiros nos intervalos 5 – 9 anos e 15 – 19 anos e 2 enfermeiros para cada intervalo de 1 – 4 anos e 30 – 34 anos de serviço.

Relativamente aos anos de serviço na urgência os 20 enfermeiros estão distribuídos pelos intervalos: 8 enfermeiros entre 5 – 9 anos, 4 enfermeiros entre 15 – 19 anos e 20 – 24 anos, 2 enfermeiros 1 – 4 anos e 10 – 14 anos de serviço na urgência.

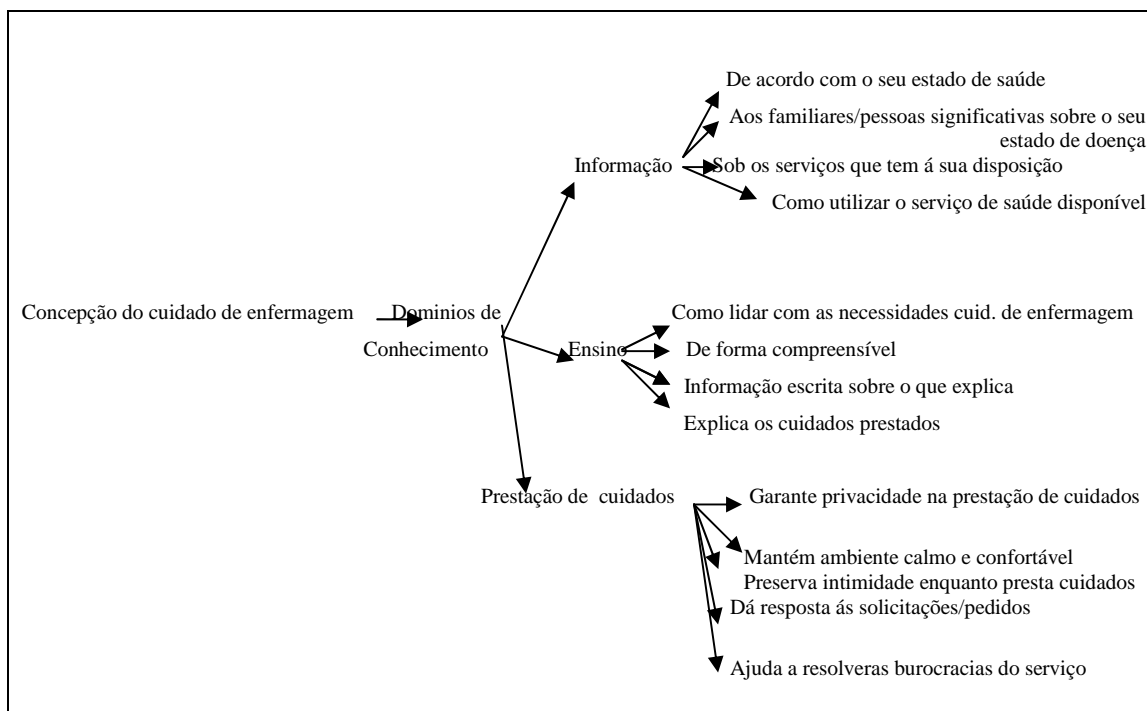
Resumindo os 20 enfermeiros, que foram categorizados na subcategoria clarificação, encontravam-se em maior número no intervalo 20 – 24 anos de serviço. Em relação aos anos de serviço na urgência no intervalo 5 -9 anos.

Relativamente á comunicação Aristóteles ensinou-nos que uma pessoa moralmente competente também tem diversas aptidões sociais e que o seu conhecimento de natureza humana é baseado na capacidade de interagir com os outros e de cooperar com eles tanto no trabalho como socialmente. Boa capacidade de comunicação e aptidões sociais são qualidades essenciais num profissional de saúde.

3.2 . AMOSTRA DOS UTENTES

Caracterizamos o processo do cuidado de enfermagem, tal como foi categorizado a partir da amostra dos utentes.

Diagrama 3 – Processo de Concepção do cuidado de enfermagem (Utentes)



Como já foi dito sendo um trabalho teórico e não empírico, de acordo com os objectivos do trabalho, vamos trabalhar com categorias e subcategorias, agrupamos as questões do questionário dos utentes, como se fez com a amostra dos enfermeiros, de acordo com a seguinte tabela.

Tabela nº 4 – Distribuição das subcategorias na Concepção do Cuidado de Enfermagem (utentes)

Subcategoria	Questões do questionário
Informação	1,3,4 e 5
Ensino	2,6,8 e 9
Prestação de cuidados	12,13, 14, 19 e 20

3.2.1 DIMENSÃO DA CONCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

3.2.1.1 - Variáveis inerentes à subcategoria Informação

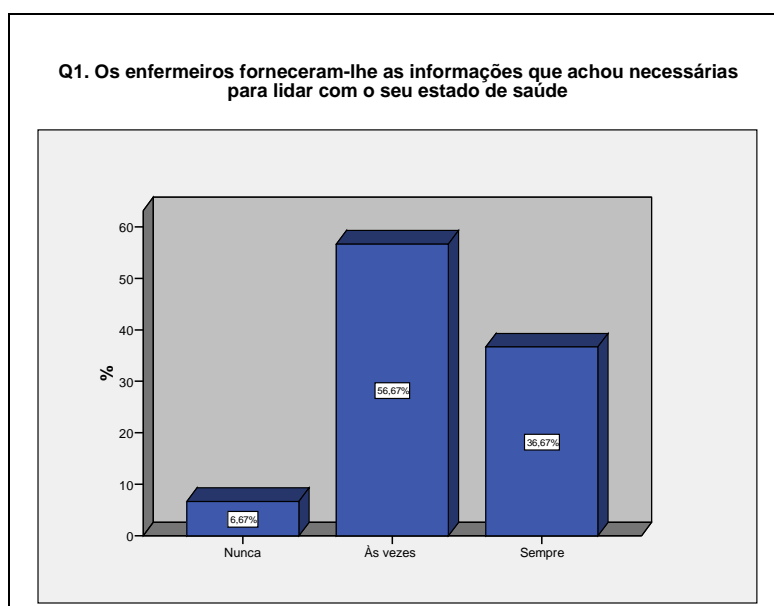
Agrupadas as várias questões do questionário, como no seguinte quadro para subcategoria informação, com as respectivas frequências e percentagens.

Quadro nº 9 – Distribuição da amostra na subcategoria Informação (Utentes)

Subcategoria INFORMAÇÃO	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q1. Fornecida pelos enfermeiros necessários ao seu estado de saúde			2	6,7	17	56,7	11	36,7	30	100,0
Q3. Dada pelos enfermeiros aos familiares ou pessoas mais próximas relativas ao estado de doença e como podem ajudar	2	6,7	3	10,0	11	36,7	14	46,7	30	100,0
Q4. Transmitida pelo enfermeiro sobre os serviços que tem à sua disposição	6	20,0	6	20,0	12	40,0	6	20,0	30	100,0
Q5. Dada pelo enfermeiro sobre a forma como utilizar o serviço de saúde disponível	2	6,7	7	23,3	13	43,3	8	26,7	30	100,0

Tratamos questão a questão, tendo surgido as seguintes percentagens para as questões analisadas.

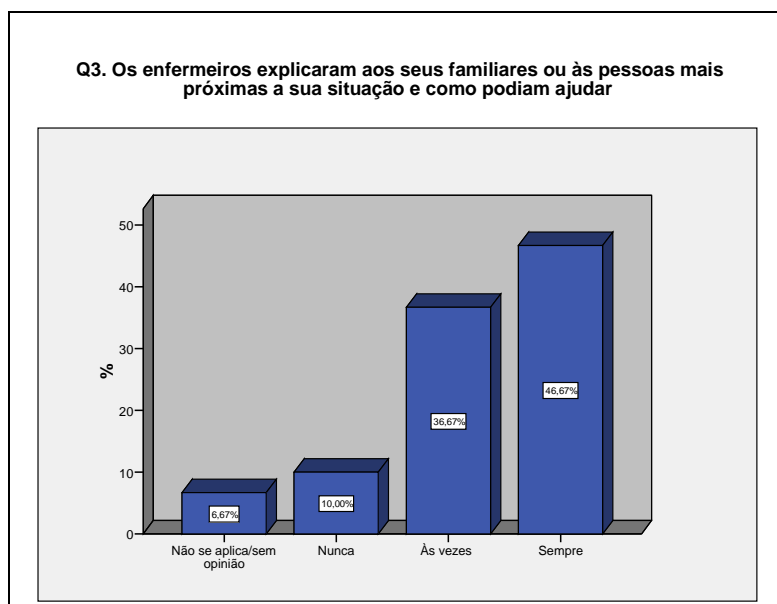
Gráfico nº 36 – Distribuição da amostra pelas informações fornecidas pelos enfermeiros, necessárias ao seu estado de saúde



Da análise do gráfico verifica-se que 56,7% dos utentes inquiridos, responderam que “às vezes” os enfermeiros forneceram-lhe as informações que acharam necessárias para

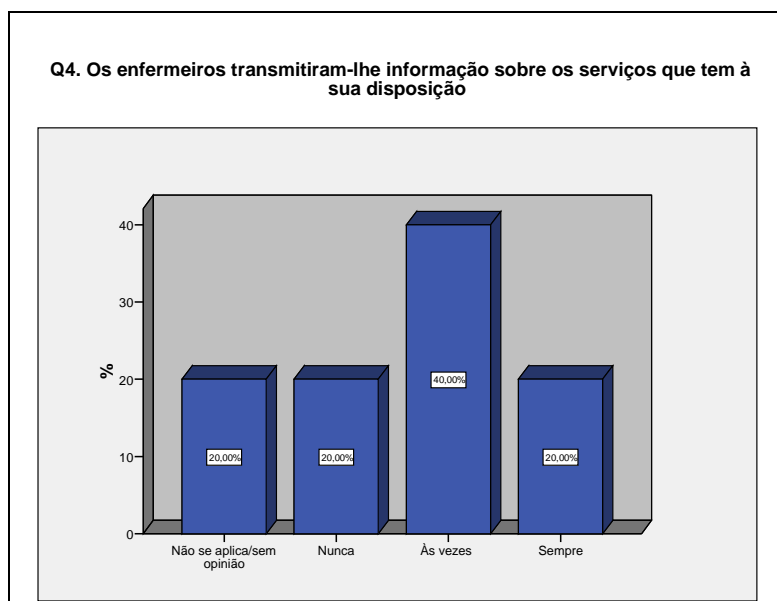
lidar com o seu estado de saúde, 36,7% responderam “sempre” e apenas 6,7% responderam “nunca”.

Gráfico nº 37 – Distribuição da amostra pelas explicações dadas pelos enfermeiros aos familiares ou às pessoas mais próximas relativas ao estado de doença e como podiam ajudar



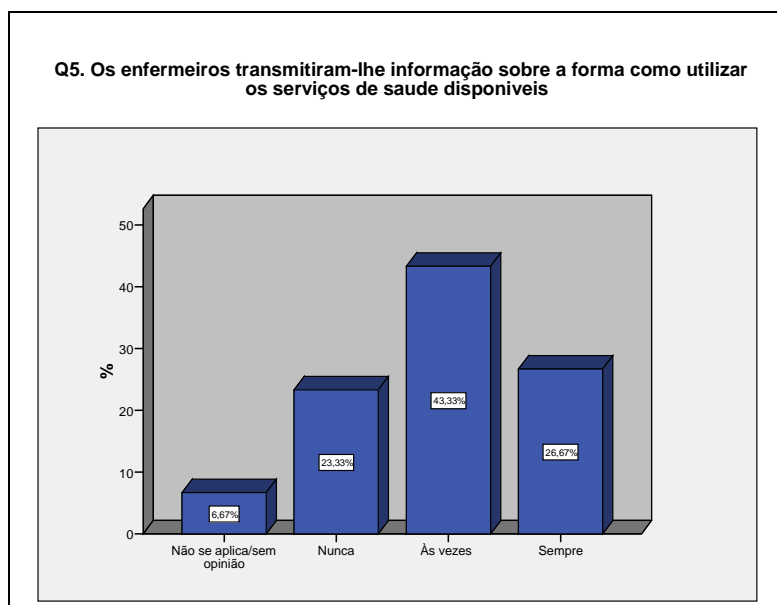
Da análise da nossa amostra, constata-se que 46,7% dos utentes inquiridos, responderam que os enfermeiros explicaram “sempre” aos seus familiares ou às pessoas mais próximas a situação e como o podem ajudar. Dos utentes inquiridos 36,7% responderam “às vezes” a esta mesma pergunta, 10%, responderam “nunca”. Tal facto demonstra que um número considerável de enfermeiros que é percebido como não dando explicações, acerca do estado de saúde do utente.

Gráfico nº 38 – Distribuição da amostra pelas informações transmitidas pelo enfermeiro sobre os serviços que tem à sua disposição



Da amostra dos inquiridos, em relação à questão dos enfermeiros transmitirem informação sobre os serviços que têm à sua disposição, 12 (40%) responderam “às vezes”, 6 (20%) responderam “nunca”, 6 (20%) responderam “sempre” e 6 “não têm opinião”.

Gráfico nº 39 – Distribuição da amostra pela informação dada pelo enfermeiro sobre a forma como utilizar o serviço de saúde disponível



Dos utentes inquiridos 43%, em relação à questão sobre se transmitiram informação sobre a forma de como utilizar os serviços de saúde disponíveis responderam “às vezes”, 26% responderam “sempre”, 23,3% responderam “nunca” e 6,7% não revela opinião.

Em resumo, da subcategoria informação, 11 utentes afirmam que os enfermeiros fornecem sempre informação sobre o seu estado de saúde, 14 utentes dizem que os enfermeiros envolvem sempre na informação relativa ao seu estado de doença e como o podem ajudar os familiares ou pessoas mais próximas, 6 utentes dizem que o enfermeiro transmite sempre informação sobre os serviços que tem à sua disposição e 8 utentes dizem que os enfermeiros dão sempre informação em como devem utilizar os serviços de saúde.

Messner (1993) citado por Ribeiro e Rodrigues (2002:19) “*refere que um dos aspectos que os doentes apreciam na prestação dos cuidados de enfermagem são as informações e as explicações que os enfermeiros lhes vão fornecendo, pois ajudam-nos a passar por acontecimentos que desconheciam*”.

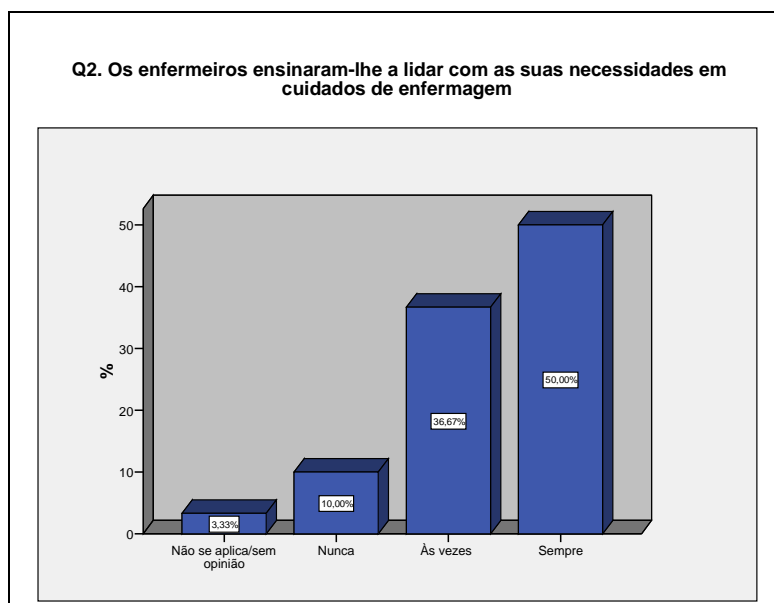
3.2.1.2 - Variáveis inerentes à subcategoria Ensino

Quadro nº 10 – Distribuição da amostra na categoria Ensino (Utentes)

Subcategoria ENSINO	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q2. Do enfermeiro em lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem	1	3,3	3	10,0	11	36,7	15	50,0	30	100,0
Q6. Feito pelo enfermeiro de forma compreensível	1	3,3	3	10,0	12	40,0	14	46,7	30	100,0
Q8. Escrita fornecida pelo enfermeiro sobre os assuntos de que o informavam	2	6,7	13	43,3	9	30,0	6	20,0	30	100,0
Q9. Dado pelo enfermeiro sobre os cuidados prestados			7	23,3	10	33,3	13	43,3	30	100,0

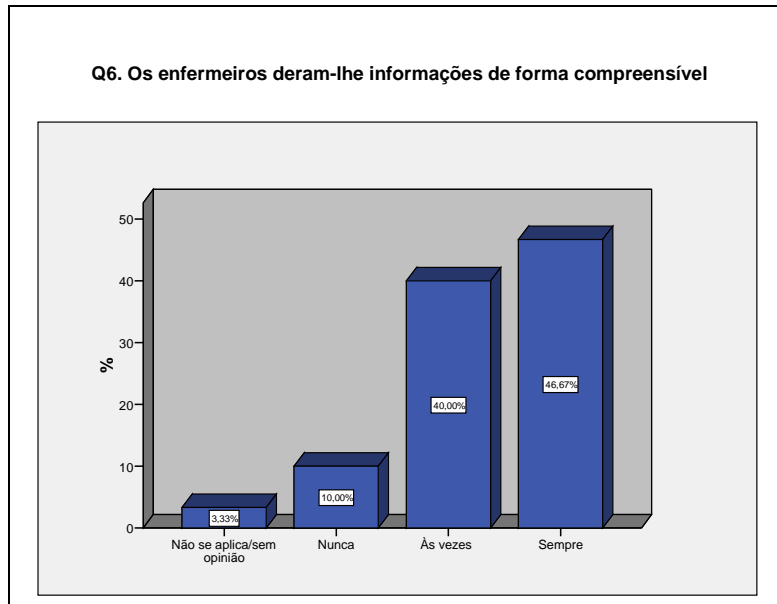
Veamos a análise de cada questão nos gráficos seguintes.

