



Maria do Céu Barradas Poeiras Vinha

**Dissertação de Mestrado em Comunicação em
Saúde**

**O Factor
Comunicação
em
Provas de
Espirimetria**

Orientador: Prof. Doutor Jorge Correia Jesuíno

UNIVERSIDADE ABERTA

Lisboa 2008

Imagem da realização de uma espirometria no Laboratório de Função Respiratória do Hospital Garcia de Orta em Almada, onde foi realizada a investigação.

Ao meu filho Miguel,
pelos sorrisos que não pudemos partilhar...

PREÂMBULO

O preâmbulo desta dissertação de mestrado ilustra de forma simples e didáctica, a atitude que todos nós deveríamos ter perante a nossa actividade profissional.

Mais do que o conhecimento, sabedoria é sinónimo de um estado de existência, pelo menos diferente do do comum dos mortais. Deverá ser o objectivo a atingir de todos os que, de forma responsável, tentam melhorar a existência dos demais.

O conhecimento é adquirido através do estudo e da experiência. A sabedoria é algo que surge bem mais tarde. Esta sabedoria é consequência da análise dos conhecimentos, da dúvida sistemática e, da capacidade de confronto com as nossas fraquezas.

Este processo, quando conduzido de forma honesta, deverá resultar na procura incessante de novas experiências, que possam de algum modo enriquecer-nos, e mais tarde, após racionalizados, permitir-nos combater e ultrapassar essas mesmas fraquezas.

De acordo com este raciocínio, a elaboração de uma dissertação de mestrado é sempre um trabalho de grande importância. Obriga-nos a parar e a reflectir sobre o nosso percurso pessoal e profissional até um momento, permitindo-nos avaliar o nosso “ grau de maturidade pessoal e profissional”.

Desta forma, para o profissional cujas directrizes principais são a vontade, perseverança e dignidade, a sua dissertação poderá ser sempre uma obra em construção.

AGRADECIMENTOS

*"Há pessoas que nos falam e nem as escutamos;
Há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam;
Mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossa vida;
E nos marcam para sempre."*

Cecília Meireles

O nosso reconhecimento e agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, deixando o testemunho de gratidão aos que mais de perto acompanharam a nossa caminhada:

Ao meu filho Miguel por ser o Sol de todas as minhas realizações pessoais e profissionais.

À minha família, ao meu irmão, principalmente aos meus pais, que me ensinaram os valores em que assenta a minha forma de intervir, pelo seu amor e carinho incondicionais, que me guiaram nesta e noutras caminhadas.

Aos meus amigos, em especial à Cila pelo enorme suporte em dias bons e menos bons, pelo incentivo e força constante ao longo deste período.

À minha colega e amiga Catarina pela sua cumplicidade e pelo ombro amigo que sempre me disponibilizou.

Ao Jorge, com quem partilhei as emoções mais fortes dos últimos tempos.

À Universidade Aberta, em particular aos professores do Mestrado de Comunicação em Saúde, pelos ensinamentos transmitidos, pela magnífica ajuda, espírito crítico, incentivo e permanente disponibilidade dispensada ao longo de todo o Mestrado, fornecendo-nos as bases teóricas fundamentais para realização e viabilização desta investigação.

Um agradecimento muito especial á Prof.^a Dr.^a Natália Ramos, directora deste Mestrado, que nos acompanhou neste trabalho, desde o início, tendo-nos disponibilizado inúmeras horas de preciosa colaboração, que nos deu, com todo o saber e experiência através de valiosas críticas e sugestões que muito beneficiaram esta dissertação.

Ao Conselho de Administração do HGO.EPE e Direcção do Serviço de Pneumologia, na pessoa do seu Director Doutor Jorge Roldão Vieira, pela disponibilização dos recursos que tornaram possível a realização desta investigação.

Gostaria de deixar aqui bem expresso o meu profundo reconhecimento ao Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno, pela mestria, dedicação e sapiência a que se devem os elementos mais positivos de orientação deste trabalho.

Aos colegas e Amigos, Laura e Jorge pela preciosa ajuda na revisão e tratamento estatístico deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado, pela camaradagem vivida e partilhada, nos momentos bons e menos bons deste patamar académico.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao grupo de doentes que amavelmente de forma imediata, se prontificaram em colaborar na realização deste trabalho de investigação.

RESUMO

O presente estudo procura analisar a comunicação que se estabelece entre os Técnicos de Saúde – Cardiopneumologistas e os doentes, na prática de exames complementares de diagnóstico e terapêutica da área da Pneumologia – Provas de Função Respiratória (PFR) – Espirometrias.

Este estudo desenvolve-se na área da comunicação em saúde, centrando-se na importância dos factores comunicacionais na relação entre o doente e os prestadores de cuidados, na satisfação percebida pelo doente, enquanto indicadores da qualidade dos serviços.

Inserir-se no âmbito do Estudo Funcional Respiratório (EFR) e circunscreveu-se apenas à técnica da Espirometria, que sendo uma das técnicas mais utilizadas, é também muito influenciada pelo desempenho do doente e do CPL.

O estudo teve lugar no laboratório de função respiratória do Hospital Garcia de Orta onde a autora desempenha a sua actividade profissional. Partindo de uma contextualização teórica em que se analisa o processo de comunicação e toda a sua envolvente.

Foi dado especial relevo às relações interpessoais, às diferentes formas de comunicação, às atitudes e crenças, às emoções e à tecnologia de diagnóstico nomeadamente à correspondente à Cardiopneumologia (CPL).

O modo de comunicar e de agir de um indivíduo com outro promove o êxito ou o fracasso da relação interpessoal.

Durante a interacção humana, gestos e voz são simultaneamente utilizados para expressar não só informação verbal, mas também aspectos comunicativos importantes que enriquecem, complementam e clarificam a conversação. De entre estes aspectos comunicativos não linguísticos encontra-se o estado emocional do falante, que se manifesta através da modulação de diferentes canais de comunicação, incluindo a expressão facial e a entoação.

Foram estudados doze doentes durante a realização de Espirometrias, através de um estudo exploratório.

Os objectivos do estudo foram:

- Verificar se o acolhimento, a integração e a explicação dada ao doente no laboratório de função respiratória, influenciam os resultados,
- Verificar se durante a realização da Espirometria, sendo a comunicação/explicação, transmitida pelo CPL considerada uma parte importante deste, influencia o desempenho e a satisfação do doente e por sua vez, a fidedignidade dos resultados,
- Verificar se para além da comunicação, existem outros factores que influenciam no desempenho e na satisfação do doente, sendo assim necessário alterar a forma de comunicar com os doentes para promover uma melhor colaboração nestes exames,
- Verificar se o tipo de acolhimento dado aos doentes pode ser influenciado pelo número de exames diários realizados no laboratório.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa e os resultados obtidos confirmaram maioritariamente as expectativas.

Palavras – chave: espirometria, comunicação, desempenho, emoções, satisfação, inter – relação C.P.L / doente

ABSTRACT

The present study aims at analyzing the communication process taking place between health professional in cardiopneumology (CPL) and the patients, during routine tests for diagnosing purposes, and for complementary exams and treatment in the field of Pulmonary Respiratory Function - Spirometry.

It was hypothesized that the quality of communication between patient and professionals would have a positive impact on the satisfaction of the patient as well as on the level of the understanding of the practice, particularly in the case of spirometry where the cooperation of the client is of the utmost importance

The study was conducted in the Hospital Garcia de Orta, where the author works, using an observational technique followed by questionnaires that the patients were asked to answer about their satisfaction and level of anxiety experimented

Five sessions out of twelve exams were video recorded for further examination. Verbal and non verbal communication and technical skills of the professionals were the independent variables to be related with the attitudes and the behaviours of the patients

The analysis of the results confirmed the hypothesis. Although, in broad terms, and due to the skills of the well trained professionals, no particularly negative results were to be expected, the technique of recording the exams permitted a more detailed assessment of the practices that contributes to improve the performance mostly in what concerns the way of communicating with the patients.

Keywords: spirometry, communication, performance, satisfaction, observational techniques

ABREVIATURAS

- AARC** – American Association for Respiratory Care
- APTEC** – Associação Portuguesa de Técnicos de Cardiopneumologia
- ATS** – American Thoracic Society
- CMM** – Modelo de Gestão Coordenada dos Significados
- CPL** – Cardiopneumologia / Cardiopneumologista
- CPT ou TLC** – Capacidade Pulmonar Total
- CV** – Capacidade Vital
- CVF ou FVC** – Capacidade Vital Forçada
- CVL** – Capacidade Vital Lenta
- DEMI ou PEF** – Débito Expiratório Máximo Instantâneo
- DIMI ou PIF** – Débito Inspiratório Máximo Instantâneo
- EFR** – Estudo da Função Respiratória
- EPE** – Entidade Publica Empresarial
- ERS** – European Respiratory Society
- HGO** – Hospital Garcia de Orta
- H L** – Habilitações Literárias
- LFR** – Laboratório de Função Respiratória
- MVV** – Máxima Ventilação Voluntária
- PFR** – Provas de Função Respiratória
- TDT** – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- VC ou TV** – Volume Corrente
- VEMS ou FEV₁** – Volume Expiratório Máximo no 1º segundo
- VR** – Volume Residual
- VRE ou EVR** – Volume de Reserva Expiratório
- VRI ou IRV** – Volume de Reserva Inspiratória

ÍNDICE

PREÂMBULO	1
AGRADECIMENTOS	2
RESUMO.....	4
ABSTRACT	6
ABREVIATURAS	7
ÍNDICE DE TABELAS	12
ÍNDICE DE GRÁFICOS	14
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TÉCNICO PROFISSIONAL	22
CAP. 1 - CARDIOPNEUMOLOGIA	22
1.1 - DEFINIÇÃO DE CARDIOPNEUMOLOGIA	22
1.2 - CARDIOPNEUMOLOGISTAS	23
1.3 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CARDIOPNEUMOLOGIA	24
1.4 - CARACTERIZAÇÃO DA CARDIOPNEUMOLOGIA	27
1.5 - PERFIL DO CARDIOPNEUMOLOGISTA	28
1.6 - ÉTICA E DEONTOLOGIA.....	29
1.7 - INTERACÇÃO CPL/DOENTE.....	32
CAP. 2 - PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	33
2.1- CALIBRAÇÃO DO EQUIPAMENTO	34
2.2- CONDIÇÕES PRÉVIAS Á REALIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA.....	35
2.3- ESPIROMETRIA.....	37
2.4- PARÂMETROS ESPIROMÉTRICOS	39
2.5 - REALIZAÇÃO TÉCNICA DA ESPIROMETRIA	42
2.5.1- CONTROLO DE QUALIDADE NA ESPIROMETRIA	45
2.5.2 - CRITÉRIOS DE ACEITABILIDADE E DE REPRODUTIBILIDADE ...	46
2.6 - GUIDELINES	47
CAP. 3 - DESEMPENHO.....	49
3.1- AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	49

3.2 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA ESPIROMETRIA	49
CAP. 4 - COMUNICAÇÃO	51
4.1 - DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE COMUNICAÇÃO.....	51
4.2 - COMUNICAÇÃO VERBAL.....	55
4.3 - COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL.....	61
4.4 - COMPORTAMENTO NA RELAÇÃO INTERPESSOAL.....	65
4.5 - IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	67
4.6 - RELAÇÕES HUMANAS NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO E TERÂPEUTICA.....	69
4.7 - A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE	75
CAP. 5 - SATISFAÇÃO	78
5.1 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO.....	78
CAP. 6 - EMOÇÕES.....	82
6.1 - CONCEITO, IMPORTÂNCIA E EXPRESSÃO FACIAL	82
CAP. 7 - ATITUDES E CRENÇAS	89
7.1- RELAÇÃO ENTRE CRENÇAS/ATITUDES/COMPORTAMENTOS E EXAMES DE DIAGNÓSTICO	94
7.2 - IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NAS CRENÇAS E ATITUDES RELATIVAS AOS EXAMES DE DIAGNÓSTICO.....	98
CAP. 8 - METODOLOGIA FÍLMICA NA PESQUISA.....	101
CAP. 9 - ALMADA – HOSPITAL – HOSPITAL GARCIA DE ORTA	104
9.1 - BREVE RESENHA HISTÓRICA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA .	105
9.2 - O HOSPITAL GARCIA DE ORTA NO CONTEXTO DA UNIDADE DE SAÚDE DE ALMADA, DA PENÍNSULA DE SETÚBAL E DA REGIÃO A SUL DO TEJO	107
CAP. 10 - LABORATÓRIO DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	110
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	111
CAP.1 – METODOLOGIA.....	111
1. 1 - OBJECTIVO DA INVESTIGAÇÃO	111
1.2 - PROBLEMA – JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	112
1.3 - TIPO ESTUDO	115
1.4 - POPULAÇÃO EM ESTUDO	116
1.5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	117

1.6 - LOCAL DE RECOLHA DA AMOSTRA	117
1.7 - VARIÁVEIS	119
1.8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	119
1.9 - RESULTADOS ESPERADOS	120
1.10 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	121
1.11 - PROCEDIMENTOS	123
2. TRATAMENTO DOS DADOS.....	125
CAP. 2 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	126
2.1 - DOS QUESTIONÁRIOS.....	126
2.2 - DAS OBSERVAÇÕES FÍLMICAS	140
2.3 - ANÁLISE DA CORRELAÇÃO – QUESTIONÁRIOS / EXTRACTOS FÍLMICOS	147
CAP.3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	150
CONCLUSÃO.....	153
ASPECTOS A TER EM CONTA:.....	157
Aspectos Positivos.....	157
Aspectos Negativos	158
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	158
SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....	159
ACÇÕES DE INTERVENÇÃO A IMPLEMENTAR / DESENVOLVER.....	161
BIBLIOGRAFIA	163
FILMOGRAFIA.....	177
ANEXOS	179
ANEXO 1.....	180
Autorizações do serviço	180
Consentimento informado dos doentes	180
ANEXO 2.....	184
Questionário	184

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Realização da Calibração do Espirómetro (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>)	34
Figura 2 – Recolha de dados biométricos (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>).....	35
Figura 3 – Posicionamento do doente (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>)	36
Figura 4 – Espirometria (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>).....	38
Figura 5 – Espirograma 1	39
Figura 6 – Espirograma 2	39
Figura 7 – Volume Expiratório Máximo no 1º Seg. (<i>fonte In http://uacmedihmi.edu/resnhys/encyclopedia/Forced Expiration/Forced Expiration HTML</i>)	40
Figura 8 – Curva Débito Volume	41
Figura 9 – Personalização do Equipamento (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>)	43
Figura 10 – Reprodutibilidade da curva Debito Volume (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>)	44
Figura 11 – Hospital Garcia de Orta EPE (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>)	118
Figura 12 – Laboratório de Função Respiratória (<i>fonte HGO, EPE-LFR</i>).....	118

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra consoante as habilitações literárias.....	128
Tabela 2 – Distribuição da amostra consoante as informações foram dadas a pedido do doente ou por iniciativa do CPL.	129
Tabela 3 – Distribuição da amostra consoante o atendimento foi considerado correcto ou incorrecto.	129
Tabela 4 – Distribuição da amostra consoante o atendimento foi considerado delicado ou indelicado	130
Tabela 5 – Distribuição da amostra consoante o exame foi considerado confortável ou desconfortável.....	132
Tabela 6 – Distribuição da amostra consoante o exame foi considerado fácil ou difícil.	132
Tabela 7 – Distribuição da amostra consoante o exame foi considerado rápido ou demorado.	133
Tabela 8 – Distribuição da amostra consoante as instruções dadas foram consideradas claras ou confusas.....	133
Tabela 9 – Distribuição da amostra consoante as instruções dadas foram consideradas Suficientes ou Insuficientes.	134
Tabela 10 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a ordem de atendimento e o tempo de espera.....	135
Tabela 11 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre as habilitações literárias e as instruções dadas (claras ou confusas).....	136
Tabela 12 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre as habilitações literárias e as instruções dadas (suficientes ou insuficientes).....	137
Tabela 13 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a variável se já sabia o que era um exame de PFR e o que achou em relação ao exame (fácil ou difícil).....	138
Tabela 14 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a variável se já sabia o que era um exame de PFR e o que achou em relação ao atendimento para o exame (correcto ou incorrecto).	139

Tabela 15 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a variável se já sabia o que era um exame de PFR e o que achou em relação ao atendimento (delicado ou indelicado). 139

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra consoante o sexo	126
Gráfico 2 – Distribuição da amostra consoante a faixa etária	127
Gráfico 3 – Distribuição da amostra consoante o tempo de espera.....	131

INTRODUÇÃO

As PFR são um importante meio de avaliação de um grande número de doenças pulmonares, bem como de rastreio de doença em indivíduos com factores de risco associados.

Dos testes que possibilitam estudar a Função Respiratória, destacam-se entre outros: a Espirometria, a Pletismografia Corporal Total e a Técnica de Oscilação Forçada (ex.: Oscilometria de Impulso), entre outros (Ferreira, Cardoso, Rodrigues e Sá, 2002).

Este trabalho de investigação insere-se no domínio das PFR e circunscreve-se apenas à técnica da Espirometria, em virtude de ser uma das técnicas mais utilizadas, e ser também a mais influenciada pelo desempenho do doente e do CPL.

A Espirometria é um elemento indispensável no estudo da Mecânica Ventilatória; reflectindo as propriedades mecânicas do pulmão, sendo muito importante para a avaliação do fluxo expiratório forçado, permitindo a análise simultânea dos valores dos débitos e dos volumes durante os movimentos respiratórios, quer na fase inspiratória quer na fase expiratória, tanto em repouso como a níveis de respiração forçada (Couto e Ferreira, 2004).

Parece-nos oportuno realçar que as “*guidelines*” existentes actualmente para a realização da Espirometria não têm sido elaboradas pelos profissionais que diariamente realizam este tipo de exames. Segundo essas mesmas “*guidelines*”, o Técnico que realiza o estudo da função respiratória – CPL – deve emitir e incluir no resultado do exame, uma opinião sobre a qualidade da prova, no que diz respeito ao cumprimento dos critérios de qualidade.

“Report of test results should contain a technologists statement about test quality, (...) and, if appropriate, which criteria were not achieved” (ATS 2000).

Comissões de trabalho de médicos Pneumologistas têm mostrado interesse no estudo da função respiratória, elaborando manuais que abordam critérios de ordem técnica para a realização de Espirometrias, sendo estes amplamente aceites e utilizados nos laboratórios de estudo da função respiratória (Rodrigues, 2000).

No entanto, o papel médico ao nível dos laboratórios de estudo da função respiratória, relaciona-se mais com a análise e interpretação dos resultados da mesma, tendo em vista o diagnóstico clínico, não exercendo um papel directo no contacto com o doente durante a realização do exame.

Desta forma e inserido no âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta, realizámos esta dissertação de mestrado que assenta na seguinte problemática:

O desempenho do doente influencia o resultado e a qualidade da Espirometria, muito particularmente ao nível da Capacidade Vital Forçada (CVF). É importante que os exames tenham qualidade e esta preocupação é expressa nas “*guidelines*” da *American Thoracic Society* (ATS), que desde 1974 faz referência a esta questão, a qual permanece na actualização de 2000. No entanto, não existe referência sobre como avaliar o desempenho do doente, o que na nossa actividade diária, se revela uma preocupação constante.

Uma vez que a literatura existente é omissa quanto à avaliação do desempenho do doente, tentaremos estabelecer um paralelo com a avaliação da aprendizagem (escolar), tendo em vista que na Espirometria, o doente deverá reproduzir aquilo que lhe é ensinado e exemplificado pelo CPL,

“Perhaps the most important component in successful pulmonary function testing is a well-motivated, enthusiastic technician” (Miller et al, 2005).

Este deve instruir o doente sobre as manobras que irá realizar, demonstrando-as sempre que necessário e utilizar uma linguagem simples e acessível.

“The interactions between technicians and subjects are crucial to obtaining adequate spirometry, since it is such an effort-dependent manoeuvre. Technicians must be trained and must maintain a high level of proficiency to assure optimal results.” (ATS, 1994).

O CPL faz a avaliação desse desempenho com base na sua sensibilidade e experiência. Para garantir a fidedignidade do exame deve investir na explicação e na exemplificação correcta das manobras, utilizando a comunicação mais adequada.

A comunicação pode ser vista como uma habilidade que se pode melhorar desde que haja disponibilidade, sendo o objectivo, o enriquecimento do próprio indivíduo, do grupo ou da sociedade.

Os outros são tão importantes para nós como nós somos para eles; é através dos outros que medimos o nosso desempenho, tomando consciência do valor da nossa comunicação e interacção, contribuindo para que as relações interpessoais se tornem mais dinâmicas e mais enriquecedoras.

Gerir essas relações de forma harmoniosa e produtiva torna-se um desafio permanente.

Segundo Carapinheiro, citada por Ribeiro (2001), os exames complementares de diagnóstico, são frequentemente, causa de forte ansiedade, por parte do doente, podendo induzir sentimentos de insegurança, medo e até de pânico. Por outro lado, a aparente complexidade tecnológica dos equipamentos, o ambiente, a ansiedade ligada à revelação do diagnóstico e a comunicação que se estabelece durante a realização do exame, marcam, de modo decisivo, o comportamento da pessoa. É, muitas vezes, face a este comportamento que surge a distinção entre “doente colaborante” e “doente não colaborante”, baseada em critérios de maior ou menor colaboração face ao exame.

Segundo Ribeiro (2001), “quando se interrogam os doentes acerca da sua satisfação relativa á hospitalização, referem a alimentação, o tempo de espera, a habitabilidade, entre outros, como factores determinantes na sua apreciação, esquecendo, ou raramente referindo, a competência técnica”.

Este estudo pareceu-nos relevante porque a literatura no caso da Espirometria, é omissa em relação ao estudo/avaliação de parâmetros como a satisfação e a importância da comunicação que se reflecte no desempenho.

A crescente importância da alta tecnologia desumanizou o Hospital, observando-se um certo distanciamento entre o profissional e o doente. Por outro lado, as exigências em aumentar a produtividade dos serviços, influenciam o tempo de execução de cada exame.

Os doentes experimentam frequentemente sensações de angústia, em relação ao exame ou a um possível diagnóstico.

A comunicação CPL/Doente e o desempenho deste último são factores determinantes para a fidedignidade do exame. As PFR/Espirometria são consideradas como exame de primeira linha na avaliação de variadas formas de doença pulmonar. “A

interacção técnico/doente é o factor mais importante para a fiabilidade dos resultados” (Cardoso, Ferreira e Costa, 2006).

O “stress” induz emoções que alteram o comportamento observável e interferem com mecanismos biológicos e cognitivos. Se o “comportamento observável” – elogio – levar o individuo a perceber que “se está a sair bem”, o facto apazigua as emoções negativas, diminui a activação vegetativa e, cognitivamente, propicia a que o individuo substitua os pensamentos de temor por outros que geram confiança e em que reconhece que “está a ultrapassar as dificuldades”.

O “stress” intenso faz com que o comportamento observável passe de adequado a inadequado (Serra, 1999).

Por vezes, a falta de domínio informativo sobre os exames leva a que o doente se mostre mais ansioso. Por outro lado, o facto de vir acompanhado tranquiliza-o mais e apresenta-se com maior segurança.

Todos estes factores motivacionais estiveram subjacentes à escolha do objecto de estudo.

Por último, mas não menos importante, salientamos o interesse pessoal da investigadora não só pela área da saúde – universo que desde muito cedo tem despertado a sua atenção e que esteve na origem da escolha da actividade profissional que exerce há vários anos, como também, por estas problemáticas serem de aplicabilidade diária e se repetirem no seu dia a dia de trabalho.

Pelo facto do estudo ser pioneiro, colocámos algumas questões orientadoras:

1 - Em que medida o acolhimento, a integração e a explicação dada ao doente no laboratório de função respiratória, influenciam o resultado?

2 - Será que durante a realização das Espirometria, sendo a comunicação/explicação, transmitida pelo CPL considerada uma parte importante deste, influencia o desempenho e a satisfação do doente e por sua vez, a fidedignidade do resultado?

3 - Para além da comunicação, será que existem outros factores que influenciam o desempenho e a satisfação do doente, sendo assim necessário alterar a forma de comunicar com os doentes para promover uma melhor colaboração nestes exames?

4 - O tipo de acolhimento e integração dado ao doente poderá ser influenciado pelo número de exames diários?

A pertinência deste objecto de pesquisa resulta, em primeiro lugar, da ausência de trabalhos de investigação realizados, no âmbito desta temática e em segundo lugar, da grandeza da sua originalidade.

Não pretendemos ser exaustivos nas temáticas abordadas, até porque algumas delas, por si só, dariam outros estudos e outras investigações, nesta tão vasta área das ciências sociais. Talvez possamos deixar pequenas “pistas” para outros investigadores interessados nestas problemáticas.

Na I Parte, dedicada ao enquadramento teórico, serão apresentadas as questões centrais da problemática em causa:

- A interacção que se estabelece entre os Cardiopneumologistas e o doente na prática dos exames de Espirometria, dando especial atenção á vertente comunicacional ao nível das pessoas.
- Aspectos relacionados com conceitos de Cardiopneumologia, Comunicação, Desempenho, Satisfação, Emoções, Atitudes e Crenças, Metodologia Fílmica, Cidade de Almada, Hospital – Hospital Garcia de Orta.

O trabalho encontra-se organizado por capítulos, sendo que:

No 1º capítulo identifica-se a área técnica de intervenção dos profissionais que realizam estes exames; Cardiopneumologistas, dando a conhecer um pouco da sua história e fazendo a caracterização da profissão e o perfil do CPL, não esquecendo a ética e deontologia que os rege na interacção com o doente.

No 2º capítulo abordamos, de forma genérica, as PFR – Espirometria, como acto de exame de diagnóstico e a forma como decorrem.

Pareceu-nos útil tecer algumas considerações, embora que breves, sobre as calibrações do equipamento, condições previas à realização do exame de Espirometria,

descrição da realização do exame em si e os diversos parâmetros espirométricos obtidos, o controlo de qualidade, critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade e nomeadamente as “Guidelines” da ATS.

No 3º capítulo abordamos o tema do Desempenho, incluindo a Avaliação do Desempenho na Espirometria e a importância do Elogio.

No 4º capítulo abordamos a comunicação desde o seu vasto conceito, centrando-nos na questão nuclear, que é a Comunicação no contexto envolvente – na forma verbal e não verbal – e a sua importância nas relações interpessoais.

No 5º capítulo tratamos a Satisfação e o seu relacionamento com a comunicação dos profissionais de saúde na prática de exames.

No 6º capítulo abordamos a temática das Emoções, referindo a sua importância e a correlação com as expressões faciais.

No 7º capítulo deu-se relevância às Atitudes e Crenças na relação com os exames de diagnóstico – Espirometrias.

No 8º capítulo evidenciamos a importância da utilização da Metodologia Fílmica na recolha de dados.

No 9º capítulo fazemos uma breve abordagem da Cidade de Almada e da população abrangente com a justificação/razão de ser do HGO.

No 10º capítulo descrevemos brevemente o LFR onde decorreu a investigação.

Na parte II, dedicada à investigação empírica, começou-se por explicar a contextualização dos ambientes em que decorreu, os critérios de inclusão e de exclusão, a metodologia adoptada e a ética envolvida, as estratégias de recolha e análise dos dados, os instrumentos de recolha dos dados e os procedimentos.

Finalizando com o tratamento dos dados, a apresentação e a discussão dos resultados, não menosprezando os aspectos positivos e os aspectos negativos nem mesmo as limitações sentidas e deixando algumas sugestões para estudos futuros e acções de intervenção a implementar/desenvolver.

Por fim, tecemos algumas considerações que emergiram da nossa interpretação dos resultados alcançados. A importância da comunicação dos Cardiopneumologistas (variável Independente) em provas de Espirometria é realmente notória, pois em termos de estatística quando se compara com as variáveis dependentes (desempenho e

satisfação dos doentes) comprovou-se que há uma grande significância, ou seja, uma grande satisfação.

As referências bibliográficas e alguns anexos completarão o trabalho.

Este trabalho de investigação é acompanhado de um documento fílmico, composto por vários extractos fílmicos.

Esperamos desta forma, ter contribuído para o conhecimento da importância do factor comunicação no desempenho dos doentes e dos CPL realizarem Espirometrias, no âmbito da Função Respiratória em Cardiopneumologia.

Parte I – ENQUADRAMENTO TÉCNICO PROFISSIONAL

Impacto de Factos Psicológicos nas Práticas Comunicacionais

REVISÃO DA LITERATURA

*"A sabedoria de um homem, não é proporcional à sua experiência,
mas sim à sua capacidade de adquirir essa experiência".*

Shakespeare

CAP. 1 - CARDIOPNEUMOLOGIA

*"A grandeza de uma profissão é talvez, antes de tudo, unir os homens: não há senão
um verdadeiro luxo e esse é o das relações humanas".*

Antoine De Saint-Exupéry

1.1 - DEFINIÇÃO DE CARDIOPNEUMOLOGIA

A Cardiopneumologia é uma profissão da área das Tecnologias da Saúde.

Os Cardiopneumologistas estão integrados na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

As Tecnologias da Saúde e a carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) são tuteladas pelo Ministério da Saúde.

1.2 - CARDIOPNEUMOLOGISTAS

Uma das consequências da evolução das sociedades foi a exigência de criação de locais próprios de atendimento do doente, pois a necessidade de se recorrer aos cuidados de saúde tornou-se cada vez maior.

O Hospital não foi sempre o Hospital de hoje. Foi já guarida indiscriminada de indigentes, loucos e inválidos, crianças abandonadas e velhos que podiam ou não ser doentes.

Foi também aquilo a que alguém chamou “museu da doença”, cheio de indigentes, que disponibilizavam o seu corpo ao clínico e no qual ele se exercitava no reconhecimento e classificação de doenças. E só no momento em que o Hospital se transforma e consolida como espaço de diagnóstico e de determinação terapêutica, é que se põe na sua análise e vida, a questão da sua vocação assistencial, como um direito de toda a sociedade.

O avanço das Ciências Médicas e da Tecnologia transformou gradualmente o Hospital numa Instituição dinâmica e evolutiva.

Transformado também em parte num fenómeno económico, o Hospital importa modelos e técnicas de organização do trabalho típicas do mundo industrial, onde a racionalização dos recursos humanos e materiais se torna prioridade, face á escassez dos recursos disponíveis.

Ao mesmo tempo que se foi apetrechando com equipamentos cada vez mais sofisticados e actualizados, foi exigindo profissionais com preparação específica e actualizada, a fim de responder adequadamente às crescentes exigências do meio. Assim, desponta a necessidade de preparação de pessoal qualificado, compatível com um grande número de funções cada vez mais diferenciadas. Isto implica a formação de profissionais com a especificidade das funções a que se destinam.

Neste contexto, surgem novas profissões, consentâneas com a exigência científica e tecnológica do mundo actual. Desta exigência científica e tecnológica do mundo actual, nasce um grupo socioprofissional diversificado, constituído por ramos de actuação, no âmbito dos TDT.

A área da cardiologia, não permanecendo indiferente a toda esta evolução, vê-se confrontada com a necessidade de preparar pessoal Técnico “Os Cardiopneumografistas” para dar resposta, em termos adequados, às exigências do sector. A Cardiopneumografia abrange não só a área da Cardiologia, como também a da Pneumologia e Cirurgia Torácica, sendo a intervenção dos técnicos cada vez mais, de maior complexidade.

A complexidade e especificidade levam a sub – especializações dentro da mesma área de actuação. Inseridos numa equipe, cada um, na sua valência, apenas se ocupa de uma parte do doente no processo de diagnóstico e terapêutica.

Os Cardiopneumologistas, a exemplo de outros TDT, têm vindo a desempenhar sucessivos papéis, assumindo hoje, reconhecida competência técnica e científica, o que lhes confere elevado grau de autonomia.

1.3 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CARDIOPNEUMOLOGIA

"Uma caminhada de mil milhas começa por um único passo"

Provérbio chinês

O curso de Cardiopneumologia remonta as suas origens ao ano de 1953, quando surgem nos Hospitais Cívicos de Lisboa os primeiros Ajudantes Técnicos de Cardiologia. Posteriormente, na década de 1960 surgem os primeiros laboratórios integrados nos serviços de cardiologia e de pneumologia, onde estavam integrados os Ajudantes Técnicos de Cardiologia, e que participavam na realização de determinadas técnicas, tais como Electrocardiografia, Fonocardiografia, Vectocardiografia e Hemodinâmica.

A par dos Ajudantes Técnicos de Cardiologia surgiam, também, os Ajudantes Técnicos de Pneumologia estando direccionados para os Laboratórios de Provas Funcionais Respiratórias. Durante o ano de 1962 criam-se os “centros de preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos” e no ano seguinte, surge a regulamentação dos mesmos. Porém, além da criação destes centros no início da década de 1960, o primeiro curso oficial de Auxiliar de Cardiologia foi ministrado no ano de 1971.

A regulamentação dos estatutos do Técnico e Auxiliar de Medicina ocorre durante o ano de 1973 (Portaria nº728/73 de 22 de Outubro). No ano seguinte e logo após a revolução de Abril origina-se no Porto, o Sindicato dos Técnicos Paramédicos, primeira instituição de defesa dos direitos de todos os Técnicos de Medicina.

A regulamentação da “carreira dos Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica” ocorre durante o ano de 1977 (Dec. Lei. Nº.87/77 de 30/9). Esta regulamentação veio fazer com que no ano seguinte fosse ministrado o primeiro curso de Técnico de Cardiologia, no “centro de preparação de Técnicos Auxiliares nos serviços clínicos dos Hospitais Cívicos de Lisboa”.

Durante o ano de 1980 ocorre a criação dos núcleos de formação para ministrar os Cursos de Promoção (Portaria nº.217/80 de 3/5), que levou posteriormente á criação dos “Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica”. Dois anos depois ocorre a criação das “Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde”, sendo assim ministrados estes cursos em instituições académicas semi-dependentes dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Em 1984, os Técnicos passam a integrar os júris de concurso de pessoal, devido a regulamentação das normas para os concursos do pessoal Técnico Auxiliar dos Serviços de Diagnóstico e Terapêutica (Despacho nº.18/84 de 20/7).

No ano seguinte ocorre a primeira reestruturação da “carreira de TDT”, em que estes passam a integrar o “pessoal técnico”. Esta reestruturação funde os Radiografistas e os Pneumografistas em Técnicos de Cardiopneumografia (Dec. -lei nº. 384-B/85 de 30/9).

No ano de 1986 definem-se os conteúdos funcionais e das competências técnicas (Portaria nº. 256-A/86 de 28/5). Ocorre também a regulamentação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, em que define que o acesso a este curso está condicionado à posse de 12º ano de escolaridade, criando-se também em paralelo o “Curso Complementar de Ensino e Administração (Portaria nº. 548/86 de 24/9). O primeiro grau de autonomia desta carreira surge em 1987 que corresponde ao processo de classificação de serviço do pessoal TDT (Portaria nº 120/87 de 23/2).

No mesmo ano surge a Associação Portuguesa de Técnicos de Cardiopneumologia - APTEC, associação profissional que visa a defesa e ajuda aos técnicos.

No primeiro ano da década de 1990 e segundo o Dec. Lei nº.203/90 de 20/6 ocorre a revalorização da carreira dos TDT e a sua instituição como corpo especial. Surgem regras para recrutamento e selecção do pessoal da carreira de TDT (Dec. Lei nº.235/90 de 17/7), ocorrendo desta forma o segundo grau de autonomia, sendo que os júris passam obrigatoriamente a ser constituídos apenas por TDT.

Durante o ano de 1992 dá-se a regulamentação do regime de duração semanal de trabalho acrescido (Dec.Reg nº. 7/29 de 23/4) e a reformulação dos planos de estudo das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (Portaria nº. 474/92 e 5/6). No ano seguinte pelo Dec. -Lei nº. 261/93 de 24/7 ocorre a regulamentação do exercício das actividades paramédicas e pelo Dec. -Lei nº. 415/93 de 23/12 as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde integram-se no sistema educativo nacional, integrando o ensino superior politécnico. Nos anos seguintes de 1994 e 1995 são criados e regulamentados os cursos ministrados pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (Portaria nº. 791/94 de 5/9) e é alterada a legislação que estabelece regras a que se deve obedecer o processo de recrutamento e selecção do pessoal da carreira de TDT (Dec. -Lei nº. 14/95 de 21/1).

A equiparação ao grau de bacharel dos cursos das Escolas Superiores de Saúde de Porto, Lisboa e Coimbra e da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (Portaria nº. 363/98 de 26/6) e o regulamento geral dos cursos Bietápicos de licenciatura das Escolas de Ensino Superior Politécnico (Portaria nº. 413-A/98 de 17/7) ocorreu durante o ano de 1998.

No ano seguinte são regulamentadas as profissões técnicas de diagnóstico e terapêutica e criação do conselho nacional das profissões de diagnóstico e terapêutica como órgão de apoio ao Ministro da Saúde (Dec. -lei nº. 320/99 de 11/8).

Neste mesmo ano é fundada a primeira escola privada Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM) a leccionar o curso de Cardiopneumologia.

O regulamento geral dos cursos Bietápicos de licenciatura em tecnologias da saúde é aprovado no ano 2000 pela Portaria nº. 3/2000, de 4/1, assim como regulamentando o estatuto legal da carreira de TDT (Dec. -Lei nº. 564/99 de 21/12).

Neste momento, são sete o número de instituições, a leccionarem este curso, sendo elas, quatro públicas (Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Escola

Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), e três instituições privadas (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa e Escola Superior de Saúde Egas Moniz).

Neste momento, o curso de Cardiopneumologia está direccionado para oito áreas, quatro para a vertente de cardiologia (Hemodinâmica, Estudos Electrofisiológicos e “Pacing”, Electrocardiografia e Ecocardiografia), duas na vertente de pneumologia (Estudos Funcionais Respiratórios e Polissonografia), uma na área de Cirurgia Cardiorácica (Perfusão) e outra na área Cirurgia Vascular (Angiologia).