Gráfico nº 40 – Distribuição da amostra pelo ensino do enfermeiro em lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem



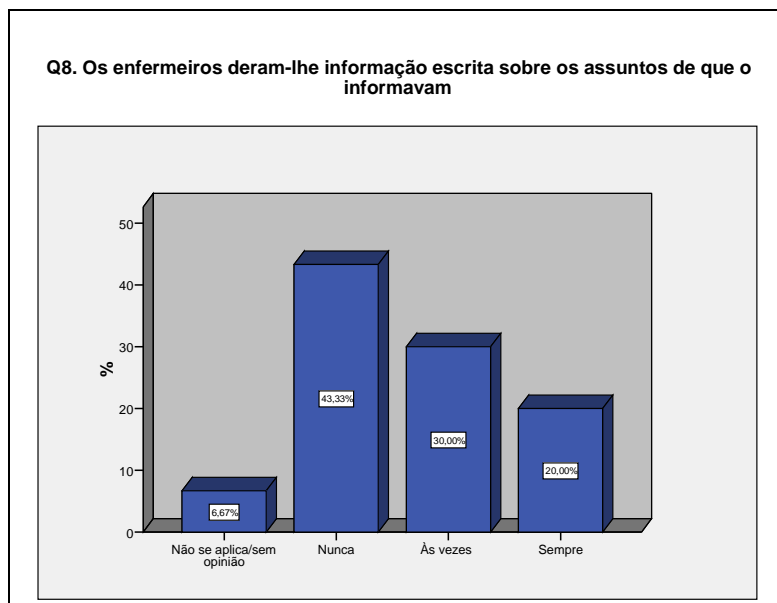
As respostas dos inquiridos mostram que 50% dos utentes inquiridos responderam que os enfermeiros ensinam “sempre” a lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, havendo 36,7% que respondem “às vezes”.

Gráfico nº 41 – Distribuição da amostra pelo ensino feito pelo enfermeiro de forma compreensível



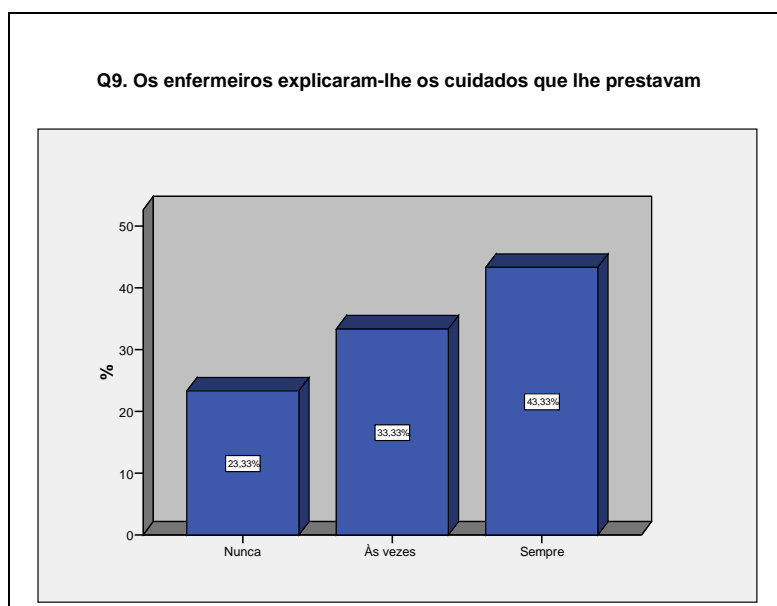
Dos utentes inquiridos 46% respondem que os enfermeiros ensinam “sempre” de forma compreensível, utilizando uma linguagem perceptível por eles, enquanto 40% respondem “às vezes” e 10% nunca.

Gráfico nº 42 – Distribuição da amostra pela informação escrita fornecida pelo enfermeiro sobre os assuntos de que o informavam



Dos utentes inquiridos 43,3% responderam “nunca” os enfermeiros deram informação escrita sobre as matérias de saúde de que faziam ensino, 30% responde “às vezes” e 20% responde os enfermeiros dão sempre informação escrita.

Gráfico nº 43 – Distribuição da amostra pela explicação dada pelo enfermeiro sobre os cuidados prestados



Dos utentes inquiridos, 43,3% responderam que os enfermeiros dão “sempre” explicações sobre os cuidados prestados, 23,3% respondeu “nunca” e 33,3% “às vezes” explicam os cuidados prestados. Isto pode significar que nem sempre os enfermeiros conversam com os utentes acerca dos cuidados que lhe prestam.

Em resumo, na subcategoria Ensino, 50% dos utentes inquiridos, responde que os enfermeiros fazem sempre ensino em como lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem, 46,7% os enfermeiros fazem sempre ensino de forma compreensível, 20% os enfermeiros fornecem sempre informação escrita sobre os assuntos que informavam e 43,3% dos utentes diz que os enfermeiros fazem sempre ensino sobre os cuidados prestados.

3.2.1.3 - Variáveis inerentes à subcategoria Prestação de Cuidados

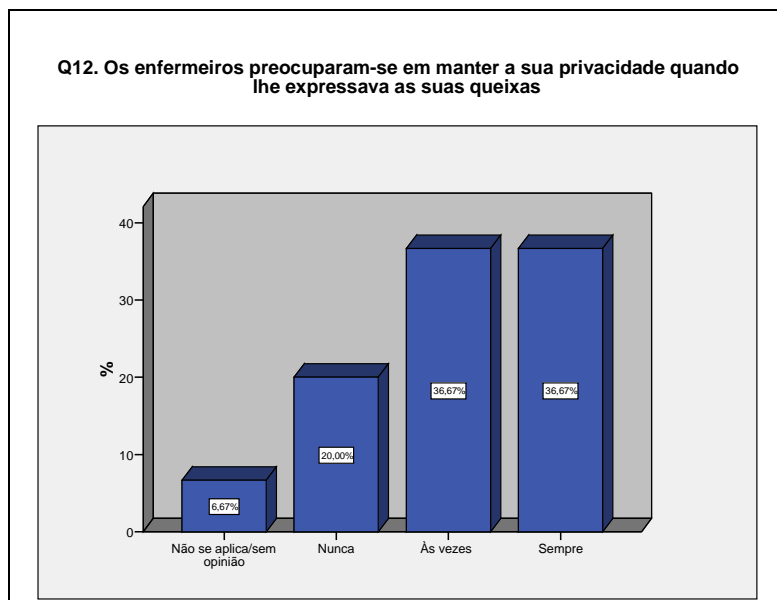
Apresenta-se em quadro as frequências e percentagens.

Quadro nº 11 – Distribuição da amostra na subcategoria Prestação de Cuidados de Enfermagem (Utentes)

Subcategoria PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q12. Preocupação do enfermeiro em manter privacidade quando lhe expressava as suas queixas	2	6,7	6	20,0	11	36,7	11	36,7	30	100,0
Q13. Preocupação do enfermeiro na prestação de cuidados em ambiente calmo e confortável	2	6,7	4	13,3	14	46,7	10	33,3	30	100,0
Q14. Preocupação do enfermeiro em preservar a intimidade enquanto presta cuidados	2	6,7	2	6,7	13	43,3	13	43,3	30	100,0
Q19. Demora do enfermeiro em dar resposta às solicitações/pedidos			6	20,0	19	63,3	5	16,7	30	100,0
Q20. Ajuda dada pelo enfermeiro na resolução de burocracia do serviço	6	20,0	2	6,7	17	56,7	5	16,7	30	100,0

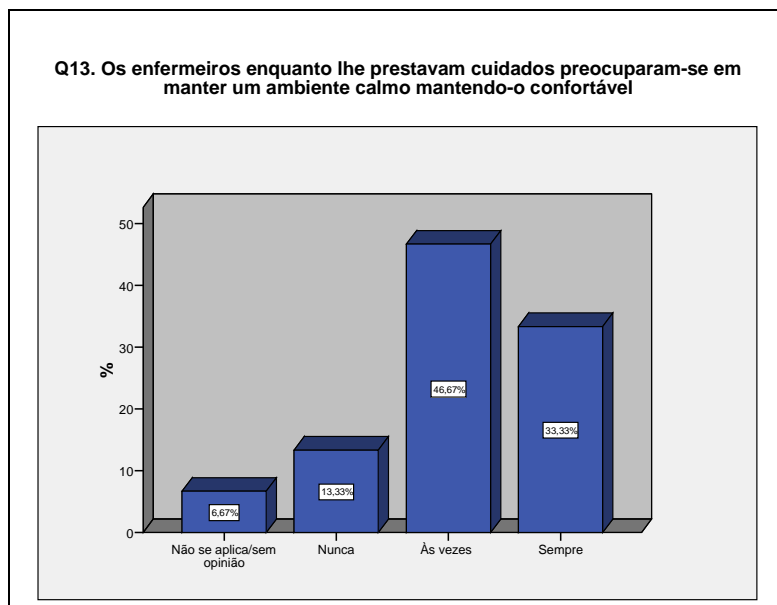
Fazendo o mesmo para as questões, os gráficos apresentam as percentagens de cada variável.

Gráfico nº 44 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em manter privacidade quando lhe expressava as suas queixas



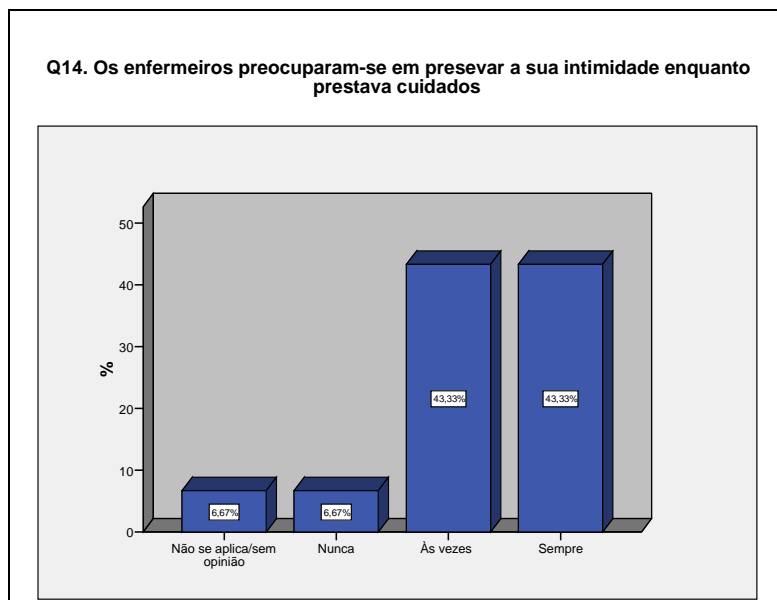
Os 36,7% dos inquiridos respondem que os enfermeiros procuram manter sempre a privacidade do utente quando lhe expressam as queixas, 36,7% responde às vezes e 20% nunca.

Gráfico nº 45 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro na prestação de cuidados em ambiente calmo e confortável



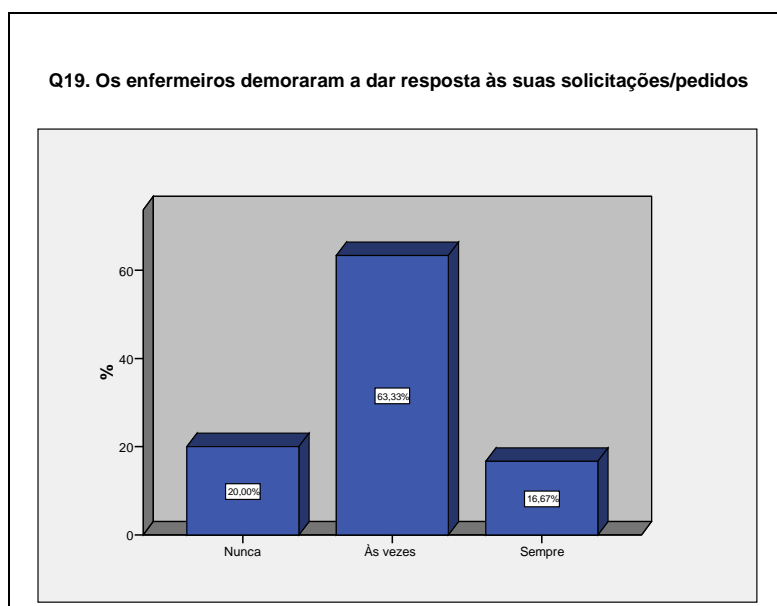
Os 33,3% dos inquiridos respondem que os enfermeiros enquanto prestam cuidados de enfermagem preocupam-se sempre em manter um ambiente calmo e confortável sem ruído, sem estar conversar uns com os outros. Os 46,7% respondem as vezes e 13,3% nunca.

Gráfico nº46 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em preservar a intimidade enquanto presta cuidados



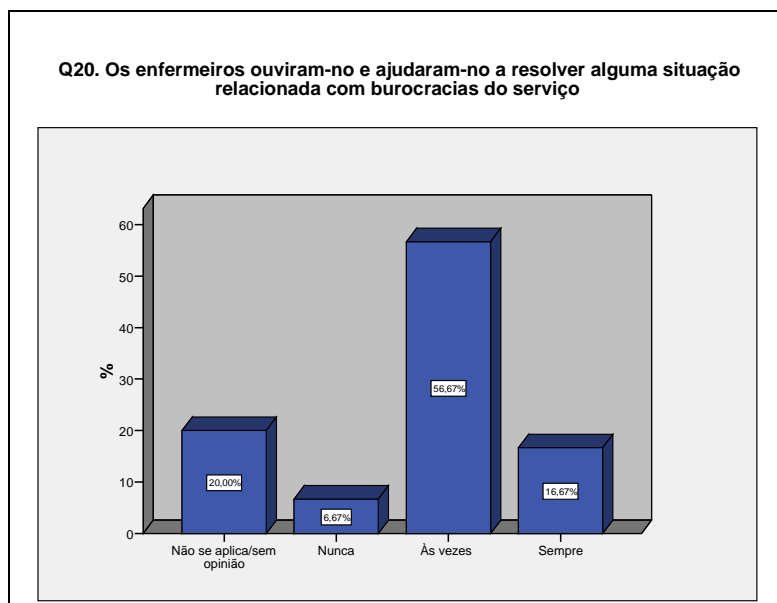
Os 43,3% dos inquiridos respondem que os enfermeiros preocupam-se sempre em preservar a intimidade enquanto prestam cuidados de enfermagem, não os destapando, ou quando necessário coloca biombos, 43,3% respondem as vezes e 6,7% nunca.

Gráfico nº 47 – Distribuição da amostra pela demora do enfermeiro em dar resposta às solicitações/pedidos



Os 16,7% dos inquiridos respondem os enfermeiros demoram sempre a dar respostas às solicitações e pedidos, 63,3% respondem às vezes e 20,0% nunca.

Gráfico nº 48 – Distribuição da amostra pela ajuda dada pelo enfermeiro na resolução de burocracia do serviço



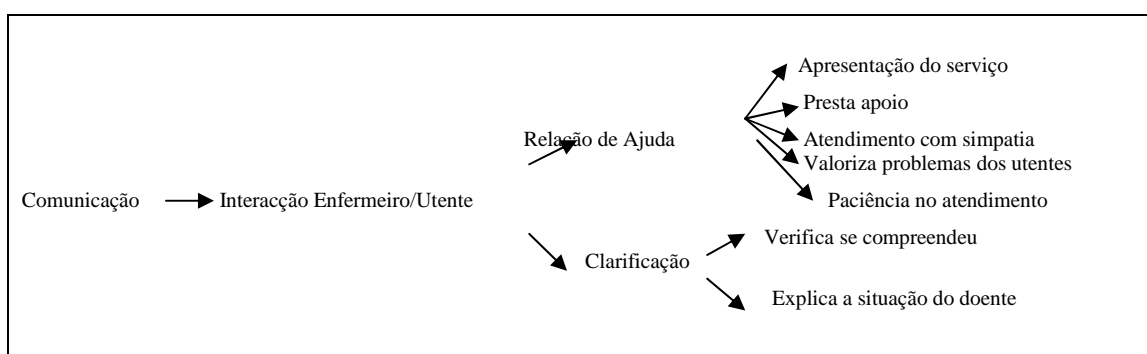
Dos inquiridos, 16,7% respondem os enfermeiros ouviram-no e ajudaram-no “sempre” na resolução das burocracias do serviço, 56,7% “às vezes” e 6,7% “nunca” o ajudaram.

Em resumo, na subcategoria Prestação de Cuidados 36,7% dos utentes inquiridos diz que os enfermeiros se preocupam sempre em manter a privacidade quando lhe expressavam as suas queixas, 33,3% dos utentes diz que os enfermeiros prestavam sempre cuidados em ambiente calmo e confortável, 43,3% responde que os enfermeiros se preocupavam sempre em preservar a intimidade do utente enquanto prestavam cuidados, 16,7% diz que o enfermeiro demorava sempre em dar resposta às solicitações e pedidos e 16,7% responde que os enfermeiros ajudavam sempre na resolução de burocracias do serviço.

3.2.2 DIMENSÃO COMUNICAÇÃO

Tal como foi feito no questionário dos enfermeiros surge a comunicação que emergiu do questionário dos utentes, aparecendo a categoria interação do enfermeiro/ utente, que por sua vez se orienta em dois sentidos diferentes mas complementares nas subcategorias **Relação de Ajuda** e **Clarificação**.

Diagrama 4 – Processo de Comunicação enfermeiro/utente (Utentes)



Agrupamos as questões do questionário dos utentes e vamos trabalhar com as categorias e subcategorias como se fez com a amostra dos enfermeiros, de acordo com a seguinte tabela.

Tabela nº 5 – Distribuição das subcategorias na Comunicação (utentes)

Subcategoria	Questões do questionário
Relação de Ajuda	10, 11, 15, 16 e 17
Clarificação	7 e 18

3.2.2.1 - Variáveis inerentes à subcategoria Relação de Ajuda

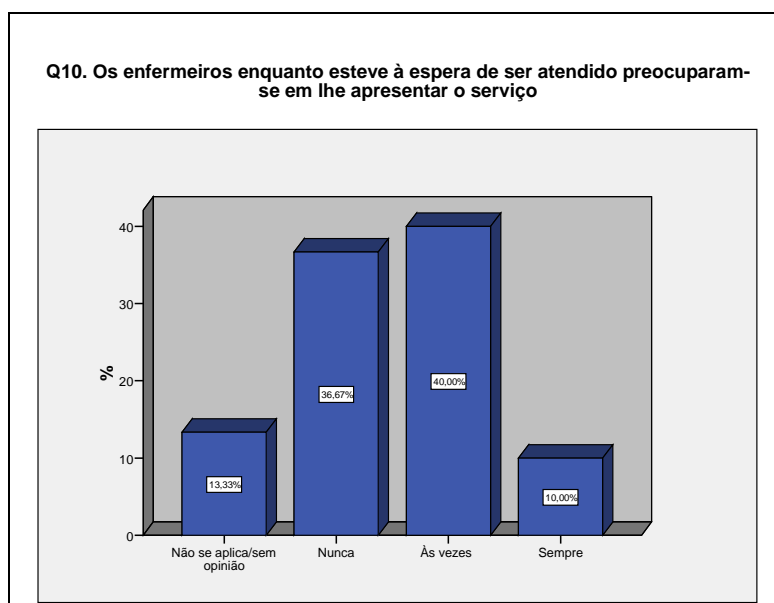
Através da análise estatística das variáveis calculamos a frequência e a percentagem representada em quadro.