1.4 - CARACTERIZAÇÃO DA CARDIOPNEUMOLOGIA

A actividade de um Técnico de Cardiopneumologia centra-se no desenvolvimento de actividades técnicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões.

Contempla actividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação.

Desenvolve também acções terapêuticas específicas, no âmbito da Cardiologia, Pneumologia e Cirurgia Cardiorácica. " (legislação já desajustada da realidade mas ainda em vigor - Decreto-Lei nº. 564 / 99, de 21 de Dezembro).

É uma actividade que abarca muitas áreas diferentes, levando por vezes os seus profissionais a lutar pela execução de tarefas na área que mais os motiva, ou com que mais se identificam.

Por exigência da sua qualificação específica – com uma formação altamente tecnicista – pelo seu estatuto social e técnico dentro e fora dos hospitais, pela expectativa que o doente põe nele e pela pressão que a própria instituição exerce sobre ele não pode deixar de cuidar bem, ou seja contribuir para o bem estar do doente.

Hoje, o doente já não é “passivo”.

Estes profissionais estabelecem uma relação com o doente, na qual habitualmente interfere um equipamento tecnológico, mais ou menos sofisticado assim como o processo da sua utilização.

O investimento na promoção da dimensão humana, da relação levará a valorizar o momento e a qualidade do acolhimento, a relação de proximidade, física ou de comunicação, nas palavras, nos gestos, nos contactos, na postura, na empatia psíquica e afectiva.

1.5 - PERFIL DO CARDIOPNEUMOLOGISTA

O profissional de Cardiopneumologia deve actuar em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhe conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção.

A Cardiopneumologia incide sobre cinco áreas específicas:

1. Estudos da função respiratória e do sono;
2. Estudos ultrassonológicos vasculares;
3. Estudos não invasivos cardiovasculares;
4. Estudos e intervenção invasiva cardiovascular;
5. Estudos e intervenção em perfusão cardiovascular.

Para o processamento de sinais fisiológicos e anatómicos, através de metodologias de estudos laboratoriais, a actividade laboral assenta na mobilização de conhecimentos científicos e tecnológicos, tais como: biologia humana, anatomia, fisiologia, biofísica, bioquímica, farmacologia, fisiopatologia cardiovascular, respiratória e neurológica, metodologias tecnológicas invasivas e não invasivas de estudo cardiovascular, modelos de estudo da função respiratória e do sono, metodologias tecnológicas de intervenção extra corporal e de órgãos artificiais.

Os principais actos do CPL incluem procedimentos específicos no âmbito anteriormente descrito, implicando responsabilidade clínica, ética e deontológica. No que respeita à designação profissional, o título, Técnico de Cardiopneumologia, não reflecte a natureza da profissão.

A utilização do termo CPL é o actualmente adoptado pela respectiva Associação Profissional (APTEC). No entanto, poder-se-á assumir no futuro uma designação distinta das actualmente utilizadas.

As actividades específicas destes profissionais são caracterizadas por uma forte componente tecnológica que justifica por si só a especialização.

O CPL aplica métodos e técnicas de diagnóstico em medicina através de equipamentos com uma base electrónica e informática, em alguns casos com elevado grau de sofisticação, com vista a obter dados e / ou imagens que permitam fazer o diagnóstico médico. Actividades que pressupõem conhecimento aprofundado do sistema de funcionamento dos equipamentos no que se refere aos princípios, aplicações e componentes.

A execução das actividades requer da parte dos técnicos a aplicação de algoritmos quando da execução dos procedimentos respeitantes ao funcionamento do equipamento, capacidade de descodificação e interpretação de linguagens transmitidas pelos mesmos e reconhecimento e interpretação dos resultados, de modo a avaliar e melhorar a qualidade dos resultados (*in* <http://www.aptec.pt>).

1.6 - ÉTICA E DEONTOLOGIA

Permite compreender o quadro conceptual de valores em que se enquadra a Cardiopneumologia, a conduta profissional, as boas práticas profissionais e os requisitos legais para a prática profissional.

O CPL deve seguir o seguinte perfil profissional:

- Actuar integrado numa equipa de saúde multidisciplinar, ao nível da identificação e resolução de problemas da comunidade, no âmbito do plano de diagnóstico e terapêutica das doenças do foro cardiovascular e respiratório;

- Desenvolver actividades autónomas, aplicadas ao doente, no contexto do estudo morfo-funcional e fisiopatológico do coração, vasos e pulmões, competindo-lhe, o planeamento, a programação, a execução e análise de meios complementares de diagnóstico e sua avaliação, bem como o desenvolvimento de acções terapêuticas específicas (efectuando a avaliação dos resultados, dos métodos e das técnicas em função da prescrição médica, elaborando relatórios técnicos sobre os dados obtidos, as condições de realização dos exames e os eventos observados).

Neste contexto, o graduado do primeiro ciclo deve ter competência para actuar nas seguintes áreas:

- o Estudos da função respiratória
 - o Estudos do sono e acções terapêuticas específicas, no âmbito das alterações ventilatórias
 - o Estudos morfofuncionais vasculares não invasivos
 - o Estudos cardiovasculares não invasivos
 - o Estudos em perfusão cardiovascular
- Para além dos dois domínios de intervenção referidos, do diagnóstico e da terapêutica, deve também intervir ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde, na investigação, na gestão e no ensino;

 - Desenvolve actividades, aplicadas ao doente, em colaboração com outros profissionais de saúde, no contexto do estudo morfo-funcional e fisiopatológico cardiovascular e acções terapêuticas específicas invasivas, participando no seu planeamento, programação, execução e análise;

- Concebe e desenvolve programas de educação para a saúde, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença;
- Participa, no âmbito da sua área de intervenção, em programas de investigação;
- Colabora na gestão dos serviços de saúde onde se encontra integrado e ainda na formação e ensino dos seus pares;

A ética em CPL centra-se no relacionamento com doentes do foro cardio-respiratório que ainda são entendidos como doentes especiais, quer pelos próprios quer pelos familiares. Aos poucos, este sentimento vai diminuindo mas, em muitos casos, a qualidade de vida destes doentes é muito afectada, e os próprios métodos de estudo, por serem tão sofisticados, criam no doente situações de expectativa que exigem o apoio dos profissionais.

Com frequência, é no profissional de CPL que ele procura o confidente, em resultado de não ter coragem de colocar ao médico certos problemas e dúvidas. Quer o doente do foro cardíaco quer o doente do foro respiratório são indivíduos ansiosos, a necessitar de apoio psicológico ou mesmo psiquiátrico e deve haver o discernimento necessário para encaminhar o doente para o local de tratamento.

Colocam-se também as prevalências nos cuidados nas aplicações das tecnologias necessárias, de modo a provocar no doente o mínimo de sofrimento e dor.

O desenvolvimento de actividades tecnológicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiológica do coração, vasos e pulmões e de actividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de acções terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiorácica colocam, per si, problemas específicos em que se destaca a frequência da sala de operações.

1.7 - INTERACÇÃO CPL/DOENTE

Durante a interação humana, gestos e voz são simultaneamente utilizados para expressar não só informação verbal, mas também aspectos comunicativos importantes que enriquecem, completam e clarificam a conversação. De entre estes aspectos comunicativos não linguísticos encontra-se o estado emocional do falante, que se manifesta através da modulação de diferentes canais de comunicação, incluindo a expressão facial (Ekman, 1993) e a entoação (Scherer, 1986, 1995).

Num processo de comunicação, a interação e o relacionamento entre comunicadores passa pela gestão de significados que cada um consegue fazer. De acordo com a teoria de Pearce (1984), chamada de “gestão coordenada de significados”, todas as trocas significativas que ocorrem entre os actores envolvidos no processo de comunicação, resultam de um percurso por eles construído.

Raramente partilhamos o pensamento do doente. Quase nunca verificamos o que ele compreendeu. (Tate, 2004)

Segundo Ribeiro (2001), o CPL, na transacção comunicacional com o doente, tem presente o traço de personalidade que o caracteriza e assume-se como um técnico de saúde despojado de preconceitos que prejudiquem a comunicação. Não se sentindo um “especialista”, sabe ouvir o interlocutor, interpretar e compreender as suas queixas, o seu sofrimento, o seu sentir e orienta a sua intervenção com vista ao correcto desempenho da sua profissão.

A interação técnico/doente é o factor mais importante para a fiabilidade dos resultados (Cardoso, A. Ferreira, J; Costa, R., 2006).

Os profissionais de saúde, na sua prática diária, isolados ou integrados em equipa, funcionam como sistema interventor ao qual recorrem os que necessitam de prestação de cuidados de saúde. Se atendermos a que esta interação só é possível se sustentada por um sistema de comunicação, importará conhecer os actores sociais e os modelos comunicacionais que se estabelecem.

CAP. 2 - PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

*"É a Doença que torna a saúde agradável e boa,
o mesmo faz a fome com a saciedade e o cansaço com o repouso"*

Heráclito

O recurso a exames complementares de diagnóstico é uma prática da medicina moderna e visa alcançar informações para poder estabelecer o diagnóstico. No entanto, tal decisão também se pode enquadrar numa necessidade de acautelar eventuais responsabilidades na medicina, em que um erro de diagnóstico pode ser atribuído à inespecificidade ou à escassez de exames complementares (Ribeiro, 2001).

Os exames complementares de diagnóstico surgem num contexto de avaliação (prognóstico, diagnóstico) de determinada afecção, ou de um modo mais abrangente, no caso de estudos epidemiológicos.

A evolução tecnológica do último século tem marcado profundamente o mundo em que vivemos e proporcionado experiências inimagináveis. Nem a fértil imaginação de Júlio Verne poderia projectar no futuro aquilo que graças à tecnologia dispomos no presente. (Ribeiro, 2001)

O desenvolvimento tecnológico veio criar uma nova era na avaliação dos sintomas.

Tradicionalmente, esperava-se pelo seu aparecimento para serem investigados. Actualmente, podemos dizer que se caminhou do exterior do corpo para o seu interior, na busca antecipada dessas mesmas manifestações clínicas. Dito de outra forma, antes do aparecimento da doença, devem-se pesquisar sinais e vestígios internos que possam conduzir a alterações patológicas de órgãos ou sistemas.

Isto só é possível, graças à tecnologia hoje disponível, que recorrendo a técnicas altamente diferenciadas, permite observar, fotografar e recolher amostras em zonas, camadas e interstícios por mais recônditos que sejam.

No entanto, torna-se fundamental que a tecnologia não invada desenfreadamente as relações interpessoais, criando barreiras à comunicação.

deve ser confundido com o controlo de qualidade que só avalia a função do instrumento após este ter sido calibrado (Reis Ferreira et al, 1999).

A calibração do Espirómetro (equipamento para realizar Espirometrias) é mecânica (manual). É uma calibração volumétrica, realizada diariamente ou sempre que se justifique, que utiliza uma seringa de volume conhecido e que permite detectar precocemente avarias ou variações mínimas e padronizar os resultados (American Association for Respiratory Care (AARC), 1996, ATS, 2000). A seringa de calibração utilizada, deve permanecer no local do aparelho e ser aferida frequentemente através de testes de fugas. (ver figura 1)

2.2 - CONDIÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA



Figura 2 – Recolha de dados biométricos (fonte HGO, EPE-LFR)

Quando o doente se dirige ao Laboratório de Estudo da Função Pulmonar deve ser recebido de forma cortês após o que, o técnico de CPL regista os dados biométricos: (ver figura 2) a altura, o peso, a idade, o sexo e a raça, com vista à obtenção dos valores de referência.

Nesta altura faz uma breve abordagem sobre o exame. Posteriormente, posiciona o doente confortavelmente sentado, com o tronco direito e a cabeça em ligeira extensão e tendo atenção a que nenhuma peça de roupa restrinja os movimentos torácicos ou abdominais (ver figura 3).

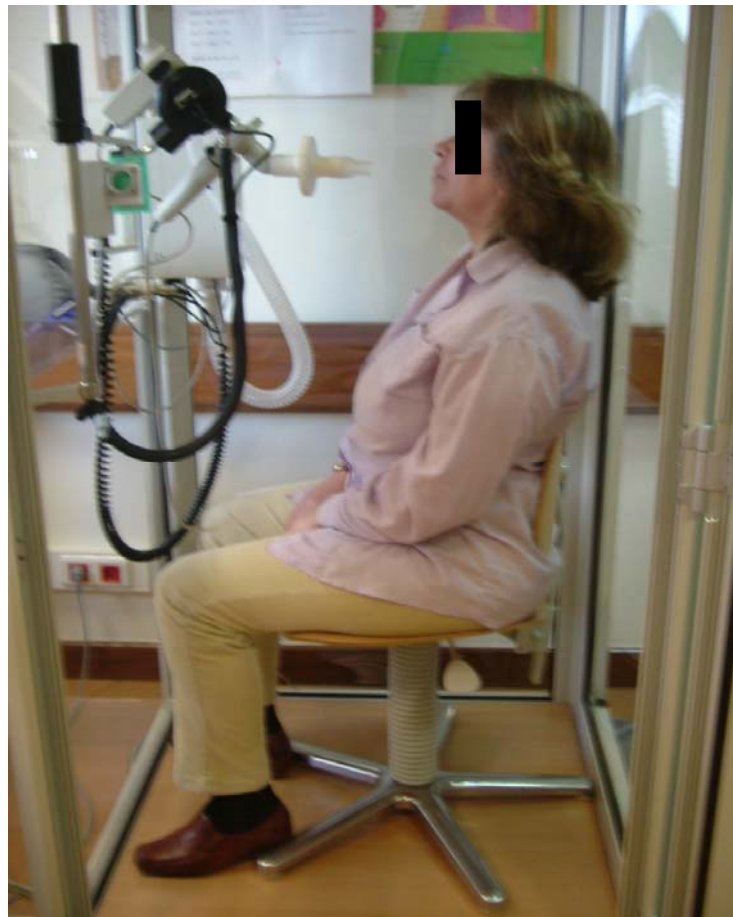


Figura 3 – Posicionamento do doente (fonte HGO, EPE-LFR)

Depois de devidamente posicionado, para o exame que vai realizar, deve ser agora, claramente instruído com detalhe sobre os procedimentos. É um erro pensar-se que a colaboração depende apenas do doente. “*Interaction between the technologist and*

patient are important in obtaining acceptable and reproducible data; technologists should display a high level of motivation in regard to eliciting maximal effort from the patient.” (ATS, 2000).

É fundamental que o técnico explique claramente (utilizando uma linguagem adequada, clara e concisa), demonstre e posteriormente avalie as manobras ventilatórias realizadas pelo doente, para tornar a explicar e demonstrar, se isso se revelar necessário.

Atendendo a que se espera que o doente aprenda as manobras ventilatórias, o técnico deve ter em consideração que: se aprende melhor aquilo que não só se ouve, mas se vê e, melhor ainda, se pratica. *“Spirometry - Capacidade Vital (VC), Capacidade Vital Forçada (FVC), and Máxima Ventilação Voluntária (MVV) is an effort-dependent test. It requires cooperation and understanding by the patient; appropriate patient effort depends on instruction and communication with the technologist.”* (ATS, 2000).

A Espirometria apesar de ser considerado um exame simples, depende totalmente do esforço do doente e do CPL, pelo que o técnico deve investir no ensino correcto das manobras e na avaliação da sua execução.

2.3 - ESPIROMETRIA

As Provas Funcionais Respiratórias incluem um conjunto de exames, entre os quais a Espirometria. (ver figura 4). É certamente a técnica mais vulgarizada, um exame clássico, pouco dispendioso e o ponto de partida para qualquer estudo funcional respiratório, atendendo aos parâmetros que através dela se determinam. Segundo a ATS (2000) a Espirometria, é uma técnica que permite a avaliação de volumes pulmonares e débitos.

Os volumes pulmonares podem ser: *volumes estáticos* - volumes medidos em condições em que não se entra em conta com a velocidade a que são mobilizados (ver figura 5) e *volumes dinâmicos* - medidos em movimentos respiratórios rápidos (ver figura 7) (Rodrigues, F. 2000).



Figura 4 – Espirometria (fonte HGO, EPE-LFR)

“A Espirometria é uma técnica que fornece uma medida objectiva da função do pulmão. À medida que o exame de função respiratória se foi enriquecendo com a aquisição de parâmetros mais objectivos, a avaliação da mesma passou a determinar-se de forma mais criteriosa e objectiva, mas nem por isso deixou de estar isenta de dificuldades e de erros por vezes irreparáveis.” (Couto e Ferreira, 1992).

Indicações da Espirometria:

- Detectar a presença ou ausência de disfunções pulmonares sugeridas pela história clínica, sinais físicos ou sintomas
- Detectar doença precoce em indivíduos aparentemente saudáveis inseridos em grupos de alto risco
- Esclarecer o diagnóstico de doentes com tosse crónica, para confirmar o diagnóstico de asma e controlar a sua evolução
- Quantificar a severidade da doença pulmonar conhecida
- Confirmar ou excluir a presença de obstrução à passagem do fluxo aéreo em fumadores com sintomas respiratórios, na avaliação de doentes pulmonares crónicos obstrutivos e doentes com doenças intersticiais difusas.
- Identificar doentes com maior risco cirúrgico e de complicações pulmonares pré-operatórias

- Avaliar a incapacidade
- Avaliar o controlo terapêutico
- Avaliar os efeitos ou resposta à exposição a poeiras ou químicos no ambiente profissional ou ocupacional (AARC, 1996; ATS, 2000).

2.4 - PARÂMETROS ESPIROMÉTRICOS

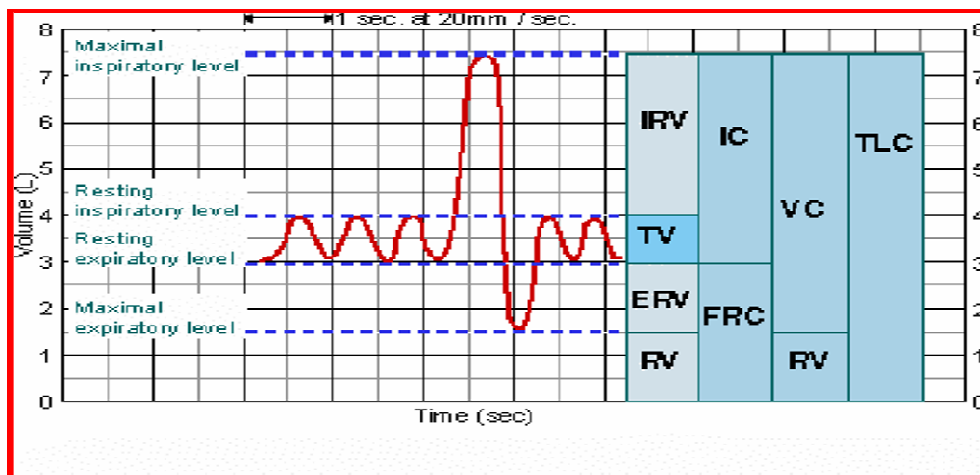


Figura 5 – Espirograma 1

(fonte in <http://www.rc.utmb.edu/courses/hubsphy.siol/rcphysiol/sld053.htm>)

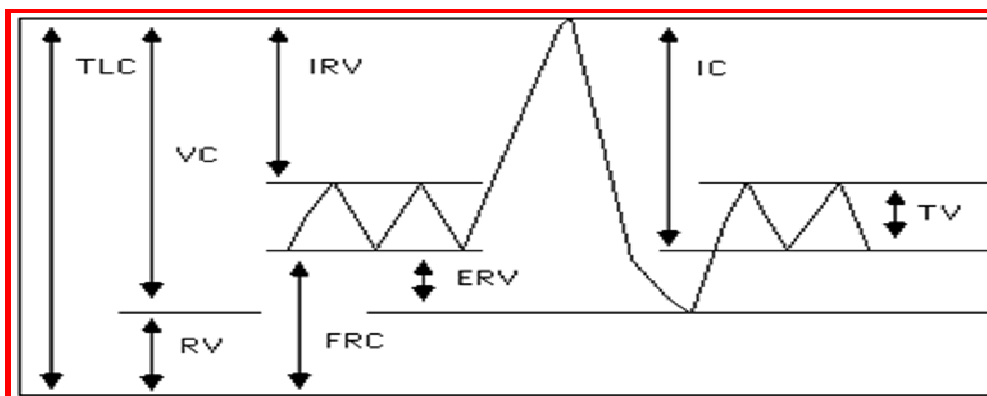


Figura 6 – Espirograma 2

(fonte in <http://www.rc.utmb.edu/courses/hubsphy.siol/rcphysiol/sld053.htm>)

Os volumes pulmonares estáticos são, o **Volume Corrente** (VC ou VT), que se refere ao volume de ar inspirado e expirado em cada ciclo respiratório (Ruppel, 1997), o **Volume de Reserva Inspiratória** (VRI ou IRV), ou seja, o volume que parte do final de uma inspiração normal atinge a **Capacidade Pulmonar Total** (CPT ou TLC), o **Volume de Reserva Expiratória** (VRE ou ERV), volume expirado a partir do final de uma expiração normal até ao máximo possível da expiração (Couto e Ferreira, 1992). (ver figura 5 e 6)

O volume pulmonar dinâmico mais importante que podemos avaliar na Espirometria é o **Volume Expiratório Máximo no 1º Segundo** (VEMS ou FEV1), que se refere à máxima quantidade de ar em litros que, partindo de uma inspiração máxima, pode ser expulso no primeiro segundo. (ver figura 7)

Para esta determinação é necessário realizar uma expiração forçada, tão rápida quanto possível. (Couto e Ferreira, 1992)

Um indivíduo normal consegue expulsar num segundo, um volume superior de ar, em relação ao indivíduo com obstrução das vias aéreas, daí a necessidade de ser calculado o *Índice de Tiffeneau* (VEMS/CV ou FEV1/VC), que representa a percentagem da capacidade vital que se consegue expirar no 1º segundo que se segue a uma inspiração máxima. (Couto e Ferreira, 1992).

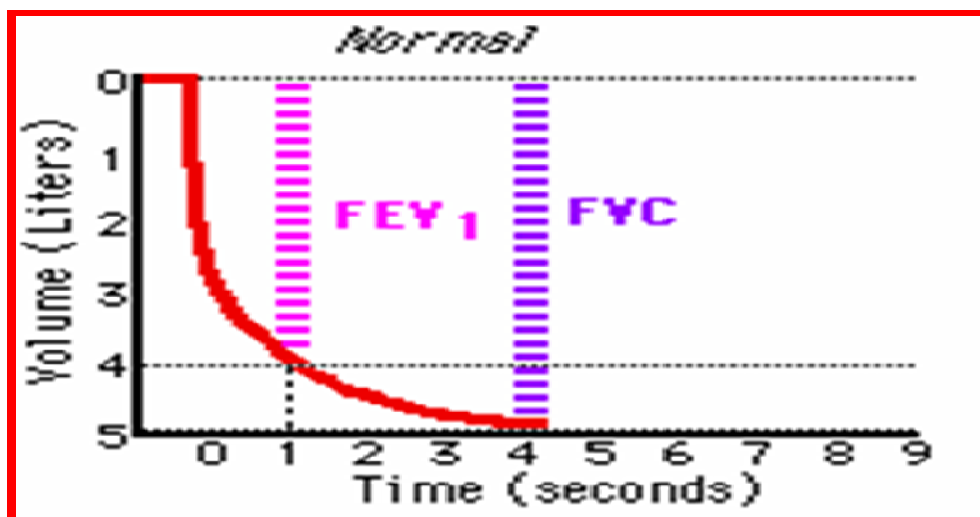


Figura 7 – Volume Expiratório Máximo no 1º Seg. (fonte In <http://uacmedihmi.edu/resnhys/encyclopedia/Forced Expiration/Forced Expiration HTML>)

Partindo dos volumes pulmonares já descritos, avaliam-se capacidades (soma de dois ou mais volumes), entre as quais, a **Capacidade Vital Forçada** (CVF ou FVC), e a Capacidade Vital Lenta (CVL).

A primeira refere-se à máxima quantidade de ar que pode ser expirado quando o indivíduo expira o mais rápido possível, após uma inspiração máxima. (Ruppel, 1994)

A **Capacidade Vital Lenta** (CVL), é obtida através de uma expiração lenta, a partir da Capacidade Pulmonar Total até ao Volume Residual (VR).

A Capacidade Vital também pode ser medida através de uma manobra inspiratória em que o indivíduo, após uma expiração máxima, inspira desde o Volume Residual até à Capacidade Pulmonar Total (Ruppel, 1997).

Em relação aos débitos obtidos, os mais importantes são, o **Débito Expiratório Máximo Instantâneo** (DEMI ou PEF) na expiração máxima forçada, o **Débito Expiratório Máximo a 75%** (DEM 75 ou FEF 25), a **50%** (DEM 50 ou FEF 50), a **25%** (DEM 25 ou FEF 75) e entre 25 e 75% da capacidade vital (DEM 25-75 ou FEF 25-75). (Couto e Ferreira, 1992). (ver figura 8)

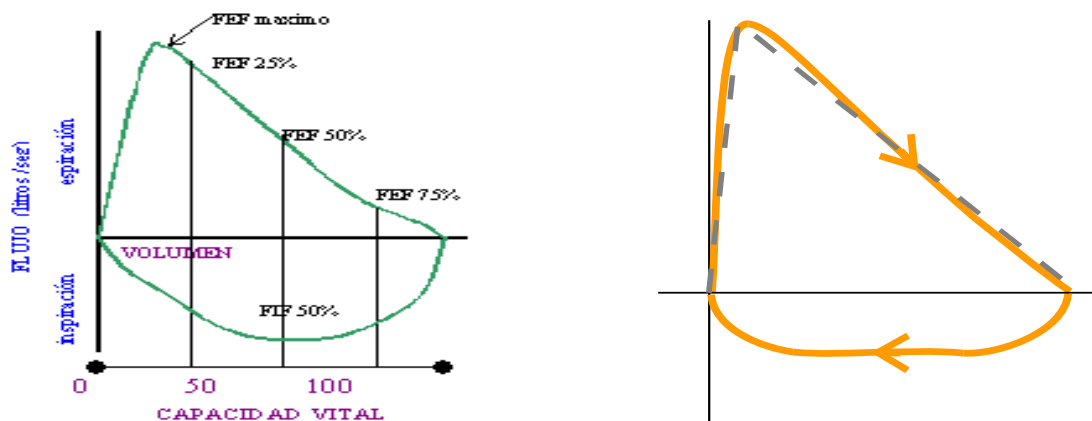


Figura 8 – Curva Débito Volume

(fonte in www.respirar.org/espirom/imagen/fv.gif)

Muitas das medidas obtidas através de uma expiração forçada, também podem ser conseguidas com uma inspiração forçada: **Capacidade Vital Forçada Inspiratória**

(CVFI), **Débito Inspiratório Máximo Instantâneo** (DIMI ou PIF) e **Débito Inspiratório Máximo** após 50% da Capacidade Vital Forçada Inspiratória ser inspirada (FIF 50%). (Chupp, 2001).

Segundo Couto e Ferreira (1992), o estudo dos parâmetros inspiratórios máximos é útil no diagnóstico da obstrução das vias aéreas altas pelo que não é o objecto de atenção na maioria das outras situações. Assim, a sua vertente expiratória é a mais frequentemente utilizada.

2.5 - REALIZAÇÃO TÉCNICA DA ESPIROMETRIA

Após o doente bem posicionado e adaptado ao equipamento, é colocada a pinça nasal e o bucal (*ver Figura 9*), a Espirometria inicia-se com o registo do Volume Corrente (VC), que não deve ser inferior a 3 ciclos respiratórios.

Para o registo da Capacidade Vital Forçada, o doente efectua uma inspiração máxima até ao nível da Capacidade Pulmonar Total (CPT) e depois expira o mais rapidamente possível até ao Volume Residual (VR). (Couto, A. e Ferreira, J. 1992).

A expiração deve ser prolongada de modo que não tenha duração inferior a seis segundos, ou até que não haja modificação no volume durante pelo menos um segundo. (ATS 2000). No final da expiração, procede a uma inspiração máxima até a CPT após o que volta a respirar em volume corrente. (*ver Fig.10*)

Para a determinação de uma capacidade vital lenta, segundo a European Respiratory Society (ERS), é pedido ao doente que primeiro expire até ao VR e inspire até à CPT, e segundo a American Thoracic Society (ATS), é pedido ao doente que primeiro inspire até à CPT e depois expire até VR.



Figura 9 – Personalização do Equipamento (fonte HGO, EPE-LFR)

A Espirometria consiste na realização de manobras de expiração lenta e forçada realizadas pelo menos três vezes, em que o resultado apresentado é o melhor obtido, desde que a variação entre os testes não seja superior a 200 ml.

A Espirometria forçada permite realizar as medições do Volume Expiratório Máximo no 1º segundo (VEMS ou FEV1) e da Capacidade Vital Forçada (CVF ou FVC). “*Spirometry, which includes measurement of forced expiratory volume in one second (FEV1) and forced vital capacity (FVC), is the most readily available and the most useful pulmonary function test*” (Enright, P., 1999).

No caso da CVF, “At least three acceptable FVC efforts must be recorded (...) the two largest FVC values should agree within 200 ml; the two largest FEV1 values should agree within 200 ml.” (ATS, 2000) Segundo a ATS (2000), a melhor manobra será a que apresenta a melhor FVC e o melhor FEV1. (ver Figura 10)

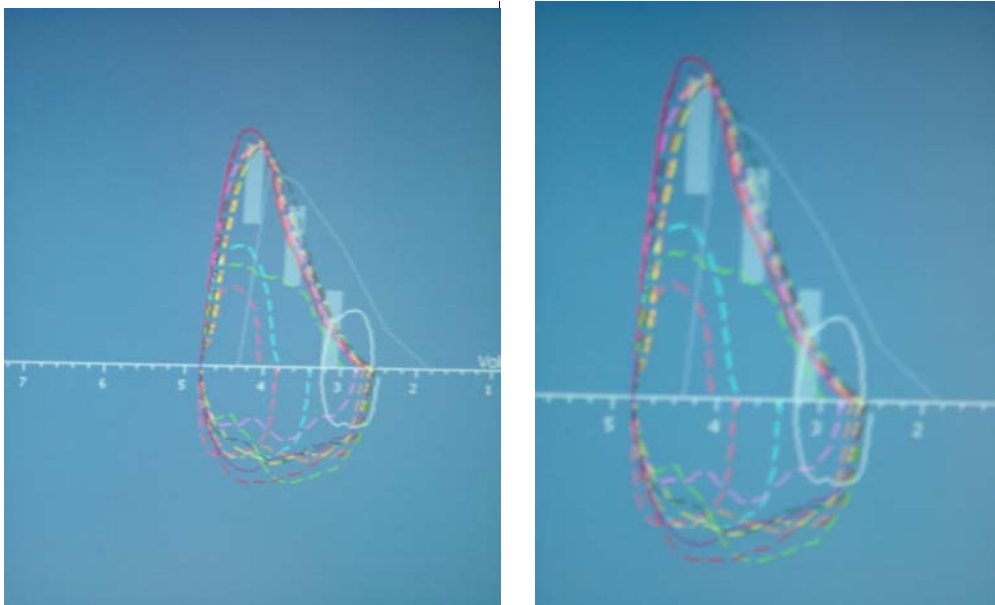


Figura 10 – Reprodutibilidade da curva Debito Volume (fonte HGO, EPE-LFR)

Apesar de ser uma técnica relativamente rápida, que utiliza equipamento considerado simples, tem procedimentos técnicos muito rigorosos e exige boa *performance* do doente.

Não está indicado realizar este exame em doentes:

- Que não entendam os esclarecimentos e os procedimentos,
- Com hemoptises de etiologia não esclarecida,
- Com pneumotórax recente não tratado,
- Com problemas cardiovasculares instáveis,
- Com aneurismas abdominais ou cerebrais,
- Com cirurgias recentes (abdómen, tórax, oftalmológica),
- Com processo agudo de doença que possa interferir com o desempenho do exame. (AARC, 1996; ATS 2000).

A Espirometria é sempre parte integrante do estudo da função respiratória, umas vezes isoladamente, outras vezes, associada às restantes técnicas de avaliação do mesmo. Esta técnica apresenta, no entanto, algumas limitações importantes como sejam:

- A impossibilidade de ser específica,

- Não possibilita a distinção entre as propriedades elásticas e restritivas,
- Não permitir localizar a obstrução,
- Precisar de contextualização clínica. (Smith, 2003).

Para além destas, também não é possível determinar o Volume Residual, e decorrente disso, a determinação da Capacidade Residual Funcional (CRF) e da Capacidade Pulmonar Total (CPT). (Harrison, 1989).

Embora não sejam frequentes, podem surgir algumas complicações relacionadas com a realização deste exame, mais propriamente com as manobras forçadas, tais como: dor, síncope, pneumotórax, pressão intracraniana aumentada, infecções nosocomiais, broncoespasmos e dessaturações (quando se interrompe a terapia de O₂ para realização da Espirometria) (AARC, 1996).

2.5.1- CONTROLO DE QUALIDADE NA ESPIROMETRIA

A Espirometria exige a colaboração activa e empenhada do doente, exige experiência ao observador, bem como uma forte capacidade de reagir perante os resultados obtidos. Este exame exige que as manobras respiratórias requeridas ao doente correspondam a um esforço máximo, só habitual num indivíduo colaborante e com músculos respiratórios íntegros. Em certos doentes a colaboração é insuficiente, por estarem, por vezes intimidados pelos seus próprios problemas e pelo contacto com o pessoal de saúde.

Torna-se necessária, alguma paciência e persistência do CPL, que deve reconhecer um esforço ou colaboração deficientes. Cardoso A., Ferreira, J, Costa, R.(2006)

A colaboração do doente é fundamental na obtenção de resultados fiáveis na Espirometria, e o controlo de qualidade deve ser uma preocupação permanente de qualquer profissional, tanto mais quando actua numa área como a saúde.

“A qualidade é, ou deveria ser, uma característica fundamental de tudo o que se faz ou se produz” (Reis Ferreira et. al, 1999).

Os doentes devem ser incentivados a executar a manobra expiratória o mais completamente possível, obedecendo a critérios recomendados. Em doentes idosos ou fragilizados, pode ser vantajoso realizar as manobras inspiratórias e expiratórias separadamente, por lhes ser difícil a sucessão imediata entre ambas.

Tendo em vista a qualidade, e como em vários outros procedimentos, encontram-se estabelecidas regras no sentido a evitar influências de materiais e de pessoas. Uma dessas regras refere-se à calibração diária dos equipamentos para garantir o rigor e a fiabilidade no resultado das medidas.

2.5.2 - CRITÉRIOS DE ACEITABILIDADE E DE REPRODUTIBILIDADE

Os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade são enunciados pelas sociedades respiratórias europeia e/ou americana – *European Respiratory Society*, *American Thoracic Society* e *American Association of Respiratory Care*. “*The results of spirometry should meet the following criteria for number of trials, acceptability and reproductibility*” (AARC, 1996).

Segundo as sociedades ATS e ERS os critérios de **aceitabilidade** são os seguintes:

- Os espirogramas individuais são **aceitáveis** se estiverem livres de:
 - Artefactos
 - Tosse ou encerramento da glote durante o primeiro segundo da expiração
 - Finalização precoce ou *cut-off* da manobra expiratória
 - Esforço variável
 - Fuga
 - Obstrução da peça bucal
 - Os Espiogramas devem ter um início correcto:
 - Volume de extrapolação inferior a 5% da CVF ou 0,15 L (o que for superior)
 - Tempo que demora a atingir o DEM inferior a 120 msec

- Os Espiogramas devem ter uma expiração satisfatória:
 - Tempo expiratório de 6 segundos e/ou um plateau na curva de débito/volume, ou...
 - Duração razoável ou um plateau na curva de débito/volume, ou...
 - Se o indivíduo não puder ou não dever continuar a expiração

“The acceptability criteria should be applied before reproductibility is checked”
(AARC, 1996).

Segundo as sociedades ATS e ERS os critérios de **reprodutibilidade** são os seguintes:

- Após a obtenção de três espiogramas aceitáveis, aplicar os seguintes critérios:
 - Os dois valores mais elevados da CVF devem ter uma variação inferior a 0,200 L;
 - Os dois valores mais elevados de VEMS devem ter uma variação inferior a 0,200L;
- Se ambos os critérios se verificam o exame pode ser concluído. Se os critérios não se verificarem, o exame pode continuar até:
 - Ser realizado um total de oito testes;
 - O doente não possa ou não deva continuar.

(ver Figura 10)

2.6 - GUIDELINES

As sociedades internacionais que se têm ocupado na padronização da Espirometria são a **American Thoracic Society (ATS)** e a **European Respiratory Society (ERS)**, tendo editado uma “task force”, publicada no European Respiratory Journal, em Agosto de 2005. Cardoso A., Ferreira, J, Costa, R.(2006)

É do conhecimento da autora, que o desempenho do doente influencia o resultado e a qualidade da Espirometria, muito particularmente ao nível da capacidade vital forçada.

É importante que os exames tenham qualidade e esta preocupação é expressa nas *guidelines* da *American Thoracic Society*, que desde 1974 faz referência a esta preocupação, a qual permanece na actualização de 2000 e 2005.

No entanto, não existe referência sobre como avaliar o desempenho do doente nem que factores influenciam o mesmo.

Segundo essas *guidelines*, o Técnico que realiza o estudo da função respiratória deve emitir e incluir no resultado do exame, uma opinião sobre a qualidade da prova, no que diz respeito ao cumprimento dos critérios de qualidade. “*Report of test results should contain a technologists statement about test quality, (...) and, if appropriate, which criteria were not achieved*” (ATS 2000).

CAP. 3 - DESEMPENHO

"O Problema mais importante na comunicação reside no facto de muitos pensarem que ela não representa um problema".

Van Dersal

3.1- AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Certos tipos de testes exigem uma colaboração activa e empenhada do doente, e experiência do observador.