Quadro nº 12 – Distribuição da amostra na subcategoria Relação de Ajuda (Utentes)

Subcategoria RELAÇÃO DE AJUDA	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q10. Os enfermeiros enquanto esteve à espera de ser atendido preocuparam-se em lhe apresentar o serviço	4	13,3	11	36,7	12	40,0	3	10,0	30	100,0
Q11. Apoio e ajuda obtida do enfermeiro enquanto esteve à espera de ser atendido na consulta médica	1	3,3	3	10,0	14	46,7	12	40,0	30	100,0
Q15. Simpatia do enfermeiro			1	3,3	14	46,7	15	50,0	30	100,0
Q16. Importância dada pelo enfermeiro aos problemas dos utentes			1	3,3	17	56,7	12	40,0	30	100,0
Q17. Paciência mostrada pelo enfermeiro no atendimento do utente			1	3,3	14	46,7	15	50,0	30	100,0

Da análise das questões surge os seguintes gráficos, representando a percentagem.

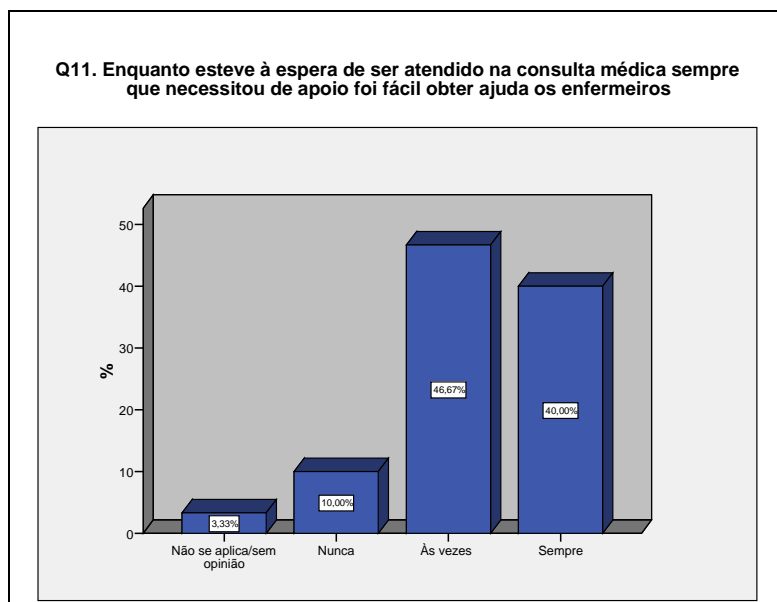
Gráfico nº 49 – Distribuição da amostra pela preocupação do enfermeiro em apresentar o serviço enquanto esteve à espera de ser atendido



Da análise feita verifica-se que segundo os utentes inquiridos, os enfermeiros não têm por hábito fazer apresentação do serviço. Apenas 10% dos inquiridos respondeu

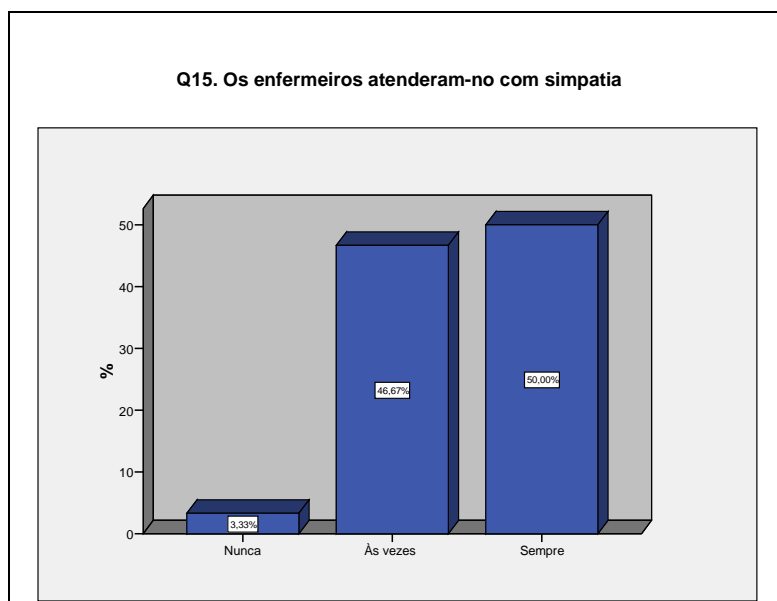
“sempre” que esteve à espera de ser atendido os enfermeiros preocuparam-se em lhe apresentar o serviço, 40% diz “às vezes” e 36,7% responde “nunca”.

Gráfico 50 – Distribuição da amostra pelo apoio e ajuda obtida do enfermeiro enquanto esteve à espera de ser atendido na consulta médica



Dos inquiridos 46,7% responde “às vezes”, 40% responde “sempre”, foi fácil obter ajuda sempre que precisou de apoio do enfermeiro enquanto estava à espera de ser atendido na consulta médica e 10,0% dos inquiridos responde nunca foi fácil obter apoio dos enfermeiros.

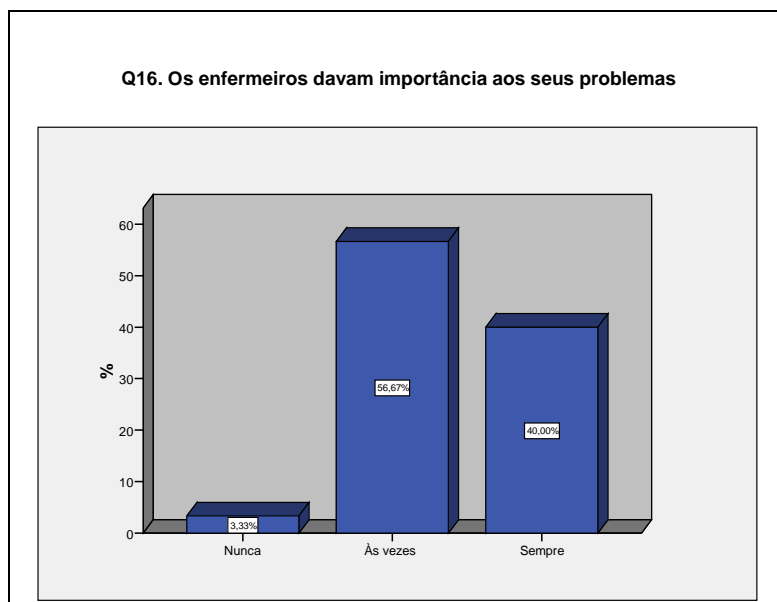
Gráfico nº 51 – Distribuição da amostra pela simpatia do enfermeiro



Dos inquiridos 50% responde que os enfermeiros “sempre” o atenderam com simpatia, 46,7% responde “às vezes” e 3,3% “nunca” o atenderam com simpatia.

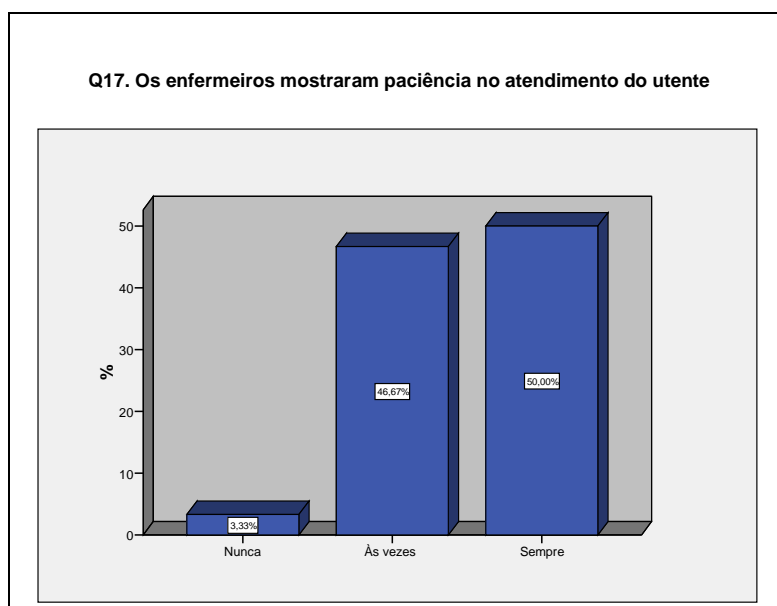
Ser simpático promove a comunicação e assegura uma transmissão mais fácil de mensagens acerca das necessidades do utente ou de procedimentos do serviço. A simpatia definida, pela psicologia, como a solidarização com o estado mental de alguém, juntamente com calor humano, enriquece outros comportamentos facilitadores da comunicação como a empatia. Por si só não é suficiente para construir uma relação de ajuda, mas aumenta a capacidade de o conseguir.

Gráfico nº 52 – Distribuição da amostra pela importância dada pelo enfermeiro aos seus problemas



Na amostra dos inquiridos apenas 3,3% refere “nunca”, 56,7% refere “às vezes” e 40% refere que os enfermeiros davam sempre importância aos seus problemas. O que significa que de uma forma geral, tomaram conscientemente em consideração as opiniões e sentimentos dos utentes.

Gráfico nº 53 – Distribuição da amostra pela paciência mostrada pelo enfermeiro no atendimento do utente



Dos inquiridos 50% responde “sempre” e 46,7% refere que os enfermeiros revelam as vezes paciência no atendimento do utente e apenas um inquirido diz “nunca”.

A paciência e o calor humano demonstrado num atendimento são uma maneira não verbal de construir uma relação com o utente. Citado por (Riley:98) um pensamento de Ann Landers “*Calor , carinho e amizade são as qualidades mais ausentes no mundo. Quem as possuir nunca estará só*”.

Em resumo, na subcategoria da Relação de Ajuda, 10% dos utentes inquiridos responderam que os enfermeiros enquanto esteve á espera de ser atendido, preocuparam-se sempre em lhe apresentar o serviço, 40% dos inquiridos diz que os enfermeiros enquanto esteve á espera de ser atendido na consulta médica, sempre lhe deram apoio e ajuda, 50% diz que os enfermeiros sempre foram simpáticos, 40% diz que o enfermeiro sempre deu importância aos seus problemas e 50% diz que os enfermeiros sempre demonstraram paciência no atendimento.

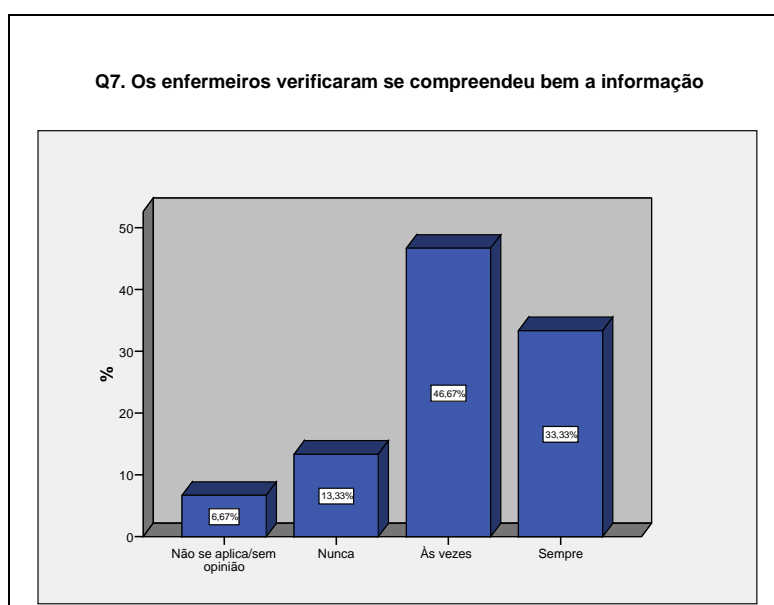
3.2.2.2 - Variáveis inerentes à subcategoria Clarificação

Quadro nº 13 – Distribuição da amostra na subcategoria Clarificação (Utentes)

Subcategoria CLARIFICAÇÃO	Não se aplica/sem opinião		Nunca		Às vezes		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q7. Verificação do enfermeiro se compreendeu bem a informação	2	6,7	4	13,3	14	46,7	10	33,3	30	100,0
Q18. Explicação clara dada pelo enfermeiro da sua situação			3	10,0	13	43,3	14	46,7	30	100,0

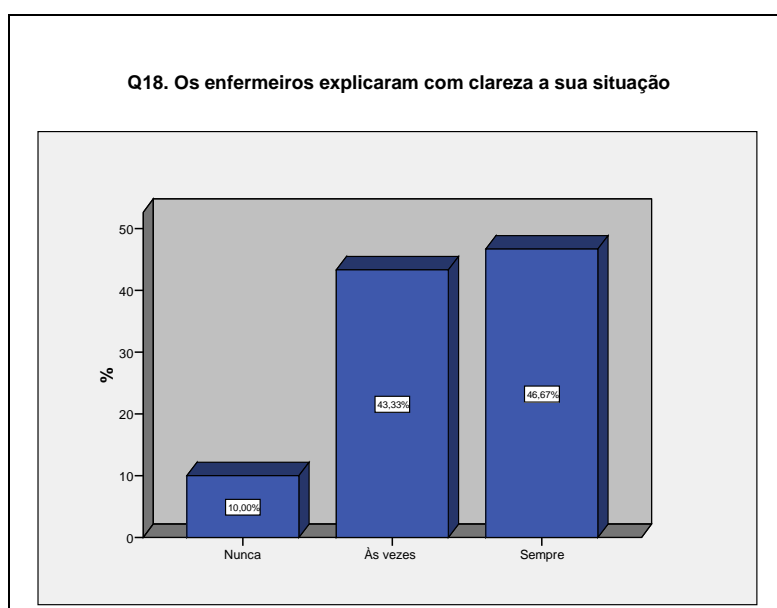
Vejam os para cada uma das questões, os seguintes gráficos.

Gráfico 54 – Distribuição da amostra pela verificação do enfermeiro se compreendeu bem a informação



Aqui é aconselhável existir uma certa empatia. Como diz Carl Roger (1980), a propósito da empatia, é o entrar no mundo perceptual privado do outro, ser sensível aos sentimentos que afluem na outra pessoa. Ou seja a validação da percepção com a outra, orientando-a através das respostas que vai recebendo. Em relação às respostas dos inquiridos 13,3% refere que o enfermeiro nunca verifica se compreendeu a informação, 46,7% diz que o enfermeiro só às vezes é que verifica se os utentes compreenderam a informação e 33,3% responde que o enfermeiro verifica sempre se compreendeu bem a informação, o que revela que nem sempre os enfermeiros estabelecem relações empáticas com os utentes. Será que é pelas características do serviço de urgência?

Gráfico nº 55 – Distribuição da mostra pela explicação clara dada pelo enfermeiro da sua situação



Das respostas dos inquiridos pode-se verificar que 10% diz que os enfermeiros nunca explicam com clareza a sua situação, 43,3% explica à vezes e 46,7% refere que os enfermeiros dão explicações acerca da situação clínica do utente de forma explícita, contribuindo para a compreensão de atitudes e procedimentos. O que pode revelar os enfermeiros utilizam a técnica eficaz na descodificação da hermética linguagem técnica da saúde.

Resumindo a subcategoria Clarificação os utentes inquiridos 33,3% responderam que os enfermeiros verificam sempre se compreendeu a informação e 46,7% diz que os enfermeiros dão sempre explicações claras sobre a sua situação.

3.2.3 AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PELO UTENTE

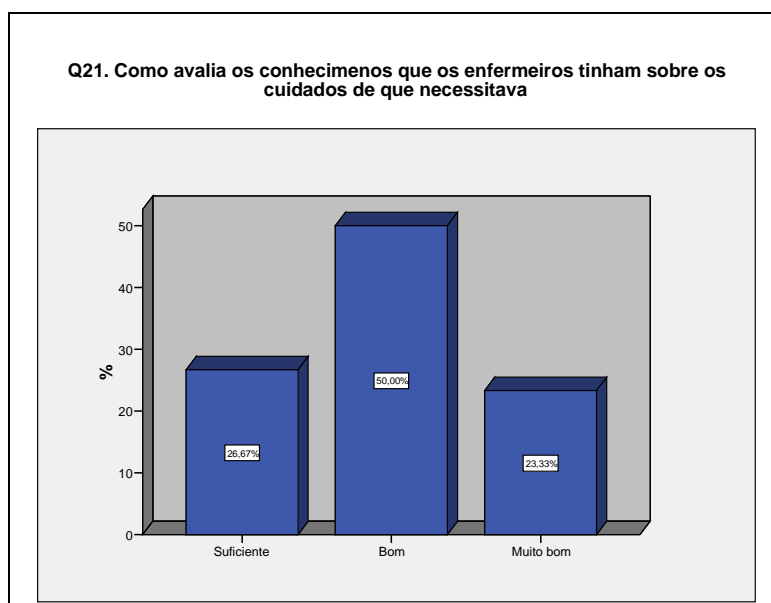
Por último, temos as questões que foram utilizadas para avaliar a prestação de cuidados de enfermagem, segundo os utentes, apresentado no quadro nº14, as frequências e as percentagens.

Quadro nº 14 – Distribuição da amostra na avaliação da prestação de cuidados de Enfermagem pelos utentes

AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PELOS UTENTES	Muito bom		Bom		Suficiente		Insuficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q21. Conhecimento que o enfermeiro tinha sobre os cuidados de que necessitava	7	23,3	15	50,0	8	26,7			30	100,0
Q23. Atendimento que teve no serviço de urgência do hospital	4	13,3	8	26,7	11	36,7	7	23,3	30	100,0
Q22. Avaliação do acolhimento dos enfermeiros no serviço de urgência do hospital	5	16,7	11	36,7	11	36,7	3	10,0	30	100,0
Média	5		11		10		5			

São apresentados em gráfico a análise de cada questão, em percentagem.