Em certos doentes a colaboração é insuficiente, por estarem, por vezes intimidados pelos seus próprios problemas e pelo contacto com o pessoal de saúde.

Torna-se necessária, alguma paciência e persistência do orientador do teste, que deve reconhecer um esforço ou colaboração deficientes (Cardoso, A. Ferreira, J; Costa, R; 2006).

3.2 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA ESPIROMETRIA

O desempenho do doente na realização de uma Espirometria é avaliado pela forma como executa a tarefa que lhe é proposta. O avaliador, Técnico de CPL, deverá explicar ao doente toda a tarefa a ser efectuada, com exemplificação da mesma, e posteriormente, ajuizar, a forma como esta foi realizada. Ao doente é proposta, uma determinada tarefa estabelecida (meta). A avaliação do desempenho do doente é obtida pela confrontação entre o nível de cumprimento da tarefa por ele conseguido (resultado) e o esperado.

Em CPL, os doentes são frequentemente confrontados com exames complementares de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente a Espirometria, onde é imprescindível a sua colaboração (ATS, 2000).

Importância do elogio

"Sê pródigo com os elogios.

*As pessoas virão a lembrar-se de ti,
muitos anos depois de os teres esquecido".*

Dale Carnegie

O elogio e a crítica construtiva são importantes ferramentas de gestão mas que muitas vezes não são utilizadas ou o são da maneira menos apropriada.

Afinal todos nós gostamos de reconhecimento e de apreço.

Durante a realização das provas de Espirometria, é conveniente, á medida que os doentes vão executando as manobras, serem elogiados.

O elogio aproxima-os dos Cardiopneumologistas e motiva-os para continuarem a esforçar-se na realização do exame.

Nas situações em que o doente tem mais dificuldade em colaborar, deve-se elogiar na mesma, embora referindo ao mesmo tempo, que o exame ainda pode ficar melhor.

CAP. 4 - COMUNICAÇÃO

"Não há criação sem comunicação"

Waitley

4.1 - DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE COMUNICAÇÃO

O que é comunicar?

“A Comunicação é tão importante para o ser humano como a água é para o peixe” (Fachada, 2005).

A comunicação não se restringe apenas às palavras, mas também ao que elas representam, tudo é comunicação, as nossas atitudes, comportamentos, os nossos hábitos, o sucesso ou o fracasso no nosso trabalho, ou pelo menos é uma tentativa de atingi-la (Monteiro, 2006).

Etimologicamente, comunicar é tornar comum uma informação, uma ideia ou uma atitude.

A palavra comunicar provém do latim “*comunicare*” que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, “dividir alguma coisa com alguém”.

A arte de comunicar, para além de ser um dom nato para alguns indivíduos, implica conhecimento a vários níveis. Para Nancy Roper (1995), citada por Fachada (2005) – “...**Comunicar** é uma necessidade básica como é **Respirar**”.

Essa capacidade, tão complexa, caracteriza-nos como seres humanos, uma vez que com os mesmos utensílios somos capazes de elaborar inúmeras diferenças onde a linguagem é a vedeta principal. Sabemos que não comunicamos apenas de forma verbal, existem um conjunto de factores que influenciam o modo como nos relacionamos, nomeadamente a expressão corporal (facial, gestual e postural) e o tom de voz têm um papel marcante no modo de comunicar, pois exprimem a nossa atitude acerca dos outros e também revelam muito de nós próprios, beneficiando ou prejudicando todo o processo de comunicação.

Jean Claude Abric (1999) define a comunicação como o conjunto de processos pelos quais se realizam trocas de informações e de significações entre as pessoas numa dada situação social. Toda a comunicação é uma interacção entre dois interlocutores constituindo um acto social. Esta passa a ser o resultado de um processo em que o individuo interpreta, descodifica a situação e os comportamentos do outro, em função da representação da situação, onde jogam papel essencial, a representação de si, a do outro e a do contexto social e cultural.

O termo comunicação é usado para designar dois domínios diferentes, ainda que relacionados: o da comunicação social e o da comunicação interpessoal.

O domínio da comunicação interpessoal, que mais interessa para o nosso estudo, diz respeito à forma bilateral, face-a-face, interactiva, característica das relações do quotidiano.

A comunicação que se estabelece entre as pessoas no quotidiano social é indispensável para a resolução dos mais variados fins individuais e colectivos, á própria realização do Homem e á sobrevivência da humanidade.

Comunicar é diferente de informar. Este é um processo unilateral, enquanto que a comunicação é um processo interactivo e pluridirecional, que permite que se estabeleça uma relação interpessoal.

Estamos constantemente a transmitir todo o tipo de mensagens àqueles que nos observam.

Alguns autores referem que várias pesquisas revelam que o que mais influencia a comunicação é a linguagem corporal, ou seja, a sua componente não verbal.

Silva (1999) transmite-nos a mesma ideia, mencionando que “ (...) podemos negar com as palavras, mas o nosso corpo reage antes da nossa razão.

Segundo Julios Fast (1970) citado por Fachadas a comunicação pode ser silenciosa e de tal modo automática, que podemos não estar conscientes de que estamos a comunicar, ou seja, independentemente do modo de como nos dirigimos ao outro, passamos sempre através do que dizemos e como o dizemos, uma mensagem.

Assim verificamos que a comunicação, é um fenómeno que está presente em toda a parte.

Toda a comunicação, enquanto relação, exige um *feedback*.

Através do processo de comunicação criam-se expectativas, quer da parte do emissor quer do receptor. Através da comunicação conhecemos melhor o outro e estabelecemos com ele uma empatia que nos permite prever o seu comportamento e compreendê-lo.

A aprendizagem da comunicação é realizada de acordo com os hábitos das pessoas com quem convivemos, emergindo do passado cultural da sociedade onde estamos inseridos.

Toda a comunicação deverá analisar-se, organizar-se e realizar-se com uma interacção dado que é o *feedback* recíproco que garante as funções de comunicação.

O ser humano apresenta uma grande capacidade de meios de comunicação, mas o modo de comunicação e as linguagens específicas são-lhe transmitidas pelas pessoas que os rodeiam. Cada ser humano comunica de forma própria, consoante a sua individualidade e desenvolvimento, em função das suas características pessoais, necessidades e desejos.

Ao nível da comunicação é fundamental observar a reacção daqueles a quem nos dirigimos. É através desta reacção (*feedback*) que orientamos as nossas comunicações futuras, o que dizemos mas também o modo como o fazemos.

O fenómeno de *feedback* é fundamental para o nosso contacto com os outros, depende da continuidade da comunicação e reflecte a maneira como ela influenciou e foi recebida pelos outros.

Somos constantemente confrontados com uma multiplicidade de estímulos provenientes do meio onde estamos inseridos. Porém, aprendemos a organizar esses estímulos de modo a tornar compreensível o seu significado. Só assim podemos comunicar e organizar, de forma selectiva e discriminada a multiplicidade de estímulos e deste modo orientarmo-nos no meio que nos rodeia.

É fundamental ter presente os possíveis significados que possam ser atribuídos aos nossos gestos, palavras e expressões, pelas outras pessoas, com quem comunicamos.

O cansaço e a doença limitam a recepção ou a emissão da comunicação.

A comunicação ao ser regulada pelo contexto envolvente, nela intervêm a cultura, o *self*, o episódio e a relação, como modeladores das permutas comunicacionais entre interlocutores.

Analisar a transacção comunicacional entre técnicos de saúde e doentes, reveste-se de particular interesse, na medida em que, enquanto actores sociais, no palco dos exames de diagnóstico, os emissores têm que ser capazes de transmitir a mensagem de modo a que seja partilhada, respeitando os padrões culturais do “publico” alvo. E, como são os doentes que avaliam o sistema de saúde e se pronunciam sobre a qualidade dos serviços prestados, torna-se fundamental que sejam considerados como parte importante no processo.

Por outro lado, emergem, também, as relações grupais – ao nível da identidade social – dos grupos profissionais de serviços prestadores de cuidados de saúde.

Todos os povos têm necessidade de comunicar apesar das diferenças existentes nos meios e processos de comunicação.

Cada pessoa ocupa um determinado lugar na sociedade, sendo o seu desempenho aprendido através do processo de comunicação, agindo de forma similar aqueles que desempenham papéis semelhantes, estabelecendo assim normas e papéis específicos, que permitem o desenvolvimento social e a interacção entre os membros da sociedade.

O sistema social determina, em parte, as pessoas com quem mais comunicamos e também o tipo de mensagens comunicadas.

Há pessoas cujos papéis que desempenham privilegiam a comunicação e a relação interpessoal, encontrando-se em permanente contacto com os outros. Porém, outras pessoas desempenham papéis inibidores, restringindo o número de pessoas com quem normalmente se comunicam.

Grupos sociais diferentes têm formas próprias de comunicar e interpretar o conteúdo das mensagens.

Segundo Berlo (1989) é possível afirmar que “ a comunicação influencia o sistema social e o sistema social influencia a comunicação”.

O conhecimento de um sistema social permite realizar previsões das pessoas, dos seus comportamentos e a maneira como comunicam; isto faz com que seja possível ajustar o nosso comportamento e adoptar determinado modelo de comunicação, facilitando assim a interacção.

As variáveis culturais afectam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não verbais.

Na comunicação existe uma multiplicidade de canais, o verbal e o não verbal associando-se para produzir uma comunicação total e dar um sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso e às mensagens não verbais, transmitidas através dos gestos, das mímicas e das posturas (Cosnier et al., 1984, Ekman et al., Marc et al., 1996).

4.2 - COMUNICAÇÃO VERBAL

*"Há pessoas que falam, falam até encontrarem
finalmente qualquer coisa para dizer"*

Sacha Guitry

A linguagem falada é capaz de transmitir uma riqueza de informação para além do evidente sentido das palavras (Buchanan et al., 2000), ou seja, a fala tem características vocais que são inerentes á comunicação (Pickett, 1998) e manipulamos estas características relativas à nossa mensagem através de regras codificadas para a nossa língua, específicas para o nativo dessa língua e diferente dos falantes de outras línguas.

Em português, o factor entoacional pode ser o único que nos permite perceber se uma determinada frase exprime uma interrogação, uma afirmação, uma dúvida ou uma ordem, sendo que a variação de altura no sentido ascendente no final da frase caracteriza a pergunta, enquanto a descida da curva de entoação – na afirmação, na ordem, na exclamação – manifesta uma certeza, uma conclusão (Faria et al, 1996; Frota, 2002). No português, a inter-relação entre unidades tonais é utilizada no discurso com funções sintácticas, semânticas e pragmáticas, mas não com funções de contraste lexical ou gramatical.

Vários são os autores (Faria et al, 1996; Myers, 1999) que afirmam que os traços prosódicos são: acento, tom (alto, baixo, elevado, crescente, decrescente,) e duração. No que respeita ao acento lexical, muitos autores distinguem a acentuação de acento (Kent & Read, 2002), definindo a primeira como um aspecto abstracto ao nível lexical enquanto a segunda se refere a um processo fonético que correlaciona os aspectos acústicos da sua produção e percepção. Os traços prosódicos – acento, na dimensão da palavra, e entoação, na dimensão frase – são aqueles que definem uma unidade em relação a outra, na sequência fónica temporal onde se inserem.

Martins (1988) refere que vários estudos realizados concluíram que o acento e a entoação em diversas línguas são determinados pela duração, intensidade, frequência fundamental e energia dos segmentos – isolados, ou em sílabas, palavras ou frases.

Mateus e outros, (1990) reduzem um pouco esta perspectiva e afirmam que as propriedades que estão associadas aos segmentos e que determinam a sua qualidade distinguem-se habitualmente, das propriedades prosódicas que estão associadas a unidades mais vastas como a sílaba, a palavra e a frase. Desta forma, a maior parte das propriedades prosódicas estão relacionadas com a evolução no tempo, da frequência fundamental, da duração e da intensidade, e o termo “prosódia” é muitas vezes, utilizado para referir o conjunto de fenómenos que envolvem qualquer um destes atributos acústicos.

Gerken e McGregor (1998, citados por Kent e Read, 2002), partilham esta perspectiva de observação temporal, denominando-a de análise em relevo amplo, e realçam que devemos atender ao estudo de processos de acentuação frásica, sinais de limite ou fronteira e ritmo.

Para Hargrove e McGarr (1994) prosódia representa o uso linguístico de componentes vocais do discurso, sem considerar os aspectos segmentais. Para estes autores, a prosódia tem regras sistemáticas, rodeadas de convenções, que fornecem ao ouvinte informação importante. Define o *pitch* (percepção auditiva primária associada com a dimensão acústica de frequência), *loudness* (percepção auditiva primária associada com a dimensão acústica de amplitude ou intensidade), duração (percepção auditiva primária associada com a dimensão acústica de tempo) e pausa (percepção auditiva primária associada com o silêncio) como as características prosódicas e tempo (envolve o uso de elementos temporais como a velocidade do discurso), entoação (utilização comunicativa do *pitch*) acento (uso de proeminência para objectivos da comunicação) e ritmo (relativo ao uso de sequencias rápidas e lentas do discurso durante a comunicação) como componentes prosódicos.

A voz tem um forte impacto no reconhecimento da expressão facial bem como a expressão facial tem um forte impacto no reconhecimento das emoções expressas pela voz. Este achado, de Gelder e colaboradores (1998), resulta do facto de que quando a expressão facial é congruente com a transmitida pela voz, os sujeitos são mais rápidos no reconhecimento da informação apresentada pelos dois canais do que por um canal apenas.

Segundo Ambady e colaboradores (2002), da análise de gravações efectuadas durante as consultas médico-doente, verificaram que os cirurgiões que tinham um tom de voz mais forte e autoritário eram alvo de um maior número de queixas e insatisfação, por parte do doente, do que aqueles que apresentavam um tom de voz mais delicado e compreensivo.

A voz, numa definição algo restrita, pode ser descrita como sendo o som produzido pela vibração das pregas vocais aquando da passagem do ar expiratório por estas, amplificado e modificado pelas cavidades de ressonância e articuladores, respectivamente. No entanto, sabe-se que o fenómeno qualidade vocal, é muito mais amplo e além dos aspectos fisiológicos é também influenciado por aspectos emocionais e socio-culturais.

Na comunicação verbal, encontramos algumas mensagens que podem ser veiculadas pela fala:

A voz

Como qualquer som, a voz tem as propriedades físicas clássicas:

- Intensidade
- Altura
- Timbre

Pela intensidade distingue-se um som forte de um som fraco. Uma pessoa excitada pode falar num tom elevado, com mais sonoridade, enquanto que uma pessoa tímida ou intimidada fala num tom apagado, por vezes, imperceptível.

A altura indica a diferença entre um som agudo e um som grave. Os deprimidos falam em tom mais grave. Por outro lado, uma voz mais aguda ou com “falsetes” pode traduzir ira ou tensão, devido às cordas vocais estarem mais esticadas.

O timbre traduz a qualidade do som através dos seus componentes harmónicos. Como o ouvido humano é muito sensível aos sons harmónicos permite-nos distinguir quase todas as pessoas pela voz. Além disso permite distinguir os “tons” de voz que traduzem sentimentos, como “confidente”, “íntimo”, ou pelo contrário “seco” e “áspero”.

A entoação

É frequente ouvirmos dizer “ não é tanto o que se disse, mas a maneira como foi dito”. Esta expressão traduz o significado da entoação que pode ser dado a uma frase, conferindo-lhe ou retirando-lhe ênfase. Podendo mesmo alterar o sentido das palavras (conotação) quando a entoação é irónica ou sarcástica.

Alterações da fluência e ritmo do discurso

As dificuldades de articulação de algumas palavras, as hesitações, as repetições e os atropelos aumentam com a ansiedade. Também, as alterações do ritmo durante um discurso podem ser sinal de ansiedade, embora estejam muito relacionadas com o fluxo respiratório. Geralmente, os deprimidos, falam devagar e os ansiosos falam mais depressa.

Vocalizações não verbais

A pessoa que tosse, funga ou pigarreja para aclarar a voz, fá-lo como mecanismo de defesa ou estes sons poderão traduzir mal-estar, tensão ou ansiedade.

Da mesma forma importantes são os “hummm” ou “ah” vocalizados, que funcionam como autênticas frases, independentemente de quem os pronunciar.

Também, os silêncios podem produzir efeitos controversos. Se o silêncio ocorre durante uma conversação pode causar ansiedade.

Segundo Pearce citado por Ribeiro (2001), a comunicação é um universo onde a comunicação oral não é mais do que uma estrela. No entanto, as palavras podem ser consideradas as ferramentas utilizadas para operacionalizar as acções desenvolvidas através da fala.

Segundo Wittgenstein também citado por Ribeiro (2001), os actos de fala são configurações sempre em movimento e, por isso, nunca estão acabados, ou seja, as palavras têm um uso para além de um significado. Aquilo que dizemos é influenciado pelo contexto em que se desenrola, que por sua vez influencia o contexto do mundo social.

A eficácia comunicativa advém do facto de, ao desenvolvimento de todos os canais de comunicação corresponder uma maior competência comunicativa. A “performance” comunicativa exige a habilidade para ouvir o que não é dito pelo interlocutor, bem como, para ver o que não é feito por ele e, quanto mais desenvolvidos e preenchidos estiverem todos os canais de comunicação, mais satisfatório será o clima comunicacional.

Para Greene e Mathieson (2001) existem algumas características que se relacionam com o conceito de voz normal; a clareza e a sua consistência (não existem quebras involuntárias), o ajuste ao sexo e à idade do falante, a adequação das regras linguísticas e paralinguísticas, a estabilidade, a flexibilidade e o conforto na produção da mesma.

A harmonia destes factores resultará na qualidade vocal adequada ou optimizada de um falante.

No entanto, é de salientar que algumas alterações destas características podem ser consideradas normais tendo em conta que existem pequenas variações de acordo com o contexto em que o falante está inserido. O falante adequa o seu discurso (linguagem e voz) em função da mensagem e do acto comunicativo (formal ou informal).

Dentro do conceito de ‘normalidade’ é importante salientar que a voz, de acordo com a frequência a que é produzida pode ser ‘categorizada’ em diferentes registos.

Os fracassos da comunicação, em particular do seu desenvolvimento, resultam da ocorrência de disfuncionamentos.

O saber ouvir é um eixo fundamental da comunicação e da relação. Mas escutar não significa, de forma alguma estar de acordo ou ser simplesmente simpático. Escutar é uma passagem obrigatória em toda a comunicação, qualquer que seja o objectivo pessoal, seja o de trocar pontos de vista, seja o de ensinar.

Face a uma tentativa de comunicação, de uma informação, o receptor solicitado desenvolve, á priori, poderosos mecanismos de defesa. O seu sistema de referência é um refúgio confortável e construído com alicerces resistentes, pelo que só aceitamos o novo em pequenas doses, as quais, no fundo, representam apenas pequenas correcções na estrutura preexistente.

Só haverá uma autêntica comunicação quando se estabelece uma relação, digamos empática, entre quem informa e quem é informado.

Numa situação pontual de entendimento personalizado, a delicadeza do trato, a elegância do atendimento e a simpatia com que se presta uma informação correcta são factores de intervenção necessária, porém não suficiente, no contacto, profissional de saúde/doente

4.3 - COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

"...não digas nada, a linguagem é uma fonte de mal entendidos"

Saint-Exupéry in "O Príncipezinho"

Algumas disciplinas como a Psicologia e a Pedagogia têm valorizado a linguagem e a comunicação verbal, não valorizando outras dimensões e instrumentos de comunicação, ignorando tudo o que passa pelo corpo – linguagem do corpo (expressões, gestos, mímicas, posturas).

A comunicação não verbal desempenha diversas e importantes funções no comportamento social da humanidade: as investigações dos últimos decénios mostraram a existência de uma notável gama de elementos não verbais no comportamento comunicativo do Homem de uma maneira particularmente complexa. Para elaborarmos uma ideia de uma pessoa, reconhecer o seu estado emotivo ou as suas atitudes interpessoais utilizamos, essencialmente, informações que nos provêm do seu comportamento não verbal e prestamos atenção não só ao que diz como também ao seu tom de voz e à sua mímica, aos seus movimentos e gestos (Bitti & Zani, 1997; Fiske, 2001).

Apesar de um uso tão frequente, como se fôra natural, dos sinais não verbais e apesar de uma implícita competência no seu emprego, não é fácil descrever de forma personalizada e sistemática o repertório comunicativo não verbal de que dispomos, nem ter dele plena consciência. Existem, além disso, obstáculos e dificuldades de ordem metodológica que têm atrasado o estudo da comunicação não verbal: muitos aspectos não verbais do nosso comportamento social exigem complicados processos de registo, análise e reprodução. A difusão das técnicas cinematográficas e videográficas vieram facilitar de modo notável essa tarefa.

Actualmente estamos em condições de apreciar o tipo de influência que o nosso comportamento não verbal exerce nos outros e de julgar a capacidade das pessoas para emitir sinais não verbais ou para os interpretar. Sabemos que a informação fornecida pela palavra é, em certos casos, contrariada e desmentida pelos sinais não verbais que a

acompanham e que, quando não é possível a comunicação verbal, as informações são transmitidas por meio de sinais não verbais. Enviamos mensagens aos outros não só pelo que dizemos, mas como, onde como e quando o dizemos.

Expressões faciais, gestos, movimentos corporais e tom de voz são formas de comunicação não verbal muito estudadas por psicólogos e sociólogos (Wallece & Goldstein, 1994).

Na comunicação não verbal, encontramos ainda um campo extraordinário, ainda pouco explorado ou por poucos conhecido, que é a *comunicação corporal* – todos nós podemos comunicar através do próprio corpo, quer nos aspectos estáticos quer dinâmicos, independentemente da verbalização.

Empiricamente, sabemos que a aparência, a proximidade, a postura, a expressão facial, o contacto visual, os gestos e o contacto físico são formas de comunicar, por excelência.

A postura e a posição adoptadas, são “mensagens” muito válidas em comunicação não verbal.

A comunicação não verbal é inevitável em presença de outras pessoas. Um individuo pode decidir não falar ou ser incapaz de comunicar verbalmente, mas ainda assim continua emitindo mensagens sobre si mesmo aos demais, por meio do seu rosto e do seu corpo. As mensagens não verbais, em geral, são também recebidas de forma não consistente. As pessoas formam impressões dos demais a partir da sua conduta não verbal, sem saber identificar o que é agradável ou irritante na pessoa, o que, por sua vez, de acordo com Keltner e Ekman (2000) evoca respostas específicas nos observadores.

Sabemos que a linguagem verbal, só por si, não transmite o total significado do que queremos dizer.

Segundo alguns autores, a combinação de estratégias (verbais e não verbais) permitem melhorar a qualidade comunicacional. Esta combinação é tanto mais vantajosa quanto melhor se conhecer a linguagem não verbal, na medida em que, de acordo com Schutz, citado por Carmo (2000), “o gesto trai o que as palavras procuram esconder”.

Não existem palavras sem contexto não verbal, pois a linguagem não pode ser separada da personificação do prelector. É curioso constar que uma grande parte das nossas realizações quotidianas, são vivenciadas nos diálogos que estabelecemos com os outros.

Os elementos não verbais facilitam o processo de comunicação, ajudando o sujeito a verificar e certificar-se das instruções da pessoa que fala, reforçando e oferecendo um significado mais profundo e verdadeiro à linguagem verbal.

A comunicação não verbal ajuda-nos a interpretar as mensagens verbais. O timbre e o volume da voz afectam a linguagem falada e permite atribuir-lhe significados diferentes.

Devemos ter sempre presente que o que é comunicado não verbalmente pode contradizer a mensagem verbalizada.

A quantidade de gestos utilizados durante a conversação, difere muito de cultura para cultura. Falar com as mãos é comum nas civilizações mediterrânicas, em oposição à economia de gestos dos povos nórdicos. Consideramos que o gesto é como uma palavra, carregado de significados, mas para transmitir uma ideia necessitamos de varias palavras e de as agrupar de forma lógica e coerente. Também os gestos necessitam dessa lógica e de estar inseridos no contexto.

Na nomenclatura, o primeiro contacto físico que acontece quando comunicamos é o cumprimento através do aperto de mão.

Pôr a mão no ombro de uma pessoa que se encontra deprimida ou numa situação de inferioridade (por mal estar, doença), expressa solidariedade, conforto e empatia.

Muitos autores chamam-na de comunicação encoberta, considerando muitas vezes como sendo a única fonte acessível de informação para o receptor. Temos tendência para confiar mais nas pessoas cujas mensagens não verbais se adequam, estão de acordo com as suas mensagens verbais.

O olhar é um dos componentes principais da comunicação não verbal entre os seres humanos, parecendo exercer, entre outras, uma função reguladora da interacção.

Estudos sobre comunicação demonstraram que o movimento dos olhos regula a conversa. Durante a comunicação verbal, enquanto se recebe a mensagem falada, o movimento dos olhos proporciona um sistema de sinalização, indicando ao interlocutor quando é a sua vez de intervir.

Para além do referido, os olhos podem transmitir atitudes e sentimentos, definindo até mesmo a personalidade. Segundo os psicólogos, as pessoas que têm a característica de olhar muito são mais carinhosas e com mais necessidades de afecto.

Um considerável número de investigações estabeleceu que o sistema visual é extremamente eficiente na percepção da expressão facial (Eastwood e Smilek, 2005), que esta percepção é influenciada pelo contexto (Righart e Gelder, 2005), que muitas vezes é percebida involuntariamente (Eastwood, Smilek e Merikle, 2003) e que esta percepção é dinâmica, indicando-nos e indicando aos outros, momento a momento, o estado emocional (Sato e Yoshikawa, 2004).

Os gestos foram o primeiro meio de comunicação entre os humanos, antes mesmo da linguagem falada. Estes ajudam a interpretar o conteúdo das comunicações permitindo assim definir papéis e desempenhos sociais.

A comunicação pode processar-se deficientemente ou não se realizar, se existirem barreiras à comunicação, sendo estas de dois tipos: as externas e as internas.

Nas externas existe uma distância entre o emissor e o receptor e nas internas as barreiras podem ser: falar em linguagem que não é entendida pelo interlocutor, empregar palavras ambíguas, problemas de estrutura pessoal, referir ideias não adaptadas ao objectivo da comunicação, diferentes valores, crenças e papéis sociais, estado de cansaço ou doença.

4.4 - COMPORTAMENTO NA RELAÇÃO INTERPESSOAL

"Sucesso e felicidade dependem da capacidade

de criar boas relações humanas"

Estanqueiro, 1992

A comunicação constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as instituições, entre a sociedade e a cultura.

A relação interpessoal é caracterizada pelas diferenças entre os mundos sociais e culturais dos comunicadores. Segundo Pearce (1984) “ diferentes formas de comunicação interpessoal causam e são causadas por diferentes padrões culturais, diferentes instituições sociais e diferentes maneiras de ser”.

O desenvolvimento tecnológico tem vindo a interferir, quiçá a modificar, a relação interpessoal existente entre técnicos de saúde e doentes. Se pensarmos nos sistemas informáticos, na tecnologia disponível nas diferentes áreas de diagnóstico que se interpõem entre os interlocutores, somos levados a medir sobre o queixume do doente que disse “fui para ser observado no serviço de urgência e fizeram-me entrar numa série de máquinas, tendo saído sem que o médico me tenha perguntado o nome ou inquirido sobre as minhas queixas”.

Num contexto de apelo á humanização dos cuidados de saúde, onde o respeito pelo indivíduo, pela sua cultura, pelos seus direitos, pela sua dignidade, são valores marcantes dessa humanização, parece-nos importante subscrever a opinião de Edgar Morim (1973), citado por Ribeiro (2001) que considera que o homem não pode ser reduzido á sua feição técnica de *Homo faber*, nem á sua feição racionalista de *Homo sapiens*, mas antes, considerar na feição do Homem, o mito, a festa, a dança, o êxtase, o amor, o despropósito, ... a morte. Deste modo, a humanização deve passar pela não redução de uma pessoa a um número, a uma doença, mas antes á consciência de “bem-

estar” que o indivíduo deve sentir. De acordo com Imperatori (1998), a humanização é necessariamente um conceito relativo no tempo e no espaço.

Qualquer comportamento gera comportamento.

Todos nós devemos estar atentos ao nosso comportamento e ao modo de como comunicamos verbalmente e não verbalmente, porque este influencia significativamente o modo como os outros se relacionam connosco.

O mesmo comportamento pode não ser eficaz para todo o género de pessoas com quem lidamos. Não sendo algo com que se nasce, adquirindo-se nas nossas vivências, pode ser modificado e ajustado quando a situação o exige, em função da relação interpessoal.

O comportamento do profissional pode assemelhar-se a uma máscara, porque o sujeito deve ser exemplar na sua relação, mesmo que devido a condicionalismos diversos da sua vida, não correspondam ao seu estado actual.

Os exames complementares de diagnóstico são, frequentemente, causa de forte ansiedade. O medo do desconhecido se aliado a uma certa correria de intervenções apressadas (por parte do CPL), sem a preocupação de escutar o doente, pode induzir sentimentos de insegurança, medo e até de pânico. Por outro lado, a aparente complexidade tecnológica dos equipamentos, a ambiência, a ansiedade ligada á revelação do diagnóstico e a comunicação que se estabelece durante a realização do exame, marcam, de modo decisivo, o comportamento da pessoa.

É, muitas vezes, face a este comportamento que surge a distinção entre “doente colaborante” e “doente não colaborante”, baseada em critérios de maior ou menor colaboração face ao exame. Esta distinção assenta em “comportamentos de conformação, de resignação “ (Carapinheiro, 1998), sendo tido por não colaborante aquele que manifesta estranheza e fica aturdido com a miríade de procedimentos de que é alvo.

Os comportamentos podem reflectir traços de personalidade, pelo que se deve tentar perceber esses traços e ir ao encontro dos anseios, preocupações e expectativas da pessoa que vai submeter-se ao exame. É necessário aprender a arte de ser sensível ás necessidades dos outros. Fornecer ao doente um “mapa cognitivo” das

ocorrências, promove a partilha interactiva e quebra o “gelo” inicial presente em qualquer primeiro contacto. Por outro lado, importa não esquecer, a relevância da experiência directa com o objecto da atitude, ou seja, do contacto prévio com uma determinada situação ou mesmo de informações prévias que deram origem a estereótipos.

4.5 - IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Segundo Carmo (1998), saber escutar, saber gerir as situações de silêncio, ser capaz de controlar o fluxo de informação, saber enquadrar as perguntas melindrosas, não são dons inatos, mas sim, frutos da aprendizagem, muito úteis nas relações interpessoais.

A comunicação é inerente á condição humana, ou não fosse o Homem um ser social. É um processo complexo, que inclui ”um conjunto organizado de variáveis que devem ser vistas holisticamente, que subentende interacção e relacionamento entre comunicadores e que envolve *feedback* a fim de funcionar como um sistema aberto” (Littlejohn, 1988).

Nas profissões de técnico de saúde, a comunicação interpessoal é um processo de estabelecimento e manutenção de relações, pois esta constitui a pedra angular do relacionamento.

Na perspectiva teórica de Wittgenstein, citado por Pearce (1984), a análise dos processos de comunicação deve ser feita de uma forma dinâmica. Este autor, já congrega no seu pensamento alguns contributos de outros técnicos, nomeadamente, dos estruturalistas e do interaccionismo simbólico. Assim, o modelo da Gestão Coordenada dos Significados (CMM) insere-se nos modelos construtivistas em que todas as trocas significativas que ocorrem entre os actores envolvidos no processo de comunicação, resultam de um percurso construído por eles.

A comunicação é regulada pelo contexto envolvente. E, nesse contexto, vamos encontrar intervenientes como sejam a cultura, o *self*, e o episódio em que ocorreu a comunicação.

Na base de qualquer relação interpessoal, está a comunicação.

Nas situações face – a – face a comunicação é bilateral e assenta num sistema de interregulação, operacionalizado por uma permanente e sistemática troca de sinais que assegura o sincronismo interrelacional e a manutenção da relação.

“60% Dos problemas interactivos são consequência de uma má comunicação”.

(Peter Druker referido por Fachada, 2005).

Segundo Ribeiro (2001), é do senso comum, que as impressões recolhidas no primeiro contacto com uma situação, condicionam o desenrolar da relação que se estabelece. Também, na óptica do doente a transmissão de segurança ocorre nos primeiros momentos da prestação de um serviço, pelo que dessa apreensão pode resultar, ou não, sentimentos de confiança na qualidade do serviço prestado e até, juízos de valor sobre a competência, o carácter e a personalidade do prestador.

É fundamental que a tecnologia não invada as relações interpessoais, criando barreiras á comunicação.

Parece-nos importante referir que a comunicação se estabelece ao nível dos domínios cultural, cognitivo, social e económico. Neste sentido, assumindo que na relação interpessoal, cabe ao técnico “conhecer” o seu interlocutor, para saber como interagir e evitar reacções como: “She asks me over and over” e “I have explained and explained, but she keeps right on asking!” (Burton, 1977).

A divergência de crenças e valores não facilita a comunicação interpessoal. No estudo desenvolvido por Santos (1993) avaliou-se, num grupo de 295 doentes, a importância das relações interpessoais com os prestadores na avaliação da qualidade global dos cuidados prestados. Foram consideradas questões relativas ao interesse, amabilidade e informação prestada pelos profissionais (médicos e enfermeiros). Concluiu-se que, embora os doentes discriminem as várias componentes dos cuidados, a sua opinião global é fortemente marcada pela avaliação que fazem das relações interpessoais.

As pessoas do séc. XXI mantêm múltiplas pertenças e redes transaccionais, desenvolvem novas formas de relações sociais e inter culturais, novas práticas de cidadania, conquistando novos direitos, mas conhecendo também outros conflitos e problemas de comunicação. O aumento de globalização e de multiculturalidade faz com que as sociedades e as diferentes instancias sociais sejam confrontadas com uma grande

heterogeneidade linguística e cultural dos seus doentes, o que lhes exige uma adopção de estratégias e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade social, cultural e sanitária.

4.6 - RELAÇÕES HUMANAS NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO E TERÁPEUTICA

O tema das Relações Humanas ou da “humanização dos hospitais”, numa perspectiva globalizante, levar-nos-ia a integrá-lo no contexto da sociedade em que se situa e num tempo histórico determinado. E isto, seja no que se refere às relações humanas em si mesmas, seja no que respeita ao Hospital. A natureza dessas relações e a configuração do Hospital resulta da sociedade em geral e perpassa para o microcosmo hospitalar pelas pessoas e nas pessoas dos agentes como dos doentes.

O Hospital não é um “ghetto” desumano numa envolvência social humanizada. O problema das relações humanas está também e em simultâneo, na família, na escola, na empresa, em toda e qualquer organização ou instituição e está na rua, nos transportes, na produção, no consumo e no lazer.

Sendo uma das estruturas de saúde mais antigas que se conhecem, o Hospital nasceu por esforço da comunidade, nos períodos em que havia grandes epidemias e endemias, tendo sucedido quase automaticamente às hospedarias, onde por espírito religioso os peregrinos eram recolhidos.

Quando eclodiram as grandes epidemias, especialmente a chamada peste negra que vitimou milhares de pessoas do mundo civilizado da época, nasceu a ideia de, por um lado, isolar os doentes, por outro lado atendê-los, tendo-se assim formado unidades de saúde com o objectivo e a finalidade de curar doentes, a partir de hospedarias e casas de habitação.

A necessidade cada vez maior de se organizarem locais próprios de atendimento do doente, o avanço das ciências e da tecnologia médica, transformou o hospital numa instituição dinâmica e evolutiva, onde a objectivação de um diagnóstico se tornou mais fácil porque se ganhou conhecimento e eficiência.

Por outro lado, foi-se perdendo gradualmente o sentido da relação entre o doente e a estrutura, e hoje, o Hospital está mais voltado para a doença numa perspectiva de cura do que para a pessoa doente.

Bom seria, e a par do objectivo do hospital que é a cura, dar relevância aos cuidados de tipo relacional que assumem muitas vezes na prática, um valor terapêutico.

O processo de diagnóstico e terapêutica configura uma relação social, técnica e humana em que um dos pólos da relação é sempre a pessoa do doente potencial, sendo o outro a pessoa do técnico de saúde. Nesta relação, qualquer dos seus elementos está á partida carregado de significado.

Contudo o Hospital não é só o espaço de atendimento do doente, sendo também um espaço de realização da dimensão humana de todos os intervenientes, procurando recuperar a pessoa do doente, restituindo ao técnico essa mesma dimensão. Neste entendimento, o problema das relações humanas abrange não só as relações que os técnicos estabelecem com os doentes como também com os outros profissionais.

O doente ao chegar ao Hospital, é uma pessoa diferente e única: por si mesmo, pelos que o rodeiam na sua vida quotidiana, pelo percurso clínico já feito: é já doente ou vive e sente a expectativa de o vir a ser. No todo, desconhece qual a evolução e/ou o sentido da sua doença, bem como as possibilidades de cura. Pretende que a sua doença seja identificada, tratada e debelada.

Suporta uma dupla diminuição: ignora a natureza da sua doença e depende dos agentes médicos para a conhecer. Suporta cumulativamente um duplo sofrimento: o que lhe advém da doença em si e o que lhe advém da expectativa (qual o tratamento, que hipóteses de cura!?).

O doente quer ser curado mais do que conhecer a sua doença. A sua actividade subjectiva e profunda é a de ficar “bom”, saudável, capaz de uma vida normal. A uma situação de dependência, junta-se uma outra de subserviência (arrogante ou submissa), de abdicação da racionalidade em favor da emotividade (ansiedade), de aceitação e submissão ao outro, aos seus meios e fins, tendencialmente abdica de ser sujeito.

Torna-se cada vez mais frequente o diagnóstico pré concebido e vivido, antes ou no decurso do processo clínico, formulada interiormente pelo próprio doente a partir de

informações, falsas ou duvidosas que se difundem no seu meio, em que o doente sofre pela doença ou pela imagem que faz dela.