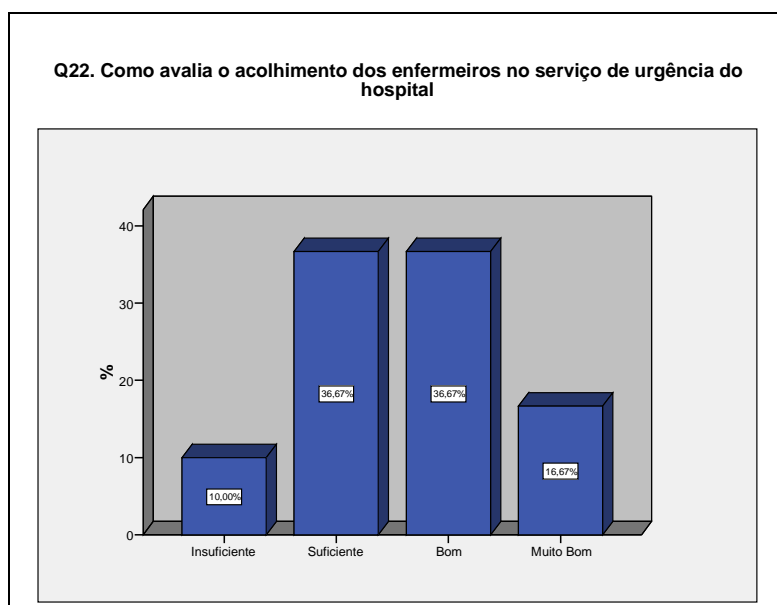
Gráfico nº 56 – Distribuição da amostra pela forma como se avalia os conhecimentos que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava



Relativamente à forma como os utentes avaliam os conhecimentos que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava 26,7% dos inquiridos responde que os

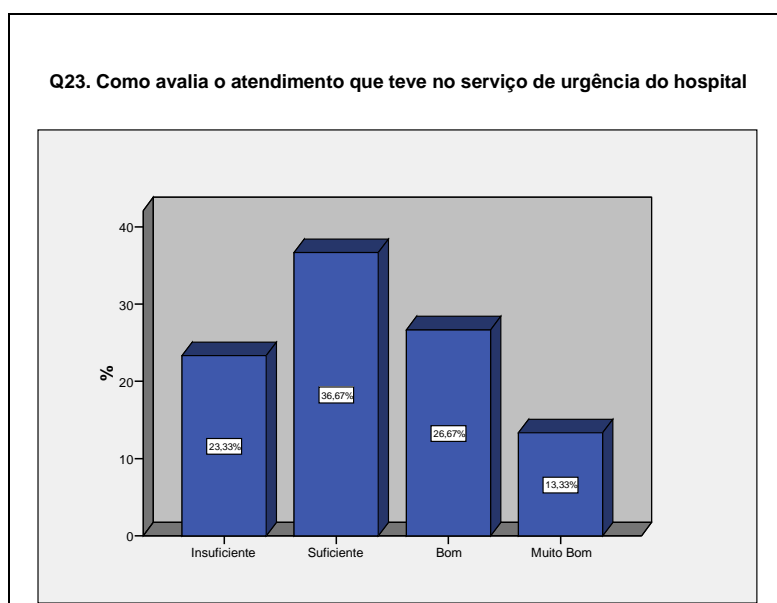
enfermeiros tinham conhecimento Suficiente, 50% tinham conhecimento Bom e 23,3% tinham conhecimento Muito Bom sobre os cuidados que necessitava.

Gráfico nº 57 – Distribuição da amostra pela forma como se avalia o acolhimento dos enfermeiros no serviço de urgência do hospital



Relativamente à forma como os utentes avaliam o acolhimento do enfermeiro no serviço de urgência, os inquiridos respondem 10% responde Insuficiente, 36,7% Suficiente, 36,7% Bom e 16,7% de Muito Bom.

Gráfico nº 58 – Distribuição da amostra pela forma como se avalia o atendimento que teve no serviço de urgência do hospital

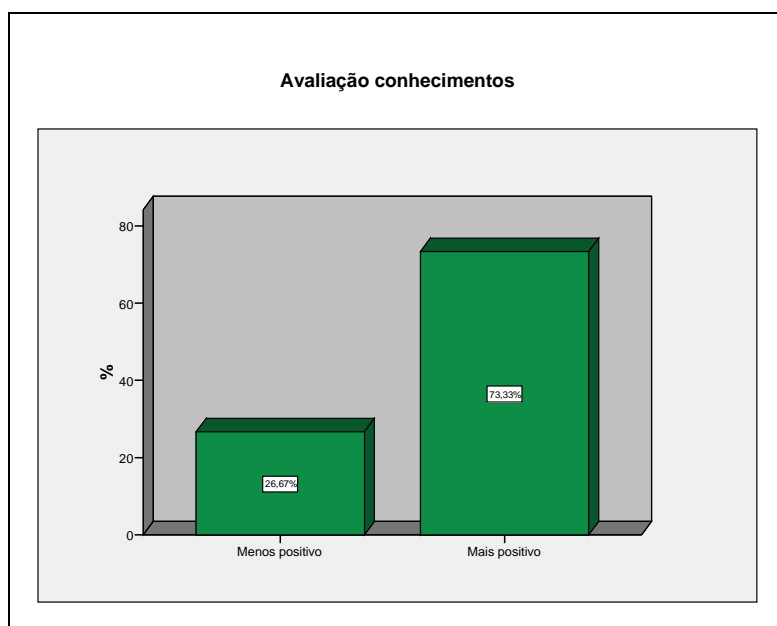


Em relação à avaliação que o utente faz sobre o atendimento que teve no serviço de urgência, 23,3% responde Insuficiente, 36,7% Suficiente, 26,7% Bom e 13,3% de Muito Bom.

Resumindo, relativamente à avaliação da prestação de cuidados de enfermagem pelos utentes, 50% dos inquiridos, considera Bom o conhecimento que o enfermeiro tem sobre os cuidados de que o utente necessita, 36,7% considera suficiente o atendimento que teve no serviço de urgência e 36,7% considera Bom o acolhimento pelos enfermeiros no serviço.

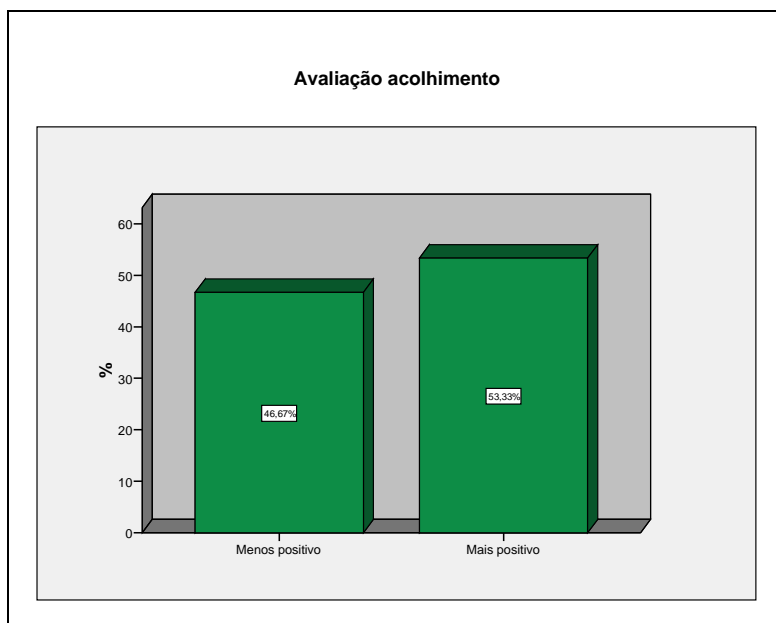
Fazendo uma junção da escala de avaliação utilizada, em Mais positivo (Bom e Muito Bom) e Menos positivo (Insuficiente e Suficiente), obtivemos os dados que se apresentam nos gráficos que se seguem na avaliação de conhecimentos, acolhimento e atendimento que tiveram no serviço de urgência.

Gráfico nº 59 – Distribuição da amostra pela avaliação dos conhecimentos do enfermeiro



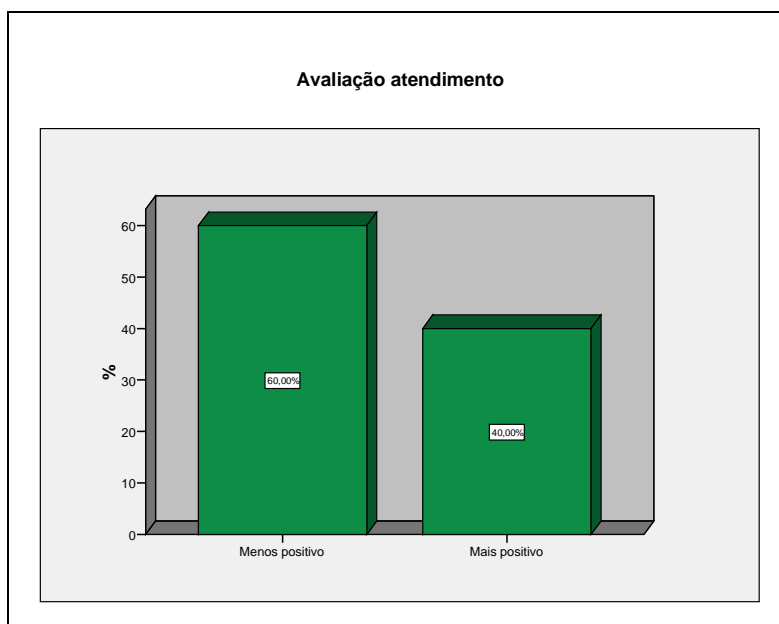
Quanto ao conhecimento, 73,3% dos utentes inquiridos avaliam este factor como mais positivo e 26,7% menos positivo.

Gráfico nº 60 – Distribuição da amostra pela avaliação do acolhimento



Em relação aos utentes inquiridos 53,3% responde mais positivo e 46,7% menos positivo. Hesbeen (2000), defende que o acolhimento requer algumas características e exigências, no domínio do relacionamento humano nunca poderá haver generalizações. O enfermeiro terá de adequar os conhecimentos gerais, de forma personalizada a cada utente, utilizando criatividade e arte.

Gráfico nº 61 – Distribuição da amostra pelo atendimento no serviço de urgência



Quanto ao atendimento que tiveram no serviço de urgência, 60% dos inquiridos responde que foi Menos positivo e 40% foi Mais positivo.

Tal como podemos verificar através dos quadros anteriores, aquele que apresenta aspectos menos positivos, é o quadro relativo ao atendimento. Não tendo estudado a causa, sugerimos para futuros estudos.

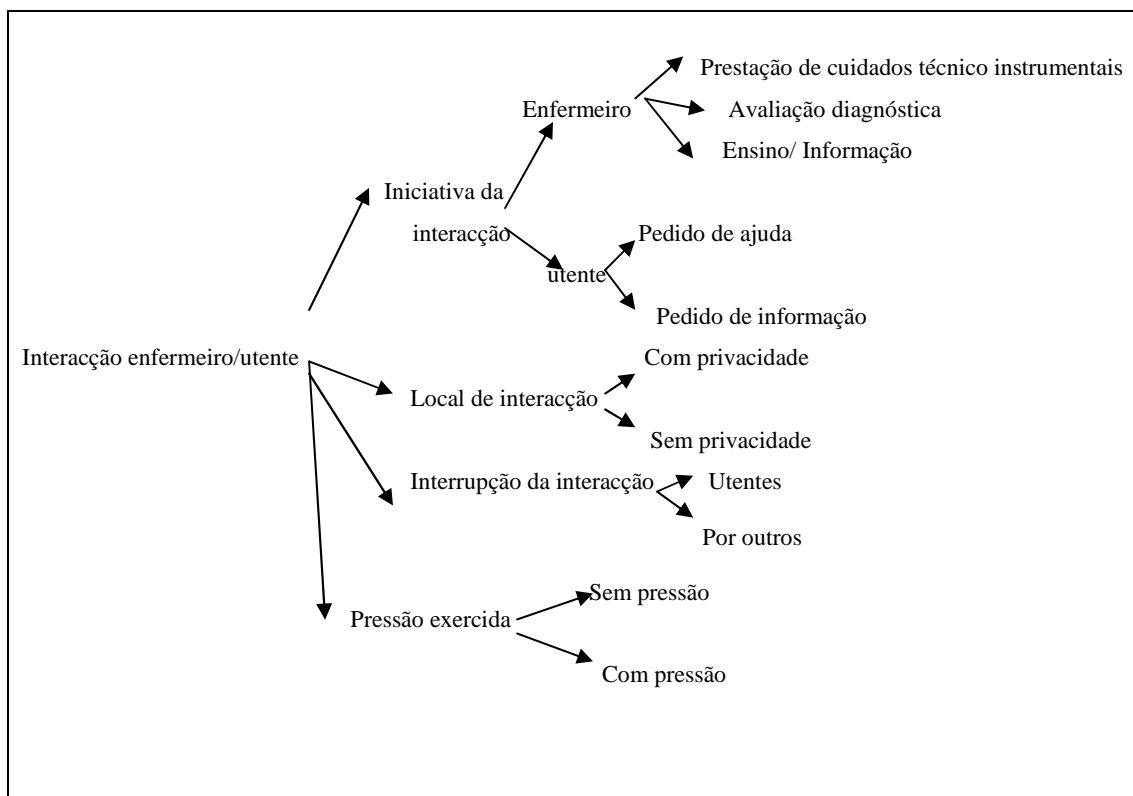
3.3. O PROCESSO DE INTERACÇÃO ENFERMEIRO /UTENTE a partir da observação

Obedecendo a uma lógica sequencial, através da análise dos dados da observação, verificamos que o constructo interação enfermeiro/ utente volta aparecer na categorização dos dados de observação, tal como aconteceu com os questionários. Face a isto, o constructo será definido, bem como a sua relação com as categorias e as subcategorias. Assim, como grande diferença, há a assinalar o facto de ser no contexto sala de tratamento e sala de espera dos utentes que as interações acontecem. De referir que o espaço onde tal acontece estar presentes, em simultâneo, diversos utentes, alguns familiares, auxiliares de acção médica, enfermeiro e às vezes o médico.

Consideramos a gestão de sentimentos e a informação, ao traçar um conjunto de indicadores a ter em conta na observação, como: expressão facial, toque, tom de voz, postura corporal, olhar e escuta na observação. Foram observados cinco enfermeiros. Fez-se dez notas de campo, duas por enfermeiro.

Com base na análise das unidades de significação das notas de campo, identificámos tipos de acção empreendidos pelos sujeitos do nosso estudo (ver diagrama 5).

Diagrama nº 5 – Processo de Interação Enfermeiro/ Utente na observação



Salientamos que a concepção do cuidado de enfermagem acontece em sobreposição na interacção, através da realização de cuidados instrumentais, de ensino e de informação.

No processo de interacção de enfermeiro/utente identificamos quatro categorias: *Iniciativa da interacção, local de interacção, interrupção da interacção, pressão exercida*. Seguidamente, apresentamos cada uma das categorias, com algumas unidades de significação, com o objectivo de validarmos as nossas interpretações.

O conceito interacção sugere-nos a relação estabelecida entre duas pessoas (Adam, 1994; Watzlawick, 1993; Pearson 1992). No nosso estudo o processo interpessoal concretiza-se na relação humana entre enfermeiro e utente.

A categoria *iniciativa da interacção*, refere-se à pessoa que deu o primeiro passo para iniciar a interacção e o motivo que desencadeou o início.

Os dados obtidos através das observações, da iniciativa das interacções, foram: 5 interacções de iniciativa de enfermeiros e 5 de iniciativa de utentes. Predomina a iniciativa do enfermeiro para executar cuidados instrumentais. Talvez por ser um serviço de urgência exista uma tendência para o modelo biomédico que centra a sua atenção no órgão doente e numa prática clínica centrada no diagnóstico e tratamento. Os enfermeiros organizam a sua intervenção à volta de cuidados técnicos instrumentais, avaliação diagnóstica, ensino/ informação, sobrepondo-se. Estas intervenções dirigidas a utentes e famílias são concretizadas com indicadores não verbais como: expressão facial, tom de voz, postura, toque, escuta e olhar. Assim, relativamente à prestação de cuidados instrumentais, temos 4 interacções como vemos nos segmentos "... a enfermeira dirige-se ao utente, com voz suave ... Sr. Manuel, vai ser necessário colocar um soro com medicação, para ficar melhor ..." (NO – C2 – 200906)", "... a enfermeira fecha a porta e dirige-se a utente...Sr. João tem um injectável para fazer, prefere deitar-se ou fazer o injectável em pé?...". (NO – A2- 19-09-06).

Verifica-se que os enfermeiros começam a sua acção com a execução de prescrições médicas, sobrepondo-se, por vezes, com a recolha de informação necessária a uma primeira avaliação e por vezes ensino. Sendo indicativo de um saber agir tendo o utente como o centro da sua atenção, tal como no estudo efectuado por Gouveia (2002). O início da interacção, na maioria das vezes, dos enfermeiros para a execução de acto instrumental ou para obter informações sob o estado clínico do utente, pode revelar que

os enfermeiros têm o utente como o centro da sua atenção. Pelo facto de iniciarem as interacções com actos instrumentais não os impede de ajudar o utente a atravessar um momento de crise e a estabelecer uma relação de aproximação facultando o crescimento do utente. Isto vai de encontro com o estudo de Gouveia (2002) sobre interacção Enfermeiro – Cliente num serviço de urgência.

Existe uma relação de ajuda do enfermeiro na prestação de cuidados técnicos instrumentais, demonstrada por a expressão facial, tom de voz, toque, escuta, olhar, estando presentes nas notas de campo, como podemos verificar “...Utente fala com o enfermeira e diz... nunca fiz nenhuma injeção, isso dói? O enfermeiro responde com voz baixa e calma ...um pouco, mas fique tranquilo é pouco doloroso. O enfermeiro toca na roupa do doente e procura destapar apenas a zona glútea ...e escuta a utente “ (NO – A2- 19-09-06).

“...Utente com voz autoritária, dirige-se ao enfermeiro... sou doente do foro psiquiátrico e hoje, sinto-me muito mal. Chame o psiquiatra... enfermeiro com voz calma explica ao utente ...Fique calmo vou ver a sua tensão para saber se está com taquicardia. Utente pergunta – O que é isso? O enfermeiro explica ...”(NO – D2 – 06-10-06).

“...Utente, com voz ansiosa, informa a enfermeira – Tenho a minha filha lá fora. È muito grave...Enfermeira olha para a utente e responde com voz calma...Não. Mas tem de fazer uns exames. Não fique preocupada...”(NO – E1 - 06 /10/ 12). Pode-se dizer que os enfermeiros observados consideram a pessoa como um todo, evidenciam respeito pelo outro (utente), como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Procedimentos semelhantes são adoptados relativamente à avaliação diagnóstica, nas 2 interacções de pesquisa de sintomas, tendo como objectivo imediato a recolha de informação para planear cuidados, “enfermeira aproxima-se da utente e pergunta...qual o motivo que a trouxe ao hospital? ...” (NO – C1- 200906), “...a enfermeira inclina-se para avaliar a tensão arterial... Fique calma, já vai ser observada pelo médico. Costuma ter a tensão alta?...” (NO – C2- 200906). Dão oportunidade ao utente de exprimir sentimentos e preocupações. É ao mesmo tempo uma demonstração de simpatia, afabilidade, interesse e preocupação. Aconteceu o mesmo na outra interacção “ ... Enfermeira dirige-se ao utente com voz suave e baixa – Qual foi o motivo porque veio ao hospital? Utente responde, sentia tonturas e perda de força nas pernas. Enfermeira toca no ombro da utente e pergunta...é hipertensa? ...” (NO – D1 – 06-10-06). O enfermeiro detentor da experiência clínica tem conhecimentos para saber quando os utentes estão ansiosos e que por vezes ficam inibidos perante o contexto (ambiente hospitalar) ou perante alguém que lhe é estranho (enfermeiro). Têm dificuldade em expressar sentimentos e queixas, o enfermeiro ajuda-os a descodificar as queixas. Pois

também utiliza o toque na interacção, para ganhar a confiança do utente. Não devemos esquecer que a forma como se toca o outro é influenciada pela cultura e pela maneira de ser e estar de cada pessoa. Por isso, é necessário ter cuidado com a sua utilização para evitar ser interpretado como uma atitude invasiva. Por tais razões, frequentemente, o enfermeiro precisa de gerir a expressão de sentimentos, utilizando estratégias como: dar espaço ao utente, apoiando a expressão dos mesmos. Como no caso apresentado, na sala de tratamento, ... Enf. – Sabe se tem alguma doença? (com o tom de voz baixo)

Utente – Que eu saiba não, a minha tensão está alta?

Enf. – Um pouco alta, não faz nenhuma medicação?

(a enf. ajuda a utente a descer a manga e leva a Sr. para a sala de espera e entra no gabinete médico)

...(NO – C1 – 20-9-06).

Existe a concessão de espaço e o apoio à verbalização da expressão de sentimentos, assim como adopção de uma atitude de apoio não verbal, para o utente se expressar.

Na avaliação diagnóstica está presente a observação do utente. Aliás, na profissão de enfermagem, o acto de observar torna-se complexo uma vez que não estamos a trabalhar com objectos que são manipulados, mas sim, com pessoas que são seres humano, que também têm o direito de ser respeitados e de exigir privacidade e qualidade de cuidados que lhe são prestados.

Relativamente ao ensino / informação, o enfermeiro reconhece que o utente tem direito à informação, assim como, às justificações para a execução de determinados procedimentos. Como se vê (no extracto em baixo), dá informações acerca de horários do utente em S.O., assim como de algumas normas do serviço, ...” Enf. –(enf. olha para a filha da utente) A sua mãe tem de ficar internada em SO para realizar alguns exames. Como não temos onde guardar a roupa e os valores, a família costuma levar, mas se não desejar, fazemos espólio de valores...(enf continua a falar com uma voz suave dando indicações sobre as normas do serviço)

Filha – Está bem eu levo (com voz triste e apreensiva)

Enf – Amanhã pode ter informações às 10 horas. Pode deixar o seu contacto telefónico caso tenhamos necessidade de entrar em contacto consigo.”...(NO – E2 – 12-11-06). A informação contribui para a compreensão de atitudes e de procedimentos. Faz o mesmo no ensino, utilizando literatura como meio auxiliar para explicar determinados procedimentos, como vemos no seguinte (extracto), ...” Enf. – (Dirige olhar para o acompanhante). Esta algália deverá ser substituída ao fim de 1 semana no C. de saúde, eu vou-lhe passar um guia de tratamento para entregar lá.

Acompanhante – (olha para o enf. com olhar preocupado) è só entregar no Centro de saúde.

Enf. – (toca no ombro do utente) a sua higiene é feita da mesma forma habitual, deverá ter em atenção não puxar a algália e beber muitos líquidos. (Entrega um folheto ao familiar). Terá aí toda a informação

em relação aos cuidados com a algália.”...(NO – E1 – 12-11-06). Estas interacções são de iniciativa do enfermeiro com períodos de tempo que variam até 20 minutos, nas quais se identificam um conjunto de características terapêuticas, o toque, a escuta, o olhar, postura corporal. A comunicação terapêutica surge no âmbito de uma relação de ajuda numa interacção interpessoal. Esta tem por base uma relação recíproca, assimétrica e dialéctica entre duas ou mais pessoas no sentido de enviar e receber mensagens verbais e não verbais que tenham por base a empatia, humanismo, congruência e autenticidade (Riley, 2004; Smith, 1992; Rogers, 1983). Caracterizada pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

Nas observações verificou-se que os enfermeiros informavam os utentes / familiares sobre procedimentos enquanto prestavam cuidados e faziam ensino. A informação com acção pedagógica também se verificou noutros estudos, (Gomes, 2001; Basto e tal, 2000; Machado, 1995), denotando uma orientação para a pessoa como centro de atenção e parceiro nos cuidados.

Os motivos da iniciativa de interacção do utente referem-se a pedidos de ajuda e de informação, como se pode confirmar através dos extractos de nota de campo “...Sr.^a enfermeira, vivo sozinha, agradecia que avisa-se o centro do Dia, para me virem buscar e...” (NO – A1-190906), ou “...Sr.^a enf. Estou no serviço à 2 horas, as minhas análises já chegaram? ...”(NO – B1 – 240906). Os utentes iniciam a interacção a maioria das vezes para pedir ajuda ou informação. Em algumas interacções denota-se uma certa agressividade e ansiedade, tanto do utente como do enfermeiro, como se pode ver pelo extracto “...Utente – Sr.^a Enf. estou no serviço à 3 horas, à espera de cirurgia, não há médicos? (com o tom de voz de irritação)
Enf. – Foi contactado o médico telefonicamente, tem de esperar. (em tom de voz alto e frio) ...” (NO – B2 – 24-9-06).

O *local de interacção* refere-se ao espaço físico onde ocorreu a interacção. O serviço de urgência presta cuidados a doentes, com doença súbita ou situação urgente/ emergente. Possui uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e administrativos. É um local onde existe, por vezes, muito stress e uma grande afluência de utentes.

As interacções foram feitas na sala de espera ou na sala de tratamentos.

Das 10 interacções, 8 foram feitas na sala de tratamento e 2 na sala de espera.

Com privacidade, que se traduz por espaço não compartilhado por outros utentes, preservando a intimidade do utente. “...(Na sala de Enfermagem, o enfermeiro fecha a porta e aproxima-se com passos suaves do utente). Enf. – Sr. João tem um injectável para fazer, prefere deitar-se ou fazer o injectável em pé? (NO – A2- 19-09-06).

Quanto à privacidade, Watson (1985) refere que o desrespeito nos cuidados às zonas íntimas, contribui para a crescente despersonalização que ocorre nos hospitais e uma violação da privacidade da pessoa.

Veiga (1994), num estudo efectuado sobre o cuidar na intimidade, identificou nos clientes sentimentos de harmonia quando se sentiam respeitados e atendidos em tempo útil e sentimentos de desarmonia quando não respeitados na intimidade e nas solicitações.

Nas 8 interacções efectuadas com privacidade verificou-se, que os enfermeiros observados demonstraram respeito pela privacidade do utente e preservaram a dignidade do utente, tratando-o pelo nome.

Num estudo efectuado por Estanqueiro (1993) as pessoas gostam de ser tratadas pelo nome ou cumprimentadas calorosamente, por se sentirem únicas e com atendimento diferenciado.

Basto (1998) também observou no grupo de enfermeiros sobre o qual incidiu o seu estudo, a existência de comportamentos de respeito pela privacidade do cliente, quer na colheita de dados quer nas medidas de intervenção dirigidas à mudança de comportamentos, na interacção terapêutica com o cliente.

Sem privacidade (2) interacções, na sala de espera, espaço compartilhado por outros utentes. A existência de amplos espaços, partilhados por outros utentes e por outros profissionais de saúde, que se movimentam rapidamente de um lado para outro compromete a individualidade da pessoa. É de salientar que houve um esforço, por parte dos enfermeiros, para manter a privacidade do utente, convidando-o para a sala de tratamento ou através de cortinas amovíveis ou do próprio corpo como barreira. Baixa o tom de voz e aproxima-se o suficiente para a conversa ser inaudível por outros utentes.

São deste modo criadas condições de privacidade e disponibilidade que permitem a verbalização de queixas, (enfermeiro aproxima-se duma utente que está sentada na sala de espera, com um fâcies de sofrimento, toca no ombro)

Enf. – O que sente? Qual o motivo que a trouxe ao hospital? Utente – à 1 hora comecei por sentir dormência no braço direito. Estou com medo... (NO – C1 – 20-9-06).

A interacção verbal é o instrumento psicoterapeútico utilizado, quer para incentivar o utente a verbalizar queixas, quer para o enfermeiro fazer chegar a sua mensagem.

Embora existam espaços separados por cortinas em doentes que estão em maca, nem sempre é suficiente para preservar a privacidade do utente. Não podemos deixar de salientar, que a ameaça à privacidade é uma constante neste tipo de serviço.

Tal como foi verificado no estudo de Gouveia (2002), os serviços de urgência são espaços frequentados por muita gente. Espaços partilhados com outros utentes que, por vezes, se encontram à espera de ser atendidos ou até de resultados de valores laboratoriais, com profissionais de saúde que se movimentam rapidamente, atendendo utentes segundo as necessidades prioritárias, comprometendo a individualidade do utente.

A interrupção da interacção é definida como paragem breve de uma interacção ocasionada por qualquer interveniente. Nas interacções do estudo verificou-se que houve 5 interrupções: 2 interrupções provocadas por utentes, as restantes por médico, por auxiliar de acção médica e por um bombeiro. Foram vários os motivos que estiveram subjacentes tendo-se verificado que os utentes interromperam as interacções ou para pedir informação ou ajuda, "... (abrem a porta) entra um utente e diz com voz assustada enfermeira está ali uma senhora que se sentiu mal e caiu no chão..." (NO – C2 – 20-9-06) .

O médico para pedir, que realiza-se cuidados instrumentais a um utente, ..." (o doutor X, entra com outra ficha na mão e pede para fazer uma medicação a outro doente..." (NO – C2 – 20-9-06).

O auxiliar e o bombeiro para darem uma informação relativa a um utente.

Esta situação faz-nos pensar na imprevisibilidade que afecta os cuidados de enfermagem, num pequeno espaço de tempo, num serviço de urgência. Isto pode ser

indicativa da dificuldade que, por vezes, o enfermeiro tem em traçar um planeamento organizado de cuidados.

As inúmeras solicitações a que um enfermeiro, num serviço de urgência, está sujeito poderá constituir uma dificuldade em dar uma resposta imediata. No entanto, na maioria das vezes verifica-se que interrompe as interações para responder às solicitações, tal como o verificado no estudo de interação Enfermeiro – Cliente num serviço de urgência Gouveia (2002).

A *pressão exercida* traduz a existência de tensão de origem psicológica, física ou ambiental sobre o enfermeiro, durante a interação.

Verificou-se que, das 10 interações, 7 foram sem pressão e 3 com pressão. A prestação de cuidados foi de forma organizada e individualizada prestando atenção às queixas dos utentes, procurando ajudá-lo na resolução do problema “...enfermeiro ajuda a utente a puxar a camisola, fala com a utente...D. Maria dê-me o braço para avaliar a tensão ...”(NO – D1 – 061006) . A temperatura ambiente estava agradável procurando criar conforto, privacidade e condições para a prestação de cuidados técnicos instrumentais acompanhadas de informação e ensino. Numa das interações foram utilizadas técnicas de relaxamento “...enfermeira dirige-se á utente com voz calma, e diz ... depois de avaliar a tensão, eu falo com o médico. A sua tensão está normal, assim como o pulso, fique calmo, respire fundo e liberte o ar com suavidade...”NO – D2 – 06-10-06. A mudança de atitude dos enfermeiros no atendimento não sofreu alterações seja no início do turno ou no fim.

Relativamente ao ambiente de trabalho, caracterizou-se por um ambiente confuso, congestionado, com entrada contínua de utentes e por vezes, com familiares a pedirem informações. Em alguns momentos, com algum tempo de espera dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, o que acelerava o ritmo de trabalho do enfermeiro, motivo das interações por vezes serem curtas.

Gabete (2000) ao referir-se ao trabalho dos enfermeiros afirma que na profissão de enfermagem, a sobrecarga física está presente, quer no trabalho realizado, quase sempre

de pé e em ritmo acelerado, quer nas posturas desconfortáveis assumidas nos cuidados. Este facto é bem patente no nosso estudo.

Nas interacções com pressão, ...”Utente com uma voz autoritária dirige-se à enfermeira, e diz ... deixei o meu filho a fazer a ficha, tenho de já ser observado ...” (NO – D2 – 06-10-06) e numa delas uma certa agressividade “...utente com o tom de voz de irritação, dirige-se á enfermeira...Sr.^a Enf. estou no serviço à 3 hora, à espera de cirurgia, não há médicos? ...” (NO – B2 – 240906. O comportamento agressivo pode resultar da raiva, uma emoção em resposta a um sentimento de impotência ou descontrolo. Este pode revelar uma falta de respeito de outra pessoa, pelos nossos sentimentos ou uma violação do nosso direito a sermos tratados com cortesia e consideração.

Os enfermeiros tornam-se alvos fáceis e particularmente expostos às agressões verbais e físicas. Está confirmado em vários estudos, que os serviços de urgência e os serviços de psiquiatria, são aqueles que apresentam maior incidência de agressões Gabete (2000).

Pela dinâmica do serviço, o enfermeiro não tem apenas um utente, mas várias solicitações, exigindo a necessidade de estar atento a tudo o que o rodeia e, por vezes, pode traduzir-se em alguma tensão e stress.

Para Menzes (1970) citado por Ferreira (1996), o trabalho de enfermagem é caracterizado pelo contacto permanente com pessoas doentes, pela incerteza do restabelecimento dos doentes, por cuidar de doentes com doenças incuráveis, pelo confronto com a realidade do sofrimento e da morte e pela execução de tarefas desgastantes. Todas estas situações são geradoras de stress.

Em resumo, da interacção de enfermeiro/ utente podemos concluir que existe a preocupação de estar em sintonia com que a outra pessoa está a sentir, sem subestimar os sentimentos do outro. Na interacção esteve presente a comunicação não-verbal, o toque, o olhar, a presença de uma emoção, determinada através das expressões faciais e do perfil dinâmico dos movimentos dos membros e da postura.

Chalifour (1989) considera, o olhar o primeiro sentido utilizado quando entramos em contacto com alguém e constitui para o enfermeiro um meio importante de entrar em relação.

O toque é uma forma poderosa de demonstrar a preocupação humana, particularmente importante quando o utente está numa situação estranha, tendo sido utilizada nas interacções.

Será que o comportamento dos enfermeiros em relação ao cuidar está a mudar?

Num estudo de McCabe (2004) investigou as experiências dos doentes, relativamente á comunicação enfermeiro-doente, referenciado por Carol Dealey (2006) os doentes afirmavam frequentemente que os enfermeiros não lhes davam informação suficiente, pareciam interessar-se mais pelas tarefas do que falar com os doentes.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objectivo deste estudo era procurar saber se a comunicação do enfermeiro / utente interferia no cuidar. Para responder ao objectivo, surgiram algumas questões:

Que tipo de interacção se estabelece no serviço de urgência entre enfermeiro / utente?

Que tipo de informação/ ensino se faz no serviço de urgência (área balcão)?

Se a comunicação interferia na qualidade de cuidados de enfermagem?

Da observação atenta dos resultados obtidos, verifica-se que há uma orientação para o cuidar, com valorização dos cuidados relacionais relativamente aos cuidados técnicos, que se identificam com as ideias de autores (Henderson, 1961; Leininger, 1970 e Watson, 1988).

Do constructo Concepção do Cuidado de Enfermagem, emergiu a categoria Domínio do Conhecimento, que engloba as subcategorias, informação, ensino e prestação de cuidados. A execução do cuidado de enfermagem pressupõe informar, o que para o enfermeiro não deverá traduzir-se apenas em transmissão de informação. Segundo Parente (1999), informar pressupõe que quem transmite a informação adopte uma atitude profissional e acompanhe o doente e as pessoas significativas, em todo o processo de adaptação à informação. No entanto, verificámos que nem sempre o enfermeiro o faz, emergindo por vezes a informação como mero acto de informar, ao transmitir “ ...a enfermeira disse à senhora para não falar muito, pois ficava com falta de ar ...”. Talvez isto aconteça por ser um serviço de urgência.

Através da análise estatística do questionário verificou-se que, dos enfermeiros inquiridos, 86,6% têm presente a informação, quando prestam cuidados de enfermagem, assim como é manifestada nos extractos das respostas abertas, ...”A informação ajuda o utente e familiares a libertar o stress e os medos ...”EI6; “...é relevante o fornecimento de informação escrita e oral ao utente/ acompanhante acerca das intervenções de enfermagem...”EI15, como do extracto de observação “...o enfermeiro dá informações sob o horário de visitas em S. O. a um familiar de um utente que fica internado...”(NO – E2 -12-11-06).

Os nossos resultados contrariam o estudo que Melo (2005) fez sobre a comunicação com o doente. Esta autora verificou que mais de metade da amostra não possuía muita informação factual sobre a sua situação clínica. Assim, revelou que os profissionais de saúde não estavam a cumprir o seu dever de fornecer informação aos doentes, ou de uma forma adequada, às características do doente.

A informação relevante constitui um recurso vital para quem está doente. No entanto, os técnicos de saúde frequentemente não satisfazem esta necessidade (Corney, 1996), ou porque não a fornecem ou porque não verificam se foi transmitida de forma compreensível (Ley, 1988; Corney, 1996).

Dos enfermeiros inquiridos, apenas 20,0% referem que dão sempre informação sobre os recursos da comunidade. Também, relativamente aos utentes inquiridos, 20,0% respondem “sempre” e 40% responderam “às vezes” os enfermeiros não fornecem informação acerca dos recursos da comunidade. Verifica-se assim que no serviço de urgência não existe esta preocupação. No entanto num extracto de texto foi frisado “...dar informações sobre as redes de apoio é importante...” EI27.

Relativamente ao ensino, 56,75% dos enfermeiros inquiridos faz ensino relativamente aos cuidados de enfermagem, 83,3% adapta a linguagem ao grau cultural do utente, mas nem sempre fornecem informação escrita, contrariando o que expressaram, alguns enfermeiros, na resposta aberta.

Múltiplos factores poderão estar associados a estes resultados. Será que não está ligada ao facto de ser uma área de atendimento, com muita afluência de utentes e muitas solicitações?