Durante o processo clínico, o doente vive a seu modo a sua patologia (é a sua dimensão subjectiva), sendo que a intensidade do seu sofrimento físico e psíquico, como os comportamentos envolventes, na relação consigo mesmo e com os outros são sempre também função da sua particular maneira de ser, do seu meio sócio cultural e do quadro hospitalar em que se situa.

O acto clínico, na forma de processo clínico complexo de agentes médicos, de meios tecnológicos, de espaços diferenciados e colectivos, favorece a despersonalização do doente, “desindividualiza-o” e reforça a sua objectivação. Circulando sem nome, sendo número, ficha, cama, caso clínico, passo a passo, de mão para mão, de exame para exame, de aparelho para aparelho, o doente perde a sua individualidade pessoal. O processo de diagnóstico e terapêutica dilui o sujeito.

Formular um diagnóstico representa identificar e classificar uma doença para determinar o prognóstico e o tratamento. Subjacente ao modelo médico de actuação permanece a tendência de, a partir da análise do caso particular, ascender a uma classe de casos idênticos. Definida a doença classifica-se o doente, generaliza-se o indivíduo.

Confirma-se no quadro de uma especialidade, a que corresponde um processo tipificado de acompanhamento e tratamento numa unidade de cuidados médicos, numa enfermaria, numa consulta. Não está em causa o modelo médico, mas a sobrevivência ou não da diferença do doente, no processo de diagnóstico e no tratamento, nas suas bases, seus conteúdos e resultados.

O objectivo e o agente da análise são sempre também entidades com dimensão psíquica, afectiva, social e cultural.

Se o agente médico representa para o doente o saber, a realização pessoal dos técnicos de saúde e do doente encontra-se no objectivo comum da cura. Um e outro assumiram na consequência e na prática o valor supremo civilizacional da eliminação da dor pela eliminação da doença.

O técnico de saúde, por exigência da sua qualificação específica, por uma formação altamente tecnicista, pelo seu estatuto social e técnico dentro e fora do

hospital, pela expectativa que o doente põe nele, e pela pressão que a própria instituição exerce sobre ele, não pode deixar de curar.

Não está em causa o objectivo da cura, bem pelo contrário, só está em causa quando e na medida em que esta “obsessão” conduz insensivelmente a considerar a doença, esquecendo a pessoa do doente, levando à utilização e modos de utilização de meios tecnológicos que a ignoram e à constituição de equipas que reduzem as relações humanas a uma relação meramente técnica, que subtrai a natureza humana dessa mesma relação.

Ao técnico de saúde, na sua relação imediata com o doente, ajusta-se bem a afirmação de que saber é poder, independentemente da sua vontade, ao estabelecer aquela relação ele é, desde sempre, o elemento dominante nela.

Entre os que sabem, ele é quem sabe nos seus casos e domínios. O diagnóstico é o seu diagnóstico, o prognóstico e tratamento são competência e responsabilidade sua. Entre os que detêm outros saberes, exige-se-lhes que cumpram, que utilizem e se restrinjam ao seu saber e às suas competências. Entre o restante pessoal que não detêm saber técnico qualificado espera-se que não falhe. A pessoa do doente dependente na ignorância da sua doença, passivo na vivência da sua dor, perturbado mesmo quando lhe é solicitada colaboração, pede que o poder do saber vença a doença ou que se realize o “milagre”.

Todos a seu modo contribuem e reforçam a relevância do técnico de saúde no processo de diagnóstico e terapêutica e em simultâneo, tendo um papel activo, participante e responsável apresentando-se como o elo de relação da pessoa do doente. Mesmo que sofrendo o isolamento e a solidão numa decisão difícil e decisiva, o técnico de saúde é “condenado” a ser o sujeito na relação com o doente, diminuído este, na sua pessoa.

O técnico de saúde tal como o utente da instituição hospitalar, apesar da sua diferença de estatuto, integra-se e actua neste mesmo espaço que também ele progressivamente tende a “desumanizar”, a despersonalizar e a perder a dimensão da individualidade.

A juntar a isto, ele herdou um método de acção médica, passou por um esquema de formação técnico – profissional, integrando-se na lógica evolutiva do conhecimento e práticas de diagnóstico e terapêutica. Pelo seu cada vez mais alto grau de especialização e complexidade, pelo acesso a meios tecnológicos sofisticados, por teias de relações sempre mais absorventes reduzem-no à sua pura dimensão profissional, mas também a ele o desumanizam.

Muito do que fica referido tem aplicações no nosso espaço e no exercício das nossas funções específicas. Parece no entanto importante dar relevo a alguns aspectos que poderão mais de perto ter a ver connosco.

O técnico de diagnóstico e terapêutica estabelece uma relação com o doente, na qual habitualmente interfere um equipamento tecnológico mais ou menos sofisticado, assim como o processo da sua utilização. Tal interferência não será neutral na natureza da relação, pelo impacto que causa no doente, pelo condicionamento que produz no técnico, pelos “ruídos” que introduz na comunicação.

Se em relação ao doente o poderá diminuir, assustar, “desconfortar”, no que respeita ao técnico poderá levá-lo a menosprezar a pessoa do doente, seja porque reduz a sua atenção e concentração à “máquina”, seja porque atribui e investe nela de forma porventura exagerada o objectivo da qualidade.

Mais que em outras situações o utente tenderá a sentir-se o “objecto da máquina” e do técnico, da sua frieza e capacidade, mas sobretudo da violação da sua própria privacidade e intimidade.

Ao TDT, se pretende salvaguardar uma relação interpessoal com o doente, fica a exigência de “justificar” e integrar os meios tecnológicos nessa relação, integrar um saber fazer técnico, um espaço, um tempo, um equipamento ou instrumental nessa relação humana. Os meios tecnológicos deverão ser auxiliares do técnico e do doente.

O investimento da promoção da dimensão humana da relação levará a valorizar o momento e a qualidade do acolhimento, a relação de proximidade, física ou de comunicação, nas palavras, nos gestos, nos contactos, na postura, na empatia psíquica e afectiva.

O TDT já recebe o doente em forma de ficha e categoria de diagnóstico, tornando-se fácil reduzi-lo e considerá-lo nisso mesmo, tendo em conta que é tão só mais um doente, a rotina de funções e a sobrecarga de trabalho. Mas mais decisivo para aquele resultado é que aqueles materiais e elementos produzidos vão contribuir para o apagar da pessoa do doente, nas capas de um processo.

O TDT participa a seu modo num processo alargado e complexo, de muitas técnicas de saúde, em que segue a pessoa do doente. Nesse processo são-lhes feitos pedidos aos quais fornece respostas sob a forma de dados sendo parte de um diagnóstico e tratamento, a mais das vezes de natureza instrumental.

Os resultados da sua função são interpretados e utilizados por outros, tendo assim acesso à pessoa do doente em trânsito, tanto como é transitória a sua própria passagem pelo processo clínico daquele. Neste pormenor, aproxima-se o papel do técnico e a função do doente; se este vai passando de mão em mão como se de uma “coisa” se tratasse, assim o técnico pela posição que ocupa no processo clínico e pela forma como o perde (lhe é retirado), tende a tornar-se um mero agente mecânico, no que a sua dimensão de pessoa sai também prejudicada.

O fenómeno da utilização do doente é também, a seu modo, o fenómeno de utilização do TDT.

Neste entendimento, salvar a pessoa no doente é simultaneamente salvar a pessoa no técnico. Muito provavelmente, apenas um verdadeiro trabalho em equipa, em que a solidariedade interpessoal acompanhe a complementaridade do saber fazer profissional terá capacidade de salvar a dimensão pessoal dos técnicos conjuntamente com a dos doentes.

Da nossa prática diária sobressai a impressão de que muitos doentes acusam a distancia, a ausência de comunicação, ou se presente, sem partilha de significados, de que são alvo no contacto com os técnicos de saúde. Resumindo, observam-se sinais claros de insatisfação, por parte dos doentes, relativos ao modo como são atendidos nos serviços de saúde. Quando nos conseguimos aproximar mais um pouco do nosso doente provocamos nele sinais de manifesta satisfação e de gratidão.

No seu dia a dia, o Cardiopneumologista, integrado ou não em equipas multidisciplinares, comunica com pessoas que a ele recorrem ou lhe são encaminhadas para fazer exames de diagnóstico e terapêutica. A relação interpessoal que se estabelece depende muito da capacidade comunicacional e, conseqüentemente, do papel que for capaz de desempenhar. Assim, e numa perspectiva de análise transaccional, poderíamos dizer que em cada lance comunicativo há perdas e ganhos, consoante o conjunto de estímulos que forem trocados. Na perspectiva de Eric Bern (1973), este modelo psicológico adaptado á prática interactiva humana, permite identificar os “ estados do eu”. Em cada transacção pode ser encontrado o estado do “eu” emissor e do receptor, aquando da resposta. A aceitação ou a rejeição da proposta feita pelo emissor estabelece ou cria tensão na comunicação.

4.7 - A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE

Para C. Teixeira (1998) a comunicação em saúde diz respeito “ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”.

R.Teixeira (1997) diferencia as “dimensões comunicacionais das práticas de saúde” das “práticas de comunicação em saúde”. A primeira noção é mais abrangente e necessariamente inclui as próprias “ práticas de comunicação em saúde”.

A comunicação entre o prestador de cuidados de saúde e o doente tem sido objecto de variados estudos. Pode entender-se este binómio em dois níveis: - doente/profissional de saúde ou doente/ organização de saúde.

Gonçalves e Domingues (2000) defendem que um programa de qualidade do serviço público assenta num compromisso entre as expectativas dos profissionais e o seu envolvimento com as populações. Neste processo assumem um papel determinante as questões comunicacionais e culturais.

De acordo com Carrachás (2003) a qualidade no atendimento ao doente envolve quatro aspectos: 1- A rapidez do atendimento; 2 - O nível de aceitabilidade dos serviços prestados; 3- A adequação entre o diagnóstico e o processo terapêutico e 4 - A relação

estabelecida entre os profissionais de saúde e os doentes. A humanização do atendimento pressupõe a acessibilidade, a escuta activa do doente, uma resposta positiva e a responsabilidade partilhada pela solução do problema.

Actualmente, variados trabalhos demonstram que a comunicação entre o doente e o seu médico influencia a vivência de saúde e doença, sendo as disfunções comunicacionais apontadas como geradoras de “stress” emocional para o doente (Teixeira, 1996; Trindade, 1996).

A relação técnico – doente de saúde é geralmente formal, distanciada, com linguagem, por vezes, demasiado técnica ou incompreensível para o doente, onde os diferentes grupos de profissionais têm os seus próprios valores, crenças, linguagem, teorias sobre as doenças, regras de comportamento e organização, podendo tudo isto influenciar, em maior ou menor grau, os problemas e dificuldades comunicacionais e a adesão á terapêutica.

Não devemos esquecer que a doença desenvolve, por vezes, a sensibilidade, levando a interpretações enviesadas das palavras e dos gestos.

A troca de informação é muitas vezes condicionada por barreiras que se estabelecem entre os actores sociais.

Podemos salientar, entre outras:

- . O isolamento do doente em relação aos técnicos de saúde;
- . As expressões faciais e a postura do corpo podem inibir o doente;
- . A incerteza e a ignorância causam, frequentemente, ansiedade;
- . A incerteza provoca grande necessidade de informação;
- . O uso de terminologia técnica que não está ao alcance do saber “profano” do doente.

De acordo com Onga e colaboradores (1995) podem identificar-se três objectivos na comunicação médico - doente: 1- Criar uma boa relação interpessoal; 2 – Trocar informação clínica; 3- Tomar decisões terapêuticas. Identificam diferentes estilos comunicacionais – instrumental (orientado para o tratamento) e efectivo (orientado para

os cuidados) – e os seus resultados, como sejam a satisfação, a cumplicidade e aderência ao tratamento, a recordação e compreensão da informação prestada pelo médico.

CAP. 5 - SATISFAÇÃO

*"Nunca ande pelo caminho traçado,
pois ele conduz somente até onde os outros foram."*

Graham Bell

O conceito de “satisfação do doente” é um termo sumário que numa perspectiva teórica se refere ao leque variado de reacções do utente à experiência dos cuidados de saúde, sendo esta, objecto de estudo da Psicologia e de outras Ciências Sociais.

5.1 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

"A satisfação está no esforço e não apenas na realização final"

Gandhi

Os doentes encontram-se em situação de fragilidade o que tende a facilitar a exteriorização das emoções, satisfatórias ou não.

Satisfação é uma atitude, um sentimento ou uma emoção que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções; como tal, é distinta de um comportamento directamente observável.

Uma parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional e organizacional, no domínio da saúde, está relacionada, com efeito, com problemas de comunicação, nomeadamente, ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde e algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver, com a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do doente e sobre as relações, deste com o seu mundo social, cultural e comunitário.

Não há na literatura referências em relação à avaliação da satisfação do doente em Provas de Espirometria.

Na opinião de Graça (1999), a satisfação, enquanto atitude pode compreender três componentes: afectiva, cognitiva e comportamental. Este modelo tripartido, defendido por Rosenberg e Hovland (1960), citado por Neto (1998) que define a atitude como uma disposição resultante dos componentes afectivo, cognitivo e comportamental, permite distinguir e operacionalizar estas três dimensões. Assim, o componente afectivo refere-se aos sentimentos subjectivos e às respostas fisiológicas que acompanham uma atitude. O componente cognitivo diz respeito a crenças e opiniões através das quais a atitude é expressa e o componente comportamental diz respeito ao processo mental e físico que prepara o indivíduo a agir de determinada maneira (Neto, 1998).

Segundo Fachadas (2005), Satisfação é a eliminação da necessidade; repor o estado de equilíbrio.

Uma comunicação satisfatória exige assim a partilha de significados por parte dos interlocutores.

Diversos estudos demonstram que a comunicação deficiente contribui para a insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde (Ferreira, 2003). Os diferentes estilos comunicacionais reflectem-se nas atitudes e comportamentos dos técnicos de saúde e na adaptação do paciente á doença e adesão na terapêutica.

Contudo, a aquisição de competências comunicacionais tem sido negligenciada na formação dos profissionais de saúde, com perdas na qualidade, quer da relação com o doente, quer do processo clínico (Bertman, Wertheimer & Wheeler, 1986).

A satisfação é uma emoção, um sentimento ou uma atitude que pode ser medida através da opinião.

Bensing (1991) estudou um grupo de pacientes da consulta de hipertensão realizada por clínicos gerais, com a preocupação de avaliar a qualidade dos serviços psicossociais prestados aos doentes. Em 95% dos casos encontrou variáveis ligadas á comunicação e os dados mostraram que a conduta afectiva não – verbal tinha elevada correlação com a satisfação dos doentes.

Roter (1989), citado por McIntyre e Silva, (1999) analisou 41 estudos sobre a relação satisfação do doente/comportamento médico e concluiu que receber informação sobre a doença e terapêutica era o factor mais importante para a satisfação. Outra

categoria identificada foi a atitude de escuta, facilitação do diálogo e compreensão do problema por parte do clínico. Relaciona ainda com estes aspectos, uma relação afectiva positiva entre ambos traduzidos nos indicadores Simpatia, Escuta, Interesse, Apoio Emocional e Inclusão de temas não médicos no diálogo médico/doente.

A investigação levada a cabo por McIntyre e Silva (1999) relativa á satisfação de uma amostra de utilizadores do Serviço Nacional de Saúde da Região Norte apresenta taxas de insatisfação de 32% ao nível da comunicação/informação. Nas relações interpessoais os itens que produziram taxas de insatisfação mais elevadas (cerca de 40%) são o apoio emocional e o interesse pelo contexto psicossocial de vida do doente. Por fim, os preditores mais importantes da avaliação global do doente são as variáveis do acesso e da componente mais humana dos cuidados (relações interpessoais; comunicação/informação).

Nascimento e Jesuíno (2003), questionaram 425 sujeitos no sentido de avaliar a satisfação dos utentes e os factores associados. Os resultados obtidos revelaram que a satisfação geral é determinada pelas necessidades e desejos dos pacientes, pela qualidade dos serviços, pela desconfirmação das expectativas e, em menor grau, pela confiança depositada nas instituições de saúde.

Segundo Ribeiro (2001), é do senso comum, que as impressões recolhidas no primeiro contacto com uma situação, condicionam o desenrolar da relação que se estabelece. Também na óptica do doente, a transmissão de segurança ocorre nos primeiros momentos da prestação de um serviço, pelo que dessa apreensão pode resultar, ou não, sentimentos de confiança na qualidade do serviço prestado e até, juízos de valor sobre a competência, o carácter e a personalidade do prestador.

Em todas as prestações de serviços em que no centro figura ou deve figurar o doente, é imperioso pensar que as pessoas, enquanto tal, têm necessidades, desejos emoções, expectativas e que as suas expectativas e as suas atitudes poderão ser o reflexo da comunicação estabelecida.

Citado por Ribeiro, Idalmiro Carraça (1991), citando Balint, enfatiza a relação médico/doente sugerindo que apenas o reconhecimento e a aceitação dos aspectos emocionais associados, a “oferta” que o paciente traz, permite intervenções terapêuticas

eficazes. Vários outros estudos apontam que os determinantes da satisfação dos utentes são suficientemente simples e pouco exigentes.

Também citado por Ribeiro, Comstock et al. (1982) refere como fundamentais a cortesia, o respeito e a informação transmitida ao paciente. De igual modo, reveste-se de particular importância, saber recolher a informação fornecida pelo doente, expressa nas suas queixas, através de uma terminologia mais ou menos profana, não correndo o risco de querer recolher o que o doente não consegue dar e desprezando o que ele quer dar.

CAP. 6 - EMOÇÕES

"Entre todas as diferentes expressões que podem reproduzir um único dos nossos pensamentos, só há uma que é boa. Nem sempre a encontramos ao falar ou escrever, entretanto, o facto é que ela existe, que tudo o que não é ela, é fraco, e não satisfaz a um homem de espírito que deseja fazer-se entender".

Jean De La Bruyère

Os Caracteres

6.1 - CONCEITO, IMPORTÂNCIA E EXPRESSÃO FACIAL

Sem qualquer excepção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção; a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis (Damásio, 2003).

Emoção ou sentimento humano, numa definição mais geral, é um impulso neural que move um organismo para a acção. A emoção diferencia-se do sentimento por se tratar de um estado psicológico. Por sua vez, o sentimento é o resultado de um processo de filtragem da emoção através dos centros cognitivos cerebrais, especificamente o lobo frontal, daí resultando uma mudança fisiológica em acréscimo à mudança psicofisiológica. A designação de sentimento aparece normalmente denotando a natureza imediata dessa agitação e a forma como é experimentada pelos humanos, ainda que, em algumas culturas e em certos modos de pensamento, seja extensível a todos os seres vivos.

A comunidade científica, principalmente na área da psicologia, aplica-a, desde o século XIX, a toda a criatura que mostra respostas complexas similares às referidas pelos humanos como emoção. No entanto, nem sempre assim foi entendida. Os racionalistas, anteriores aos anciões gregos, acreditavam que as formas elevadas,

superiores da existência humana – mentalidade humana, racionalidade, previsão e tomada de decisão – eram possíveis de serem sequestradas pelos piratas da emoção.