No entanto, os enfermeiros do estudo parecem enquadrar-se num quadro, que tem subjacente na sua intervenção, as crenças e valores dos utentes, em que o centro da sua atenção é a pessoa. Situam-se num modelo de enfermagem, que contraria a prática de enfermagem, o modelo biomédico encontrado nos estudos de Pearson, 1994; Salvado, 1994. Isto manifesta, de certa forma, a atenção do enfermeiro para a identificação das necessidades do utente e a implementação de acções necessárias à sua satisfação. Por outro lado partilha o poder, como diz Collière (1999: 311) “ *cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo a este poder desenvolver-se, mobilizar-se, utilizar-se...* ”.

Desta forma, a prática dos cuidados de enfermagem acontece no encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada. Isto significa ser capaz de ir ao encontro da outra pessoa e para quem é cuidado, o desenvolvimento dum sentimento de segurança.

O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção, centrada nas necessidades dos clientes, foge ao trabalho realizado por tarefa (Amendoeira, 2000).

Contudo, pensamos que a proposta de Watson (1985) se aplica um pouco nos sujeitos do estudo, dado a autora defender que a educação sobre a saúde é uma das funções do enfermeiro. Ela chega a propor o ensino / aprendizagem interpessoal como o factor major do cuidado. O enfermeiro aprende com o doente a sua história, sua perspectiva pessoal, enquanto o doente recebe do enfermeiro elementos de natureza cognitiva e outros que o ensinam a lidar com a sua situação de incapacidade.

Como verificámos nos questionários e nas notas de campo, algumas atitudes mudaram relativamente ao atendimento do utente. A orientação do cuidado de enfermagem para a pessoa, permitiu cuidar numa perspectiva holística e humanista. Através da análise estatística, verificamos que 56,7% dos inquiridos, quando presta cuidados de enfermagem, garante a privacidade dos utentes e valoriza as opiniões dos utentes nas intervenções de enfermagem. Privacidade e intimidade são conceitos que surgem na análise dos dados complementando-se, na prestação de cuidados, o que se torna compreensivo se recordarmos que no dicionário, intimidade é sinónimo de privacidade.

Relativamente ao constructo Comunicação, surge a categoria da interacção enfermeiro / utente, sendo explicado este conceito através das subcategorias relação de ajuda e clarificação.

A interacção foi referenciada como indispensável nas intervenções de enfermagem para atingir fins na prestação de cuidados, mas emergindo pela atenção centrada em cada pessoa de forma particular. Tendo sido referenciado pelos enfermeiros nas frases "...através da comunicação apercebemo-nos da forma mais correcta de prestar cuidado com qualidade..."EI10 "...a comunicação permite-nos prestar cuidados personalizados..."EI11, EI13, EI16, EI20, EI22, "...sem interacção não há cuidados de enfermagem..."EI26. A comunicação surge aqui como um processo eficaz na prestação de cuidados. Esta tem em atenção a individualidade. De acordo com Bernardo (1993) dar resposta é a missão do enfermeiro

que através duma comunicação terapêutica, deverá satisfazer as necessidades básicas de cada utente. É importante referir que a presença ou ausência de uma comunicação eficaz determina o contexto / ambiente em que os cuidados são prestados. Quando um utente diz que as informações sobre a dinâmica do serviço são fornecidas por outro utente, ou quando pergunta ao enfermeiro o seu diagnóstico, porque o médico só mandou fazer aquela medição, não poderá dizer-se que a comunicação esteve presente.

A comunicação verbal, entendida como o uso da palavra para comunicar mensagens e também conseguida pela escrita, encontra-se presente na frase "...a comunicação escrita é também importante para que fique um registo e para a continuidade de cuidados..."EI6, EI16. Podemos considerar que a comunicação verbal, expressa pela oralidade, é a base de todo o processo de comunicação entre o enfermeiro e o utente. No entanto, o enfermeiro que possui competência comunicativa torna-se disponível para a totalidade da comunicação com o utente, não se restringindo às palavras que este pronuncia, como podemos verificar nos enxertos, a comunicação não verbal também se encontra presente ..." Utente aproxima-se da enfermeira com uma expressão de ansiedade "... (NO – A1- 19-09-06), ..." a comunicação não verbal do utente por vezes transmite-nos o que está a sentir ..." EI11.

Revela-se-nos assim, de extrema importância para a execução do cuidado de enfermagem com orientação para a pessoa, a utilização de uma comunicação mista. Isto é, a utilização simultânea e conjugada de comunicação verbal e não verbal o que será facilitador do processo terapêutico e do estabelecimento de uma relação de ajuda. Tendo por base a pessoa, valorizando a unicidade de vivência, o que emerge do segmento, "...em doentes em mutismo, e afásicos a linguagem não verbal transmite-nos dados importantes acerca dos hábitos e personalidade dos mesmos..."EI12; "...a linguagem das emoções ... é uma forma de comunicação rica, que (...) mostra o que realmente a pessoa está a sentir ... em que o enfermeiro deve estar atento a todas as manifestações e agir de acordo com a informação ..." EI30.

Também Wilkes & Wallis (1998) desenvolveram um estudo cujo objectivo era perceber qual a estrutura do cuidar, a partir da experiência dos alunos do curso de enfermagem, concluíram que esta se materializava e actualizava através da comunicação (i.e., ouvir, falar, explicar, tocar, educar, expressar sentimentos); promover conforto (fazer assistir, ajudar); ser competente (avaliar, estar atento às queixas do doente, ter conhecimentos e capacidades, ser responsável e ser profissional); estar comprometido (fazer, amar, não mostrar preconceito, estar presente); ter consciência (assistir, dar dignidade e respeito à

pessoa, fazer, tratar como a si próprio); ser confidente e advogar pelas necessidades das pessoas. No nosso estudo constata-se que existem coincidências em alguns elementos do cuidar apresentados no estudo de Wilkes & Wallis. Elas situam-se na comunicação, no promover o conforto, ser competente e assistir com dignidade e respeito. Pelas respostas no questionário aplicado aos utentes verifica-se que 50% (15) dos inquiridos responde, que os enfermeiros atendem sempre com simpatia os utentes e mostram paciência no atendimento. Há uma aproximação na relação e ganha assim uma certa densidade a relação de ajuda.

Sendo a comunicação um processo relacional que se traduz na interacção entre duas ou mais pessoas, podemos considerar que, sem comunicação, dificilmente haverá relação de ajuda. Pois é esta que propicia o desenvolvimento efectivo da mesma. Pelo que comunicação e relação de ajuda surgem muitas vezes integradas no mesmo momento de cuidados, como no extracto "...a enfermeira olha para a filha da utente e diz a sua mãe vai ficar internada ... e explica com linguagem adequada á utente e filha ..." (NO – E2 -12- 11 -06). A relação de ajuda é a essência do cuidado de enfermagem, em que o ser humano, cada pessoa é único, necessitando de uma atenção individualizada na resolução dos seus problemas. Na dimensão Comunicação que nos encontramos a analisar emerge de forma clara a relação de ajuda. Segundo Chalifour (1980), surge da interacção entre enfermeiro e o cliente numa tentativa de satisfação das necessidades de ajuda do cliente. Ajudar alguém na satisfação das suas necessidades implica assim o estabelecimento de uma relação especial, porque intencional e dirigida a cada pessoa em particular. Dos enfermeiros inquiridos, 76,7% valoriza sempre os problemas dos utentes, 50% presta sempre atenção à comunicação verbal e não verbal, 63,3% presta sempre atendimento imediato quando solicitado e apenas 10% (3) enfermeiros diz que se preocupa em apresentar o serviço. Surge-nos a pergunta porque é que os enfermeiros não apresentam o serviço? Será que é por ser um serviço de Urgência?

Agir de acordo com as verdadeiras necessidades de alguém, da pessoa, significa planear e executar cuidados centrados nelas. É a maneira como um acto ou um gesto, toma sentido para a pessoa, que faz que seja de ajuda e contribuía para o seu bem-estar, enquanto particular e única (Hesbeen, 1996). É este o sentido expresso por, "...a enfermeira ajuda a utente a puxar a camisola e coloca a manga para avaliação de tensão arterial... e diz ...D. Maria dê-me o braço para avaliar a sua tensão ..." (NO – D1 – 06-10-06). Trata a utente pelo

nome, ter um nome significa possuir uma existência, a partir de sua enunciação, tem lugar a sua presença intencional com os outros, satisfazendo o desejo inato do ser humano de tornar-se conhecido. Esta preocupação com a pessoa, no sentido de lhe dar a resposta mais adequada, requer da parte do enfermeiro uma atenção especial, que se manifesta através do respeito pela mesma. Assim, toma visibilidade nas atitudes cuidativas do enfermeiro, nomeadamente através da capacidade de escuta desenvolvida e utilizada em cada situação ou no momento dos cuidados.

Também da análise efectuada sobressai a preocupação com o respeito pelo utente que, enquanto tal, tem o direito de intervir activamente no processo de cuidados. Dos enfermeiros inquiridos, 80,0% mostram desejo em compreender o utente, 76,7% ajuda sempre a clarificar as queixas que o levam à urgência e procuram saber se entenderam as informações. As suas intervenções surgem de acordo com o plano traçado com o utente, respeitando suas crenças. Num estudo realizado por O'Conner et al (1990), em 30 doentes com câncer pré-diagnosticado, o resultado encontrado foi que a fé foi o factor que mais contribuiu para o significado da vida, assim como para lidar com o diagnóstico. O efeito-placebo está relacionado à cura. O processo de cura pode ser influenciado por determinadas atitudes sendo tão importantes, nalgumas situações, quanto os procedimentos terapêuticos. Razali (1999) relata o caso de uma mulher malaia de 38 anos com o diagnóstico de um distúrbio da personalidade, que acreditava que os seus sintomas eram causados por maus espíritos. A doente foi tratada com uma cerimónia xamanística de cura malaia quando outros tratamentos tinham falhado. A doente melhorou no terceiro dia, atribuindo isso à retirada dos espíritos do seu corpo. Muitos doentes usam crenças religiosas para lidar com as suas doenças.

No seu estudo, Mendes e tal. (1988), concluem que a comunicação pode ser considerada como comportamento que objectiva a reflexão, o relacionamento, a troca de informações, de ideias, de imagens e de sentimentos visando um atendimento mais humano.

Quer do enfermeiro, quer do utente reconhecem-se um conjunto de factores que contribuem para uma aproximação na relação informal. Constata-se que a disponibilidade e a simpatia contribuem para a aproximação. A disponibilidade encontrada em outros estudos (Swanson, 1991; Lopes, 2005) e referida por alguns

autores, como a abertura ao outro. Por sua vez, Olson (1997) através dum estudo fenomenológico conduzido com doentes sujeitos a cirurgia, identificou as características e acções do enfermeiro em que a disponibilidade era patente, quer de forma explícita, quer implícita.

No estudo realizado por Lopes (2004), em doentes oncológicos, os doentes e familiares consideram que a simpatia suaviza a intimidação e a fragilidade, cria bom ambiente, facilita a relação e estimula a sua auto-estima por se sentirem respeitados e bem acolhidos. Atribuem uma importância central à simpatia, enquanto facilitador da relação.

A relação com o outro foi também estudada por outros pensadores de áreas de conhecimento e correntes de pensamento diversas, como (Freud, 1989; Erikson, 1976; Rogers, 1974 e outros), tentaram perceber qual a importância da relação com o outro, para a construção e desenvolvimento do eu.

Na subcategoria clarificação que emerge da interacção, 76,7% dos sujeitos do estudo ajudam sempre a clarificar as queixas dos utentes e 70,0% procura saber se os utentes compreenderam bem as informações. Estes valores estão em dissonância com as respostas dadas pelos utentes, em que 33% dos utentes inquiridos, diz que os enfermeiros explicam sempre de forma clara os cuidados e 46,7% responde que os enfermeiros verificam sempre se entendeu a informação. Não sabemos porque existe discordância, mas os enfermeiros na resposta aberta valorizaram a clarificação como podemos ver "...a clarificação permite adequar cuidados de enfermagem às necessidades do utente...EI18, EI20; "..." a clarificação e valorização das queixas, produz tranquilidade no utente..." EI19; "...clarificando as dúvidas, medos, consegue-se melhor colaboração dos utente..."EI24. Através das notas de campo, nas interacções também se verificou " ...o utente pergunta ao enfermeiro o que é taquicardia? ... o enfermeiro com voz suave explica..." NO – D2- 06-10-06.

Ferraz (1991), no seu estudo afirma que existe uma incoerência entre o discurso e a prática de enfermagem, incluindo os docentes, por os mesmos enfatizarem mais o desenvolvimento da destreza manual do que os aspectos inerentes ao atendimento do homem como um todo, atendimento que requer dos alunos conhecimento de comunicação.

Relativamente à análise dos utentes inquiridos, na avaliação dos conhecimentos e acolhimento dos enfermeiros, consideram mais positivo. Não referindo o mesmo quanto ao atendimento, num serviço de urgência, que respondem menos positivo. Facto não muito revelador quanto ao cuidar dos enfermeiros, visto o atendimento no serviço de urgência depender de um grupo de profissionais que se interligam. Cadeia esta, que se não funciona, não pode existir bom atendimento. Talvez seja uma sugestão a melhorar.

Tal como já foi referido, para existir um processo de cuidados, é necessário que se considerem as actividades de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interacção entre eles e os utentes, mas também com outros autores que fazem parte da equipa.

Na análise do *corpus*, os dados obtidos dos enfermeiros foi de encontro com os encontrados nos utentes.

Observando a globalidade dos dados obtidos à luz das grandes correntes de pensamento propostas por Kérouac e tal, (1994), parece-nos haver, nos sujeitos do estudo, uma orienta o de predominância para o paradigma da transforma o, revelado pela importância atribuída   individualidade da pessoa e pelo reconhecimento do seu direito   informa o e   tomada de decisão. O enfermeiro sabe ouvir e reconhecer os problemas dos utentes, agindo de acordo com eles. Parece-nos, também, presente o paradigma de integra o. Este também foi identificado no estudo de Lopes, 1999; Gouveia, 2002, manifestado pela rela o com o cliente, atribuído ao clima de proximidade, confiança, bem-estar e tranquiliza o do cliente. O reconhecimento do cliente como pessoa de direitos com sentimentos, medos e afectos. No entanto, no nosso estudo também se visualiza, em alguns sujeitos o paradigma da categoriza o, que se manifesta pela valoriza o dos cuidados curativos em detrimento dos cuidados de manuten o de vida.

A avaliar pelo impacto da informa o na satisfa o dos utentes, verifica-se que os utentes mais informados se encontram mais satisfeitos e menos ansiosos. Assim, como nos faz pensar que a comunica o está inteiramente ligada   qualidade de cuidados de enfermagem.

No nosso estudo, será que em balcão alguns profissionais não deveriam reflectir sobre esta temática?

Considerando a importância da comunicação para o ensino e prática de enfermagem. Será que na faculdade não se deveria valorizar mais a temática da comunicação, na formação de futuros profissionais?

CONCLUSÃO

O exercício da profissão de enfermagem, além de conhecimentos e habilidades técnicas, exige competências humanas para conduzir o atendimento do utente. Toda a prática assenta na comunicação estabelecida com o utente. Ou seja, a comunicação está directamente ligada à linguagem verbal e não verbal, que constitui o instrumento essencial, para que as relações entre as pessoas se possam desenvolver. Esta assenta na compreensão do pensamento de cada um dos interlocutores.

Utilizando a teoria de acção comunicativa do filósofo Habermas (1987), o processo da comunicação visa o entendimento mútuo e está na base de toda a interacção. Esta é possível pelos actos de fala, que respeita três mundos:

1. O mundo objectivo das coisas, que corresponde a pretensões de validade referentes às verdades das afirmações feitas pelos participantes no processo comunicativo;
2. O mundo social corresponde a pretensões de validade referentes à correcção e à adequação de normas;
3. O mundo subjectivo (das vivências e sentimentos) corresponde a pretensões de veracidade em que os participantes do diálogo sejam sinceros na expressão dos seus sentimentos.

A teoria de acção comunicativa compreende que a interacção é a base de solução para o problema da coordenação, que surge quando diferentes actores envolvidos no processo comunicativo estabelecem alternativas para um plano de acção conjunta.

Deste modo, o enfermeiro deve conciliar o seu plano de acção, numa acção conjunta, valorizando os aspectos objectivos e subjectivos do mundo de vida do utente, sem imposições ou manipulações.

Esta reflexão faz-nos pensar se haverá atitudes, que devam ser mudadas no atendimento do utente.

Algumas estratégias foram utilizadas para um cuidado mais humano e efectivo, como a disponibilidade, a escuta, o toque, a utilização de medidas educativas ao longo do tratamento ao utente, mas que nem sempre aconteceu verificando-se num grupo restrito de enfermeiros a imposição de cuidados, coibindo o outro de expor as suas emoções e pontos de vista.

Ao avaliar o impacto da informação sobre a situação clínica, verificou-se que os utentes mais informados, são os mais satisfeitos e sentem-se menos ansiosos. Um estudo realizado por Ley (1988), refere uma percentagem de 38% de doentes insatisfeitos com os cuidados no hospital por sentirem, que não lhes foi dada a informação suficiente. De acordo com este autor, parece existir uma forte correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação de utentes.

Consideramos, o processo de cuidados em torno de duas dimensões, a concepção do cuidado de enfermagem e a comunicação, nas quais se identificam conceitos. Nesta lógica apresentamos as conclusões a partir das dimensões, tendo presentes os objectivos e as questões de investigação.

A concepção do cuidado de enfermagem passa pela procura de aplicação de conhecimento na acção quotidiana. Com a mobilização das competências profissionais e qualificações que o enfermeiro tem enquanto profissional, pode ser aquele que melhor responde à satisfação das necessidades da pessoa em matéria de cuidados de enfermagem, estando apto a responder às questões do utente. Ao utilizar princípios científicos com base nos modelos teóricos, faz com que se rompa com o trabalho realizado em tarefa. Pois clarifica as queixas dos utentes, dá informação e faz ensino, desenvolvendo habilidades e capacidade de comunicação, onde a relação terapêutica se baseia no respeito e tolerância. Assim como valoriza a pessoa como participante do processo de cuidados, organizando a sua estratégia de intervenção centrada nas necessidades do utente.

A comunicação surge ligada à concepção do cuidado de enfermagem e dirigida à centralidade da pessoa no processo de cuidados. Enfatiza-se a comunicação verbal e não verbal que se estabelece na relação interpessoal como pressuposto fundamental no cuidar e para o desenvolvimento na relação de ajuda. Os resultados aferidos valorizaram

a temática da comunicação na formação dos profissionais. Visto a comunicação, nem sempre ser um processo consciente e intencional e estar sempre presente, quer naquilo que se faz ou até mesmo, no que não se faz. A linguagem corporal do indivíduo pode garantir o acesso real á sua vida interior e permite a sua compreensão de forma mais abrangente. Muitos problemas de saúde, quer físicos, quer psicológicos, podem ser detectados e mesmo tratados se houver um conhecimento profundo da essência humana. Esta manifesta-se em grande parte, pelos comportamentos e linguagem não verbal. A comunicação surge de uma forma transversal a toda a intervenção do enfermeiro, emergindo pela atenção centrada em cada pessoa de forma particular.

Com a utilização da metodologia da Ground Theory não criámos nenhuma teoria, mas permitiu-nos reflectir sob conceitos e aprofundar conhecimentos.

Esperamos que este estudo contribuía para clarificar alguns princípios que devem ser tomados em conta na interacção com os utentes num serviço de urgência, com o objectivo de melhorar a qualidade de cuidados e com isto o atendimento dos utentes.

É de salientar, visto tratar-se de duas amostras pequenas, que não se podem generalizar os nossos resultados. Apenas nos referimos aos sujeitos do estudo.

O presente trabalho contribui para clarificar o processo de cuidar do enfermeiro. Tornar consciente a orientação seguida pelo enfermeiro e reflexão pessoal.

A análise permitiu conhecer e compreender a realidade, transformando os resultados obtidos num valioso contributo, a acrescentar ao corpo de conhecimentos científicos da disciplina de enfermagem.

Optámos por concluir relativamente à questão. Que implicação tem a comunicação na qualidade de cuidados de enfermagem?

O relacionamento interpessoal enfermeiro /utente / família ou pessoa significativa, é considerado pelos enfermeiros do estudo, como algo importante e essencial nos cuidados de enfermagem, existindo uma complementaridade entre a concepção do cuidado de enfermagem e a interacção. Tendo sido negligenciado por um número

restrito de profissionais. Neles parece predominar o modelo biomédico no atendimento, apenas existe a preocupação de tratar a causa. O papel do utente é por vezes nulo, sendo visto como objecto de cuidados e não como sujeito de cuidados.

Cientes da implicação que estes resultados e questões suscitam a nível da prática, sugerem-se as seguintes medidas:

- Um espaço de reflexão nas equipas, para expressarem sentimentos positivos ou negativos vividos, com o objectivo de promover o crescimento e fortalecimento do ego;
- Planificar no balcão mudanças de estruturas em que o profissional tenha uma visão global dos utentes que se encontram nessa área;
- Sensibilização dos orientadores dos estágios, para um trabalho conjunto, em que promovam nos alunos uma aprendizagem efectiva de aptidões para uma melhor comunicação.

Tendo sido essencial no cuidar a comunicação interpessoal, porque foi negligenciada por um pequeno grupo de profissionais? Terá sido pelo excesso de trabalho ou pelo stress do serviço de urgência? Não tendo estudado a causa, deixamos para futuros estudos.

Terminamos com um segmento da resposta aberta “...*prestar atenção nos cuidados á comunicação é vital, pois cria empatia e minimiza sentimentos de ansiedade, solidão e insegurança...aproxima as pessoas dá um sentimento de beleza à vida quando feita correctamente...*”EI17.

BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, M.C.E.S. (2003) - **Cuidados e Cuidadores**”, Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.

ALARCÃO, M. (2000) - **(Des) Equilíbrios familiares**, Coimbra, Quarteto.

AMARAL, Maria Luz Melo (2002) – **A comunicação Médico – Doente em contexto hospitalar: O contributo da Psicologia da Saúde**. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

AMENDOEIRA, José (1998) – **O estatuto dos cuidados de enfermagem**. Pensar Enfermagem, 1 (2) 2º semestre de 1998). Escola Superior de Enfermagem Maria Resende, pp.18-22.

ARISTOTELES (2003) - **Retórica das Paixões**. São Paulo: Martins Fontes

BARDIN, L. (2003) - **Análise de conteúdo**, Lisboa, Edições 70.

BARTHES, Roland (1964) – **Elementos da Semiologia**. São Paulo. 8ª Edição

BASTO, M. (1998) – **Da intenção de mudar à mudança – Um caso de intervenção num grupo de enfermeira**. Lisboa: Edição Rei do livro.

BASTO, M. (2000) – Enfermagem em contexto de mudança. **Pensar em Enfermagem**.(4). (2). Lisboa.

BECK, Cheryl – **Humor in nursing practice: a Phenomenological study**. International journal Studies. 34:5 (1997) 346-352.

BELL, Judith (1997) – **Como realizar um Projecto de Investigação**. Lisboa, 1ª Edição, Gradiva.

BENNER, P. (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra. Quarteto Editora

BENNET, Paul (2002) – **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Lisboa, 1ª Edição. Climepsi.

BERNARDI, B. (1974) - **Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos**, Lisboa, Edições 70.

BERNARDO A. (1998) – **Technology and true presence in nursing, Holistic Nurs Pract** 12:,40, 1998

BRETON, Philippe (1994) - **A Utopia da Comunicação**, Lisboa, Instituto Piaget

CABETE, D. G. (2005) - **O idoso, a doença e o hospital - O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas**, Loures, Lusociência.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Maria Manuela – **Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem**. Lisboa. Universidade Aberta. 1998.

CARPER, B. A. (1978) – Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1(13).

CAROL Dealy (2006) – **Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros**. 1ª Edição Climepsi. Lisboa.

CEBERIO, Marcelo (2006) – **La Buena Comunicación**. Las posibilidades de la interacción humana. Barcelona. Novagràfik, S. L.

CIBANAL, J.(1991) – Interrelación del profesional de enfermería con el paciente: Prerrequisitos de la relación de ayuda. Barcelona. Edición Doyma.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros.

- COLLIÈRE, M.F. (2003) - **Cuidar...A primeira arte da vida**, Lisboa, Lusociência.
- CORNEY, R. (1991) – **O Desenvolvimento das perícias de comunicação e de aconselhamento em medicina**, Climepsi Editores, Lisboa (Orig: Developing Communication and conselling skills in Medicine, Routledge, Londres, Trad. Port. De Cristina Ferreira)
- DALAI LAMA e tal (2001) – **Um guia para a vida**. 2 ° ed.. Lisboa. Editorial Presença
- DAMÁSIO António (2003) – **O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. 13ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- DIAS, Fernando Nogueira (2001) - **Sistemas de Comunicação, de Cultura e de Conhecimento**. Lisboa, Instituto Piaget.
- DONALDSON, Sue K.; (1997) – **Perspectives on nursing theory**. Philadelphia, Lippincott.
- DUPONT, C.. (1987) - **Coping mechanism and anxiety in advanced level cancerous patients related to hospitalization awareness of diagnosis**, Proceeding ECCO, nº 4, London.
- DUBAR, Claude (1997) – **A socialização. Construção de identidades Sociais e Profissionais**. Porto: Porto Editora.
- ECO, Umberto (1985) - **O signo**. Lisboa. Presença.
- ECO, Umberto (2002) – **Tratado Geral da Semiótica**. São Paulo. 4ª Edição. Perspectiva.
- EPSTEIN, Isaac (Org.), (s.d.) - **Cibernética e Comunicação**. São Paulo, Cultrix
- ERIKSON, E.H. (1976) – **Identidade Juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar. Editores.
- ESTAQUEIRO, António (1993) – **Saber lidar com as pessoas. Princípios da comunicação interpessoal**. Lisboa. Editorial Presença, 2ªed.

FERREIRA, M. P. M. R. (2002) - **O utente idoso – Conhecer para melhor comunicar e intervir.** Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.

FREUD, S. (1989) – **Textos essenciais da psicanálise. A estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia.** Mem Martins. Europa América.

FISKE, John (2005) – **Introdução ao Estudo da Comunicação.** Porto. 9ª Edição. Grafiasa

FOLKMAN, S., & LAZARUS, R.S. (1988) – **Cooping as a mediator of emotion.** Journal of Personality and Social Psychology, 54, 466-475.

FORTIN, M. F. (1999) - **O Processo de Investigação – Da concepção à realização.** Lisboa, Lusociência.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. (1965) – **The Discovery of Ground Theory; Strategies for Qualitative Research.** Aldine Pub.

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência Emocional.** Braga: Temas e Debates. 1996.

GOUVEIA, Maria (2002) – **Interacção enfermeiro – Cliente num serviço de urgência.** Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.

HABERMAS, Jürgen (1989) - **Consciência moral e agir comunicativo.** Trad. De Guido de Almeida. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1989. 236 pp.

HABERMAS, Jürgen (1992) - **De l'éthique de la discussion.** Paris : CERF. 202 pp.

HESBEEN, W. (2000) - **Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar,** Lisboa, Lusociência.

HESBEEN, W.(2001) – **Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Camarate. Lusociência.

- JAKOBSON, Roman (2003) – **Linguística e Comunicação**. Lisboa. 19 e.d. Cultrix.
- JOSÉ, HELENA – **Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e de enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2002.
- KÉROUAC, Suzanne – *La pensée infirmière – Conceptions et Stratégies*. Canadá, Éditions Maloine, 1994.
- KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron (1978) – Culture, Illness and Care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural *research*, *Ann. Int. Med.* 88: 251-258.
- LALANDA, Piedade (1988) – **A interacção enfermeiro-doente**, “Nursing”, Lisboa, (VIII), Maio, pp28-32.
- LAZURE, H. (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa. Lusodidacta.
- LEININGER, M. (1998) – **Enfermagem transcultural : imperativo da enfermagem mundial**, « Enfermagem », Lisboa, 10 (2), Abril-junho, pp.32-36.
- LITTLEJOHN, Stephen W. (1982) - **Fundamentos Teóricos da Comunicação**. Rio de Janeiro Zahar Editores.
- LOPES, Pereira (1997) - **Formação em Enfermagem e Cidadania**. Enfermagem em Foco, SEP, (26): pp.37-42.
- LOPES, M. (1999) – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações**. Évora. Gráfica 2000.
- LOPES, M. (2003) – **A metodologia da ground Theory: Um contributo para a conceitualização na enfermagem**. Revista Investigação em Enfermagem, 8, pp. 63-74.
- LOPES, M. (2006) – **A Relação Enfermeiro - Doente como Intervenção Terapêutica**. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- MÁRTIRES, A. (1998) – **A pessoa em situação de internamento hospitalar e as suas percepções sobre os cuidados de enfermagem**. Dissertação do Curso de Mestrado em

Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédica.
Abel Salazar; p. 76-95.

MESSNER, R. (1993) – **What Patients Really Want From Their Nurses**, American Journal of Nursing, nº 8, Aug., p. 38-41

MECHANIC, David (1978) – **Medical Sociology**, Nova Iorque, Free Press.

MORRIS, Desmond (s.d.) - **Os Gestos. Suas Origens e significado**. Mem Martins, Publicações Europa-América.

MUNDIUM, M. O.; OLIVEIRA, M.; MUNDIUM, M. O. (1997) – **Tratado de Saúde Holística** – Os Florais de Bach na Medicina da Nova Era. Lisboa. Editorial Estampa, Lda.

NETO, L. M. V. A. (2003) - **Dez questões sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das Significações (CMM)** – “Pensar Enfermagem”, vol. 7, nº 1, pg.22-31.

OGDEN, J. (1999) - **Psicologia da saúde**, Lisboa, Climepsi.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

OMS (1986) – **Ottawa Charter for Health Promotion**. Health and Welfare Canada, Canada Public Health Association, Ottawa.

OREM, D. E. (1987) – **Soins infirmiers: les concepts et la pratique**. Montreal: Décarie.

PARACELSO (1973) – **Botânica Oculta: Plantas Mágicas**. Editorial Kier, Buenos Aires.

PEARCE, W. Barnett (1989) - **Communication and the Human Condition**, Southern Illinois University Press.

PEIRÓ, J.M. (1990) - **Organizaciones: Nuevas Perspectivas Psicossociológicas**. Barcelona: P.P.U.

PERRY, Anne Griffin (1999) – **Fundamentos de Enfermagem**. 4ª ed. (Vol. I) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PHANEUF, Margot – **Comunicação. Entrevista. Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência. 2005.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1998) - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa, Gradiva.

RAMOS, N. (2001) – **Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural**. Revista Portuguesa de Pedagogia, (35) (2), pp. 155-178.

RAMOS, N. (2004) - **Psicologia Clínica e da Saúde**, Lisboa, Universidade Aberta.

RIBEIRO, L. (1998) – **Alterações da formação em enfermagem: o que queremos no futuro**. Enfermagem em Foco. (32). Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa.

RILEY, Júlia Balzer (2000) – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência.

RODRIGUES, V. (1999) – **A complexidade dos problemas humanos no Hospital: Vivências e reflexões**. Sodivir, Edições do Norte Lda, Vila Real, p. 31-79.

ROGERS, C. R. (1974) – **Terapia centrada no paciente**. Lisboa: Moraes Editores.

SALMON, P. (2000) – **Psychology of medicine and surgery: A guide for psychologists, counsellors, nurses and doctors**. Chister: John Wiley & Sons.

SALVADO, Maria (1994) – **O poder da relação enfermeiro utente**. Lisboa. Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

SARAIVA, M. C. – **O processo de comunicação em Ambiente Oncológico: Vivências dos Enfermeiros e os seus significados**. Investigação m Enfermagem. Coimbra. 8 (2003) 38-48.

SFEZ, Lucien (1995) - **A Comunicação**, Lisboa, Instituto Piaget.

SELYE, H. (1965) – **The stress syndrome**. American Journal of nursing. 65, 97-99.

SLEPOJ, Vera (1998) – **Compreender os sentimentos. Para se melhor conhecer a si e aos outros**, Lisboa, Editorial Presença.

SWANSON, K. (1991) – **Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance**. Traduzido por Alice dos Mártires, Revisão de Marta Lima Basto, Instituto Abel Salazar. Porto.

SZMAJKE, K. et al (1987) - **Psychosocial problem in leukemia: influence of the knowlegde about the disease on anxiety level and familial interaction**. Proceeding ECCO, London, nº 4.

TAVARES, José (1997) – A formação como conhecimento científico e pedagógico. In: Sá- Chaves, Idália (org.). **Percursos de formação e desenvolvimento profissional**. Porto: Editora.

VALA, J. (2001), **A análise de conteúdo**, in SILVA, A. S.; PINTO, J.M., Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento, pg.101-128.

WALSH, Mike – **Era uma Vez. Nursing**. Lisboa. 6:65(1993) 21-23.

WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. (2001) – **Pragmática da Comunicação Humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação.** São Paulo: Cultrix.

ANEXO I – QUADRO DE REFERÊNCIA PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. QUADRO DE REFERÊNCIA PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A disciplina de enfermagem concentra a atenção não na doença mas na resposta humana aos problemas de saúde e aos processos da vida. O desenvolvimento deste tipo de concepção orienta a atenção do enfermeiro para a adaptação individual da pessoa sobre o fenómeno, as dificuldades de aprendizagem e a falta de capacidade das pessoas para mudar comportamentos em função da condição de saúde.

Nesta perspectiva tem vindo a desenvolver na família, a sua integração no processo de cuidados e a consciencialização do papel do cuidador nos conviventes significativos, com a preocupação de preparar o regresso a casa dos dependentes e ensino aos utentes como lidar com as incapacidades.

Nesta sequência o **Enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem** e os **Enunciados descritivos** definidos pela ordem de Enfermeiros são instrumentos estruturais que permitem promover continuamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O enquadramento conceptual é constituído por 4 conceitos fundamentais:

- *Saúde*
- *Pessoa*
- *Ambiente*
- *Cuidados de Enfermagem*

A saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Porém a definição de saúde altera-se ao longo do tempo e varia de acordo com o grupo social e a experiência individual, sendo de notar que também varia ao longo do ciclo da vida. Os homens jovens enfatizam a boa forma física, as mulheres jovens a energia e o coping, as pessoas de meia-idade o bem-estar físico e mental e os idosos a capacidade de realizar acções, assim como a satisfação e a felicidade.

A saúde faz parte da dinâmica da experiência humana e é um valor e experiência vivida segundo a óptica de cada pessoa e que apela a realização do seu potencial de criação, de tal forma que a experiência de doença faz parte da experiência de saúde e esta última vai

para além da doença, resultando num aspecto significativo do processo de mudança da pessoa (Kérouac e tal., 1994).

A pessoa   um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve, interagido com o ambiente, modifica-o e sofre a influência dele, durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e a harmonia.

O ambiente, no qual as pessoas vivem e se desenvolvem,   constituído por elementos: humanos, físicos, políticos, econ micos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.

Os cuidados de enfermagem, centra-se na rela o interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condi es ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela forma o e experiência que lhes permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente   pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS: DEZEMBRO 2001).

***Os Enunciados Descritivos** de qualidade do Exercício Profissional, visam explicar a natureza e englobar os diferentes aspectos da profissão, tendo sido definidas 6 categorias relativas:   satisfa o dos clientes,   promo o da saúde,   preven o das complica es, ao bem-estar e ao auto-cuidado dos clientes,   readapta o funcional e   organiza o dos cuidados de enfermagem.*

A satisfa o do cliente, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis do cliente através de determinados elementos relacionados com a presta o de cuidados entre outros como:

- *O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;*
- *A procura constante da empatia nas interações com o cliente;*
- *O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;*
- *O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;*
- *O empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.*

A promoção da saúde, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançar o máximo potencial de saúde através de elementos entre outros como:

- *A identificação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;*
- *A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis;*
- *A promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;*
- *O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades para o cliente.*

A prevenção das complicações, o enfermeiro previne complicações dos clientes, através dos seguintes elementos:

- *A identificação o mais rapidamente o quanto possível dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência;*
- *A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;*
- *O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;*
- *Referir as situações problemáticas identificadas aos outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;*
- *A responsabilidade do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.*

- *O bem-estar e o auto cuidado, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/completa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, através de alguns elementos como:*
- *A identificação dos problemas do cliente, aos quais o enfermeiro está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções relativas às actividades de vida de que o cliente está dependente;*
- *A prescrição das intervenções face aos problemas identificados;*
- *A supervisão das actividades de vida*

A readaptação funcional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde, através de:

- *A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;*
- *O planeamento da alta dos doentes internados de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;*
- *O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;*
- *A optimização da capacidade dos clientes/ conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;*
- *O ensino face à readaptação funcional*

A organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados através de:

- *A existência de um quadro de referências para o exercício profissional;*
- *A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore entre outros dados as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos;*
- *A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros;*
- *A utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora da qualidade.*

ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Nossa Senhora do Rosário – E.P.E.

Assunto:

Pedido de autorização para apresentar um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência e utentes que recorrem ao balcão.

Natália das Graças Garcia Pereira, Enfermeira Graduada, com o número mecanográfico 30344, a exercer funções no Serviço de Urgência deste hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado de comunicação em Saúde, na Universidade Aberta.

Do mestrado faz parte um trabalho de investigação, que será apresentado na dissertação, cujo tema é “ *A Comunicação do Enfermeiro / Utente num hospital* “.

Para cumprir os objectivos deste trabalho é necessário a aplicação dum questionário a enfermeiros e a utentes.

Venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação do referido questionário.

Grata pela atenção dispensada, apresento a V^a Exa. os meus cumprimentos.

Pede deferimento

Barreiro, 23 de Junho de 06

Natália das Graças Garcia Pereira

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Do Hospital Nossa Senhora do Rosário –E.P.E.

Assunto:

Pedido de autorização para efectuar observação das interacções entre enfermeiros e utentes no serviço de urgência na área de balcão.

Natália das Graças Garcia Pereira, Enfermeira Graduada, com o número mecanográfico 30344, a exercer funções no serviço de urgência deste hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado de Comunicação em Saúde, na Universidade Aberta.

Na sequência do estudo que estamos a desenvolver sob o tema “*A Comunicação do Enfermeiro / Utente num Hospital*”, será de extrema pertinência a realização de observação de campo no referido sector, para complementar os dados obtidos por questionário aplicado aos enfermeiros e a utentes, já autorizados por V. Exa.

A observação irá incidir nas interacções que se estabelecem, entre enfermeiros e utentes. As mesmas serão feitas a um grupo aleatório, com base nos seguintes critérios: sexo e nº de anos de serviço, de acordo com os indicadores da grelha em anexo.

Neste sentido, vimos pedir autorização, para a realização da referida observação de campo.

Pede deferimento

Barreiro, 29 de Julho de 06

Natália das Graças Garcia Pereira

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DOS ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO

(Dirigido a Enfermeiros)

Estamos a realizar um trabalho de investigação no âmbito do mestrado em Comunicação em Saúde. O mesmo incide sobre a Comunicação entre enfermeiros e utentes, no Serviço de Urgência, na área de balcão.

Para tal gostaríamos de contar com a sua colaboração, respondendo a este questionário.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para nós.

As respostas são confidenciais e para uso exclusivo desta investigação.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade em colaborar connosco.

DADOS PESSOAIS

Sexo: **M** **F** Idade: _____

Habilitações Literárias: _____

Anos de serviço: _____

Anos de serviço na Urgência: _____

As questões colocadas dizem respeito a **Cuidados de Enfermagem e Comunicação** dos enfermeiros com os utentes no (serviço de urgência – área de balcão).

Se estes factos acontecem:

Faça um círculo no

Sempre 3

Às vezes 2

Nunca 1

Não se aplica/sem opinião 0

1 - Fornece a informação que acha necessária aos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
2 - Faz ensino relativo às necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3 - Sempre que dá informações, procura envolver os familiares ou as pessoas mais próximas dos utentes (explicando a situação do utente e como o podem ajudar)?	3	2	1	0
4 - Transmite ao utente, informação sobre os recursos da comunidade, que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5 - Transmite ao utente, informação sobre como deve utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
6 - Adapta a linguagem ao nível cultural de cada utente?	3	2	1	0
7 - Procura saber se o utente compreendeu as informações e em caso negativo repete a informação?	3	2	1	0
8 - Dá informação escrita ao utente sobre os assuntos que considera pertinentes (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel as matérias que são importantes)?	3	2	2	0
9 - Explica ao utente os cuidados que presta e a necessidade dos mesmos?	3	2	1	0
10 - Quando o utente está à espera da consulta médica, informa-o sobre os recursos físicos do serviço (a localização do wc, o bar, ...)?	3	2	1	0
11 - Quando o utente está à espera de ser atendido, presta apoio imediato sempre que solicitado?	3	2	1	0
12 - Quando presta cuidados de enfermagem, garante a privacidade do utente?	3	2	1	0
13 - Quando presta cuidados de enfermagem mantém um ambiente calmo, mantendo o utente confortável (sem ruído, sem estar a conversar com os outros)?	3	2	1	0
14 - Quando atende os utentes/familiares ou acompanhante, presta atenção tanto à comunicação verbal como à não verbal?	3	2	1	0
15 - Valoriza os problemas dos utentes?	3	2	1	0
16 - Mostra desejo em compreender o utente/ acompanhante?	3	2	1	0
17 - Ajuda o utente a clarificar as queixas que o levam à urgência?	3	2	1	0
18 - Valoriza a opinião dos utentes nas intervenções de enfermagem?	3	2	1	0

Responda à seguinte questão?

1 – Que implicações tem a comunicação na qualidade de cuidados de enfermagem?

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DOS UTENTES

QUESTIONÁRIO

(Dirigido a Utentes)

Estamos a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde. O mesmo incide sobre a Comunicação entre enfermeiros e utentes, no Serviço de Urgência, na área de balcão.

Para tal gostaríamos de contar com a sua colaboração, respondendo a este questionário.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para nós.

As respostas são confidenciais e para uso exclusivo desta investigação.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade em colaborar connosco.

DADOS PESSOAIS

Sexo: M F

Idade: _____

Local de Residência: Localidade _____ C S de Apoio _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão : _____

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **Cuidados de Enfermagem e a Comunicação** entre enfermeiros e utentes no Hospital N^a S^a do Rosário E. P. E. - Barreiro (serviço de urgência – área de balcão).

Se estes factos aconteciam:

Faça um círculo no

Sempre 3

Às vezes 2

Nunca 1

Não se aplica / sem opinião 0

1 - Os enfermeiros forneceram-lhe as informações que achou necessárias para lidar com o seu estado de saúde?	3	2	1	0
2 - Os enfermeiros ensinaram-lhe a lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3 - Os enfermeiros explicaram aos seus familiares ou às pessoas mais próximas, a sua situação e como o podiam ajudar ?	3	2	1	0
4 - Os enfermeiros transmitiram-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5 - Os enfermeiros transmitiram-lhe informação sobre a forma como utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
6 - Os enfermeiros deram-lhe informações de forma compreensível?	3	2	1	0
7 - Os enfermeiros verificaram se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
8 - Os enfermeiros deram-lhe informação escrita sobre os assuntos de que o informavam ou que explicavam com panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si?	3	2	1	0
9 - Os enfermeiros explicaram-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
10 - Os enfermeiros enquanto esteve à espera de ser atendido, preocuparam-se em lhe apresentar o serviço (a localização do wc, o bar, ...)?	3	2	1	0
11 - Enquanto esteve à espera de ser atendido na consulta médica, sempre que necessitou de apoio foi fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
12 - Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe expressava as suas queixas?	3	2	1	0
13 - Os enfermeiros enquanto lhe prestavam cuidados, preocuparam-se em manter um ambiente calmo, mantendo-o confortável (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros)?	3	2	1	0
14 - Os enfermeiros preocuparam-se em preservar a sua intimidade enquanto prestavam cuidados (não o destapar, ou quando necessário, colocar biombos, ...)?	3	2	1	0
15 - Os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0

Faça um círculo no
 Sempre 3
 Às vezes 2
 Nunca 1
 Não se aplica/sem opinião 0

16 - Os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
17 - Os enfermeiros mostraram paciência no atendimento do utente?	3	2	1	0
18 - Os enfermeiros explicaram com clareza a sua situação (a linguagem utilizada era compreensível)?	3	2	1	0
19 - Os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações / pedidos?	3	2	1	0
20 - Os enfermeiros ouviram-no, ou ajudaram-no a resolver alguma situação relacionada com as burocracias existentes no serviço?	3	2	1	0

De acordo com esta escala assinale
 Muito Bom 5
 Bom 4
 Suficiente 3
 Insuficiente 2
 Sem opinião 1

21 - Como avalia o conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados de que necessitava?	5	4	3	2	1
22 - Como avalia o acolhimento dos enfermeiros no serviço de urgência do hospital?	5	4	3	2	1
23 - Como avalia o atendimento que teve no serviço de urgência do hospital?	5	4	3	2	1

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado ao responder a este questionário

ANEXO V – SUPORTE DE ANÁLISE DAS NOTAS DE CAMPO

Notas de Campo

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – A1- 19-09-06) (Utente aproxima-se da enfermeira com uma expressão de ansiedade). Utente - Sr.ª enfermeira, vivo sozinha, agradecia que avisasse o centro do Dia, para me virem buscar. Enf. - Um momento, aviso já. (com um tom de voz calmo)</p> <p>(algum tempo depois, a Enf. dirige-se à utente) Enf. - D. Maria não atendem o telefone, eu volto a telefonar daqui a ¼ de hora. (em voz baixa) (a utente afasta-se em passos suaves com expressão apreensiva e a Enfermeira chama para a sala outro utente).</p>	<p>Memo: Interação verbal de iniciativa do utente, um pedido de ajuda.</p> <p>Nota: o enfermeiro procura ajudar mas está distante sem se envolver no processo.</p>	<p>Pedido de ajuda do utente. Centrada na relação de ajuda</p>	<p>Expressão facial Tom de voz Toque ausente</p>

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – B1 – 24-9-06) (utente aproxima-se da Enf. com expressão no rosto de irritação, abrindo a sala de tratamento) Utente – Sr.ª Enf. estou no serviço à 2 horas, as minhas análises já chegaram? Enf. – quando chegarem eu coloco-as junto da ficha. (com um tom de voz alto, sem olhar para o utente e continua a administrar a terapêutica a outra utente) (o utente afasta-se, com um fâcias de aborrecimento). Enf. – feche a porta se faz favor. (utente fecha a porta)</p>	<p>Memo: Interação verbal de iniciativa do utente, no pedido de uma informação. Nota: Parece pouco preocupada com o utente, mais preocupada na prestação de cuidados técnico-instrumentais a outro utente, tendo ocorrido como uma interferência.</p>	<p>Interação verbal curta de 3 minutos ocorrida como um pedido de informação.</p> <p>Centrada no domínio do conhecimento, como um pedido de informação</p>	<p>Expressão facial Tom de voz Olhar</p>

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – B2 – 24-9-06) (utente aproxima-se da Enf.) com o tom de voz de irritação) Utente – Sr.ª Enf. estou no serviço à 3 horas, à espera de cirurgia, não há médicos? (com o tom de voz de irritação) Enf. – Foi contactado o médico telefonicamente, tem de esperar. (em tom de voz alto e frio) Utente – Deveria estar aqui, isto é uma urgência. (Enf. desloca-se para outro utente e sem olhar para ele) Enf. – Há muitos doentes, não é único. (utente desloca-se para a sala de espera, senta-se cruzando as pernas e começa a falar com outro utente que está sentado ao lado dele)</p>	<p>. Memo: Interação verbal de iniciativa do utente, no pedido de uma informação, com agressividade. Nota: Orientada para uma informação pouco explícita carregada de algum stress da parte da enfermeira.</p>	<p>Interação verbal curta de 3 minutos ocorrida como um pedido de informação. Centrada na interação de Enf/utente</p>	<p>Expressão facial Tom de voz Olhar</p>

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – C1 – 20-9-06) (enfermeiro aproxima-se duma utente que está sentada com um fâcies de sofrimento, toca no ombro) Enf. – O que sente? Qual o motivo que a trouxe ao hospital? Utente – à 1 hora comecei por sentir dormência no braço direito. Estou com medo, com dificuldade em falar. (Enf. volta tocar no ombro da utente) Enf. – Fique calma, já vai ser observada pelo médico. Costuma ter a tensão alta? Utente – Não sei, já muito tempo que não vou ao médico. (Enf. leva a utente para a sala de tratamento, numa cadeira de rodas e encosta a porta) Enf. – Pode-me dar o braço para ver a T. A. (Enf. ajuda a utente a puxar a camisola e coloca a manga do Dinamap para ver a T. A.) Enf. – Sabe se tem alguma doença? (com o tom de voz baixo) Utente – Que eu saiba não, a minha tensão está alta? Enf. – Um pouco alta, não faz nenhuma medicação? (a enf. ajuda a utente a descer a manga e leva a Sr. para a sala de espera e entra no gabinete médico)</p>	<p>. Memo: Interação verbal de iniciativa do enfermeiro, centrada na avaliação dos sintomas. Nota: Preocupada em tranquilizar e respeitar a privacidade da utente, pesquisa sintomas.</p>	<p>Interação verbal de 8 minutos conduzida pela enfermeira preocupada em analisar as queixas procura tranquilizar. Centrada no domínio do conhecimento, na prestação de cuidados</p>	<p>Expressão facial Tom de voz Olhar Toque escuta</p>

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – C2 – 20-9-06) (enfermeiro na entrada da sala de tratamento, com voz alta chama) Enf - Sr. Manuel, faz favor. (utente entra com passo lento na sala) Enf. – Boa tarde, Sr. Manuel pode sentar-se na cadeira. (enfermeiro fecha a porta da sala de tratamento) Enf. - Qual foi o motivo que o trouxe ao hospital? Utente – Tenho vómitos e diarreia desde de manhã, sinto-me muito mal... (batem à porta) – (o doutor X, entra com outra ficha na mão e pede para fazer uma medicação a outro doente). Enf. – Desculpe esta interrupção, ...a que hora iniciou esse quadro? Utente – Depois do pequeno-almoço, nem sei quantas vezes vomitei (a enfermeira escreve as notas na ficha) Enf. –Sr. Manuel, vai ser necessário colocar um soro com medicação, para ficar melhor...(com voz suave) (batem à porta) entra um Auxiliar e diz chegaram os bombeiros com uma doente que parece estar mal. Enf. – Desculpe sr. Manuel volto já. (enfermeira saí apressadamente e fecha a porta) Enf. – Vai ser necessário picar uma veia, onde prefere? Utente – Tanto faz, só quero ficar melhor (enfermeira segura no braço do utente, dobra a manga da camisa, olha atentamente para o braço) e continua a conversar com o utente Enf. – Tem aqui uma boa veia, não é doloroso a picada Utente - Esteja à vontade (abrem a porta) entra um utente e diz com voz assustada enfermeira está ali uma senhora que se sentiu mal e caiu no chão. (a enfermeira, volta a sair com andar apressado deixando o Sr. Manuel sozinho)</p>	<p>Memo: Interação verbal de iniciativa do enfermeiro, na administração de cuidados técnico-instrumentais (adm. de terapêutica). Nota: pesquisa sintomas acalma e ensina respeito a privacidade na administração de cuidados.</p>	<p>Interação verbal de 10 minutos conduzida pelo enfermeiro com várias interferências enquanto presta cuidados. Centrada no domínio de conhecimento na prestação de cuidados.</p>	<p>Expressão facial Tom de voz Olhar Informação Escuta</p>

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – D1 – 06-10-06) (enfermeiro aproxima-se junto duma idosa em maca trazida pelos bombeiros) Enf. – Como se chama? Utente – Maria Enf. – D. Maria consegue passar para a nossa maca? Utente – Vou tentar (com voz baixa) (utente passa para a maca do hospital com a ajuda do enfermeiro, procurando tapala com o lençol) Enf. – Qual foi o motivo porque veio ao hospital? (com voz suave e baixa) Utente – Sentia tonturas e perda de força nas pernas Enf. – É hipertensa (toca no ombro da utente) Utente – Sim, faço medicação para a tensão. (bombeiro aproxima-se do enfermeiro e entrega a ficha da utente) Enf. – Sabe quais são os medicamentos? Utente – Não me lembro mas a minha filha deve estar a chegar e ela sabe (enfermeiro afasta-se e regressa com um Dinamap) Enf. – D. Maria dê-me o braço para avaliar a tensão (enfermeiro ajuda a utente a puxar a camisola e coloca a manga para avaliação) Utente – Está alta (com voz ansiosa) Enf. – Um pouco alta, vai necessitar de fazer medicação, vou entregar a sua ficha ao Sr. Dr. Para ser observada. (enfermeiro afasta-se e chama a filha da utente e conversa com a filha acerca da situação clínica em voz baixa)</p>	<p>Memo: Interação verbal de iniciativa do enfermeiro preocupado em pesquisar sintomas que motivaram a ida ao serviço, presta apoio, valoriza e clarifica as queixas, preserva a intimidade Nota: Parece estar presente uma avaliação diagnóstica</p>	<p>Interação verbal de 10 minutos conduzida pelo enfermeiro envolvendo a família na avaliação de sintomas. Interação do enf./utente</p>	<p>Tom de voz Olhar Toque presente Escuta Postura corporal</p>

Extractos de texto	Memos	Análise - de unidade de significação	Indicadores
<p>(NO – D2 – 06-10-06) (utente aproxima-se do enfermeiro) Utente – Sr. Enfermeiro não me sinto bem, sinto o coração a bater muito Enfermeiro - O Sr.já fez a ficha? Utente – Deixei a meu filho a fazer a ficha, tenho de já ser observado (voz ansiosa e autoritária) Enf. – Entre nesta sala para falarmos (fecha a sala) Utente – Sou doente do foro psiquiátrico e hoje sinto-me muito mal chame o psiquiatra. (voz autoritária) Enf. – Fique calmo vou ver a sua tensão para saber se esta com taquicardia. Utente – O que é isso? (enfermeiro com voz calma explica ao utente) Utente – Está bem mas chame o Dr. Enf. – Depois de avaliar a tensão, eu falo com o médico. A sua tensão está normal assim como o pulso fique calmo, respire fundo e liberte o ar com suavidade. (enfermeiro sai, regressa passados 3 minutos, conversa com o utente e entrega-lhe um copo com água) Enf. – Beba essa água não tome o sabor porque é amargo (o fâcies do doente está mais descontraído e bebe a água) Utente – É mesmo amargo, mas já me sinto melhor Enf. – Espera na sala 15 minutos o médico depois fala consigo Utente – Obrigado Sr. Enfermeiro (utente sai da sala e o enfermeiro com um sorriso nos lábios acompanhado o utente)</p>	<p>Memo: Interação verbal de iniciativa do utente um pedido de ajuda dirigido com agressividade muita ansiedade e uma preocupação da parte do enfermeiro em o acalmar conversando com ele</p>	<p>Interação verbal de 13 minutos com agressividade da parte do utente. Interação centrada na resolução dos sintomas diminuindo a ansiedade. Interação do enf./utente baseada na relação de ajuda</p>	<p>Expressão facial Tom de voz Olhar Ensino Escuta</p>