Esta crença levou a que, a partir da suposição de que a emoção enfraquece a racionalidade humana, a ênfase, na psicologia, durante vários anos, tivesse sido dada à cognição e racionalidade, e à forma de diminuir a influência da subjectividade e da emoção na tomada de decisão e comportamento (Cacioppo e Gardner, 1999).

De facto, a emoção também foi central a muitos pensadores que influenciaram a psicologia moderna tais como Freud, Darwin, Erikson, Piaget, Bowlby e muito outros (Matsumoto, 2006).

A complexidade das emoções, também referida por Nells e Matthews (2001), resulta da diversidade de manifestações possíveis, incluindo a activação do sistema nervoso autónomo, expressão facial, disposição para se envolver em determinadas acções ou papéis sociais e experiência subjectiva, esta última com a sua importância demonstrada no estudo de Tickle-Degnen e Puccinelli (1999), onde estes autores verificaram uma relação entre a existência de emoções negativas prévias a uma situação e o comportamento não verbal manifesto.

Efectivamente, de acordo com Johnstone e Scherer (2000), existe um consenso entre os psicólogos das emoções em considerar a emoção como uma entidade com múltiplas componentes: a experiência subjectiva ou a sensação, a resposta neurofisiológica (no sistema nervoso central e autónomo) e a expressão motora (na face, na voz e nos gestos). Estes três componentes – sensação, fisiologia e expressão – são muitas vezes referidos como sendo a tríade da reacção emocional. Este consenso entre autores, contudo, não é verificável relativamente à forma como as emoções devem ser conceptualizadas: como categorias discretas (Ekman, 1992.), dimensões (Russel, 1980, citado por Laukka, 2004), protótipos (Shaver, Schwartz, Kirson e O'Connor, 1987) ou componentes processuais (Scherer, Schorr e Johnstone, 2001).

Na comunicação, as manifestações emocionais são importantes e numerosas tendo como suportes privilegiados a voz, as mímicas faciais, os gestos, as posturas corporais e as manifestações neurovegetativas.

A importância das emoções na expressão facial foi primeiramente enfatizada por Darwin (1872), realçando as características biológicas, inatas das expressões faciais nos humanos e primatas (Damásio, 2003; Kertner e Ekman, 2000; LeDoux, 2000; Simões, 1990). Os neonatais têm capacidade para imitar movimentos faciais nos primeiros dias de vida e após poucas semanas, as crianças produzem diferentes respostas emocionais na interacção social. Com o trabalho pioneiro de Darwin na expressão das emoções nos homens e animais, os comportamentos expressivos foram explicados como consequência a outras respostas adaptativas ou como respostas funcionais em si próprias (como sejam os movimentos do músculo facial para fugir de um odor desagradável ou para aceder à visão de algo; movimentos preparatórios para acções intencionais).

Contudo, os componentes motores da expressão ocupam um papel importante na adaptação ao contexto; isto compreende a resposta adaptativa para além da fronteira individual e o potencial de cada sujeito, da comunicação individual de uma reacção a um evento e a intenção de reagir de determinada forma, sobre o ambiente social. Para que o comportamento tenha lugar, os músculos devem mover-se. Assim, a razão pela qual as expressões faciais de determinadas emoções parecem as mesmas em sujeitos diferentes deve-se ao facto da forma como todos contraem e distendem os músculos faciais ser praticamente a mesma, quando expostos a estímulos que evocam, de modo característico, essa emoção. Darwin afirmava que ainda que diferentes espécies apresentem expressões semelhantes, tal deve-se ao facto de contraírem e distenderem os mesmos, ou semelhantes grupos musculares. Para além disso, os comportamentos podem ser semelhantes a um nível mais vasto. Por exemplo, as pessoas fogem do perigo correndo com dois pés e muitos mamíferos fazem-no com as quatro patas, mas a função manifesta é a mesma: a fuga.

Podemos assim afirmar que a emoção, do ponto de vista filogenético, é um mecanismo de adaptação que facilita um organismo na tentativa de *coping* face a eventos que afectem o seu bem-estar. Scherer (1984) propôs que as modificações nos respectivos componentes estão integradas ou sincronizadas dentro do episódio da emoção. Este pressuposto baseia-se no facto de que todos os recursos do organismo são mobilizados e os sistemas acoplados para maximizar as alterações de *coping* face a um evento importante. Assim, uma vez que todos os componentes interagem uns com os

outros, alterações numa componente induzem alterações noutra. Por exemplo, um padrão respiratório aumentado requer um maior suporte de oxigénio, que vai afectar a expressão facial (forma da boca) e a expressão vocal (alterações na pressão subglotal), bem como um número de parâmetros fisiológicos periféricos. Neste contexto surge também o envolvimento de normas sociais, na determinação das nossas emoções. Sousa (2006) refere que esta possibilidade surge em duas etapas, partindo da admissão de que há motivações inconscientes para as emoções. Primeiro, se estamos a experimentar uma emoção que é de todo inapropriada para a ocasião, iremos naturalmente arranjar uma explicação para ela. Segundo, a explicação que arranjaremos será tipicamente socialmente aceite. Esta regra reguladora que obedece a padrões sociais e circunstanciais já anteriormente tinha sido referida por Ekman e Frisen (1969). As emoções têm um carácter pronunciadamente social, podendo regular tanto a transição entre planos do indivíduo, como ajudar na coordenação de acções recíprocas de grupos de indivíduos. Os sinais emocionais, especialmente a expressão facial, permite uma rápida comunicação da disposição e capacidades individuais para prosseguir planos conjuntos. A habilidade para interpretar sinais emocionais tem sido argumentada como tendo um desempenho importante na manutenção de relações bem sucedidas e um funcionamento psicológico saudável (Carton, Kessler e Pape, 1999; Eastwood e Smilek, 2005; Sousa, 2006; Zhou e Lin, 2005) bem como com a satisfação de vida geral (Ciarrochi, Chan e Caputti, 2000; Damásio, 2003).

Os cientistas behavioristas têm vindo progressivamente a reconhecer a importância das emoções para as tarefas básicas de sobrevivência e adaptação (Davidson, Jackson e Kalin, 2000). Afirmam estes autores que a emoção facilita a tomada de decisão, tem uma influência significativa na aprendizagem e na memória, e fornece a motivação para acções críticas em resposta a estímulos ambientais. A emoção é também matéria da individualidade do Homem. É uma componente chave, se não a mais importante, de muitas das dimensões fundamentais da personalidade e factores de vulnerabilidade que regem o risco para a psicopatologia.

A nossa vida reflexiva e emocional pode coexistir em equilíbrio se desenvolvermos capacidades, hábitos e estratégias que permitam a nossa auto-regulação. Todo este desenvolvimento – da inteligência emocional – baseia-se em compreender a natureza humana (racional e emocional), reconhecê-la em nós, depois

nos outros, para melhor gerirmos os nossos pensamentos, emoções e conseqüentemente, comportamentos.

Salovey e Mayer (1990) ilustram esta regulação comportamental remetendo-nos para uma situação conversacional onde, imaginemos, o falante faz uma afirmação sobre uma atitude ou uma intenção. Se, como resultado dessa afirmação, a face do ouvinte se altera em tempo real passando de um sorriso aberto a uma expressão mais neutra ou de raiva, o falante pode guiar a conversação para um novo tópico como tentativa de reevocar o sorriso ou evitar a agressividade. Referem ainda estes autores que todos nós temos a experiência de contar uma piada a um amigo triste numa tentativa de regular o seu estado emocional, monitorizando a expressão facial do amigo para aceder ao impacto da nossa intervenção.

Esta monitorização das expressões faciais para aceder às emoções / estados de espírito dos outros é também referida por outros autores (Damásio, 2003; Eastwood e Smilek, 2005) em que estes últimos afirmam mesmo que o sistema perceptivo humano processa alguma informação visual sem de ela ter plena consciência. Este aspecto foi anteriormente confirmado num estudo com electromiografia de superfície de Dimberg, Thunberg e Elmehed (2000) no qual encontraram activação muscular quando os indivíduos, através da técnica de mascaramento, eram inconscientemente expostos a faces emocionais durante trinta milissegundos, seguidas de faces neutras.

Desta forma, a emoção constitui uma das experiências mais significativas do Homem: acompanha, com efeito, o indivíduo ao longo de toda a sua existência para lhe fornecer um modelo de adaptação nas interações entre o seu organismo e o meio ambiente e Damásio (2003) evidencia que travar uma emoção é tão difícil como evitar um espirro; há sempre qualquer coisa que falha, seja na configuração dos músculos faciais seja no tom de voz. Podemos conseguir evitar a expressão de uma emoção parcial, mas não totalmente. Aquilo que realmente conseguimos é a capacidade de disfarçar algumas manifestações externas da emoção, sem que sejamos capazes de bloquear as manifestações psicossomaticas. Isto é particularmente evidente no domínio das emoções primárias ou universais referidas por vários autores: alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão (Jordan, 1986; Partala et al., 2005). No entanto, existem outros (Ekman, 1999; Izard, 1997) que não partilham esta opinião afirmando que as

emoções, mesmo as mais fortes, podem não se fazer acompanhar por nenhuma expressão, ou por uma expressão característica.

Philips, MacLean e Allen (2002) referem que a maioria dos estudos que examinaram os efeitos da idade nas emoções seguiu uma perspectiva sociocognitiva. As teorias sociocognitivas propõem que com a idade vai havendo um aumento progressivo da habilidade para compreender e regular emoções (pelo aumento da optimização de estados de disposição positivos) e aumento das capacidades de entendimento de características do significado emocional. Adultos mais velhos têm uma experiência de vida extensa de análise de características emocionais em comunicação interpessoal, e assim parece plausível que esta capacidade seja preservada e melhorada com a idade, desenvolvendo uma capacidade para melhor entender, antecipar e reagir às respostas emocionais dos outros, através da acumulação da experiência interpessoal ao longo da vida. Relativamente ao género, parece que a emoção também não se comporta da mesma maneira para homens e mulheres.

Vários são os autores (Beaudichon, 2001; Biele e Grabowska, 2006; Spangler, Geserick e Wahlert, 2005) que referem a existência de evidência científica que revela que as mulheres são mais reactivas no plano mimogestual e mais hábeis em descodificar as manifestações não verbais no outro, em particular as mímicas.

Spangler, Geserick e Wahlert (2005) no seu estudo sobre percepção e interpretação dos pais, das emoções dos seus filhos, realizado a vinte e três casais, mostraram que as mulheres estão mais bem preparadas para responder emocionalmente às crianças, eventualmente pela influência hormonal no comportamento, particularmente da oxitocina. Besson et al. (2002) referem ainda que as mulheres são mais rápidas do que os homens no processamento emocional, mesmo quando este é feito apenas pelo reconhecimento de estímulos auditivos, ou seja, sem acesso à expressão facial e baseado no significado linguístico da palavra (Schimmer, Kotz e Friederici, 2002).

No entanto, embora segundo Simon e Nath (2004) o senso comum partilhe esta opinião, o estudo por eles realizado a 1490 indivíduos, de ambos os sexos, cuja

metodologia se baseou em auto-relatos, encontrou resultados diferentes. Ambos os sexos foram similares relativamente à frequência com que referiram experiências emocionais, mas diferentes relativamente à sua valência, ou seja, os homens referiram mais frequentemente emoções positivas, sentimentos de calma e excitação, e as mulheres negativas, de ansiedade e tristeza. A dicotomia calma *versus* ansiedade, para os dois sexos, foi por estes autores explicada pela diferença na proximidade aos filhos, com as mulheres como o elemento mais presente e educacional e conseqüentemente com maior vivência de todas as problemáticas inerentes. Outro factor ainda referido por estes autores é a prevalência da ansiedade e quadros depressivos, maioritários no sexo feminino, facto largamente referido pela bibliografia da área. Um outro estudo, de Biele e Grabowska (2006), também sugere dependência do tipo de emoção, referindo que as mulheres são melhores a reconhecer expressões faciais de medo e tristeza e os homens na identificação de expressões de raiva.

O diagnóstico pode desencadear reacções emocionais como ansiedade, negação (como mecanismo de adaptação), depressão, raiva e *stress*.

CAP. 7 - ATITUDES E CRENÇAS

"Tudo é possível para aquele que crê".

Textos Bíblicos

Evangelho de Marcos 9,22

Relativamente à cultura, enquanto contexto interveniente em comunicação, falamos de crenças, de regras e normas partilhadas, por um grupo de indivíduos. Embora de forma invisível, todos vivemos de acordo com uma determinada cultura, assim como através dela podemos conhecer outros modos de vida.

A cultura é um dos aspectos mais importantes da identidade social de uma pessoa. Para Neto (1998), a cultura é o “sistema organizado de significações, percepções e crenças partilhadas por pessoas que pertencem a um grupo particular”.

A componente cultural adquiriu nos nossos dias uma importância incontestável. Mais do que fazer uma abordagem reducionista circunscrevendo os cuidados de saúde aos aspectos físicos e psicológicos, os profissionais de saúde estendem a sua atenção para a vertente cultural. Como é possível prestar cuidados a um doente esquecendo o seu meio social, os seus valores e as suas crenças? Com efeito, a cultura de uma pessoa acompanha-a e determina o seu modo de agir, o seu modo de pensar, o seu modo de estar na vida. Estes aspectos devem merecer a atenção dos profissionais de saúde, de forma a dar uma resposta adequada às necessidades das diferentes culturas que actualmente compõem o panorama demográfico do nosso país.

Conhecer e compreender as heranças sócio – culturais dos indivíduos tornou-se um imperativo, ao qual urge dar uma resposta.

As diversas culturas que fazem parte da sociedade portuguesa possuem as suas próprias redes sociais, de solidariedade e de regência constituindo comunidades com crenças, valores e estilos de vida próprios que as caracterizam e que no conjunto formam a sua identidade.

A comunicação é, assim um fenómeno social complexo, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de

códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma mesma cultura ou sub cultura. Os códigos culturais e linguísticos, e os rituais de interação diferem, segundo as culturas e sub culturas, e o desconhecimento ou não respeito por estas diferenças nos diferentes contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos.

Atitudes

Segundo Eagly e Chaiken (1993,1995 citado por Feldman, 2001) e Ajzen (1988 citado por Lima, 1993), “as atitudes são predisposições aprendidas para responder de maneira favorável ou desfavorável a uma determinada pessoa, comportamento, crença ou objecto”.

Segundo Lima (1993), as definições de atitude mais utilizadas são as que foram definidas por Allport (1935) que define atitude como “um estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objectos ou situações com que se relaciona”, e ainda a definição dada por Rosenberg e Hovland (1960), em que “atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas”.

As atitudes constituem uma das dimensões do quadro das representações sociais, a dimensão avaliativa, e é nesse quadro que elas ganham sentido enquanto geradoras de juízos avaliativos sobre o meio (Vala, 1993).

De acordo com o “modelo tripartido clássico”, a atitude é uma disposição organizada em três componentes:

- . “Afectivo”, no que se refere aos sentimentos e às respostas fisiológicas que o acompanham;
- . “Cognitivo”, relativo a crenças e opiniões que “sustentam” a atitude;
- . “Comportamental”, refere-se ao processo mental e físico que conduz o indivíduo a agir de determinada maneira (Neto, 1998).

De acordo com o mesmo autor, são vários os factores que contribuem para aumentar a consistência atitude-comportamento:

. “Experiência directa” do indivíduo com o objecto da atitude, ou seja, a experiência vivida com determinados objectos ou situações aumenta a consistência entre atitude e comportamento. É de esperar que numa pessoa que já tenha vivenciado a experiência de efectuar um determinado exame, o seu comportamento seja diferente do que teria se tal não tivesse acontecido;

. “Pertinência pessoal” no que se refere á relação entre atitude e comportamento quando o que está em questão para uma pessoa é um direito adquirido;

. “Diferenças individuais” no que respeita á predisposição natural de algumas pessoas para expressar consistência entre as suas atitudes e comportamentos.

De acordo com Norman (1975), os sujeitos com alta “consistência afectivo-cognitiva” são mais susceptíveis de agir de acordo com as suas atitudes do que aqueles cujos sentimentos e crenças estejam em conflito;

“Auto-vigilância” na medida em que a capacidade de auto-observação e de auto-controlo dos comportamentos verbais (opinião) e não verbais (conduta) face a determinadas situações, torna o sujeito mais ou menos pragmático e afecta a consistência atitude/comportamento (Neto, 1998).

Temos aqui apenas alguns factores de personalidade que interferem na relação entre atitude e comportamento. Contudo, existem outras noções como crença, opinião, valores e ideologia que estão envolvidas no conceito atitude e que interferem na consistência atitude/comportamento. Assim, a crença, representa a conceptualização em que assenta a atitude. A opinião, envolve julgamentos, logo, comparativamente com a atitude, situa-se mais ao nível cognitivo do que emocional ou sentimental. Os valores, enquanto variável psicológica, estão estreitamente associados ás atitudes.

Reflectir sobre a relação entre atitude e comportamento parece-nos tarefa difícil, na medida em que o nosso conhecimento fica muito aquém do necessário para abordar esta temática.

O problema do conhecimento das atitudes dos sujeitos é uma questão importante a nível individual e interpessoal, e tem-se tornado cada vez mais importante em termos sociais, reflectindo-se na realização de vários estudos sobre esta temática.

Segundo Rajecki (1989 citado por Feldman, 2001), os psicólogos sociais geralmente consideram as atitudes segundo o Modelo ABC, o qual sugere que uma atitude é constituída por três componentes: afecto, comportamento e cognição. O componente afecto, engloba as nossas emoções negativas ou positivas sobre alguma coisa – como a sentimos. A componente comportamento consiste numa predisposição ou intenção para agir de uma determinada maneira que é relevante de acordo com a nossa atitude. Finalmente, a componente cognição refere-se às crenças e aos pensamentos que mantemos sobre o objecto da nossa atitude.

Toda a atitude tem estes componentes interrelacionados, embora variem em termos do elemento que predomina e na natureza da relação.

Apesar de vários autores apresentarem diferentes posições quanto ao conceito de atitude, alguns pontos se apresentam em comum (Lima, 1993):

- As atitudes referem-se a experiências subjectivas. Os autores referem-se às atitudes como expressando o posicionamento de um indivíduo ou de um grupo, construído a partir da sua história e, portanto, com um carácter aprendido.

- As atitudes são sempre referidas a um objecto. Quando se fala de atitude de um indivíduo ou de um grupo social refere-se imediatamente face a quê. Como por exemplo: atitude face aos exames de diagnóstico, atitude face à doença.

- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa. As diferentes teorias acentuam mais ou menos as ligações à cognição e ao comportamento, mas está sempre presente a dimensão afectivo – avaliativa, isto é, uma atitude traduz sempre uma posição que, face a um determinado objecto social, pode ser expressa por gosto/não gosto, concordo/discordo.

Pode-se deduzir, que diferentes sujeitos podem ter atitudes diferentes face a um mesmo objecto. As atitudes são fruto da interacção social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que permitem aos sujeitos situar a sua posição face à de outros sujeitos num determinado momento do tempo.

Também é importante salientar que as atitudes existem suportadas por crenças, que constituem a sua componente cognitiva e racional. Segundo vários autores, as atitudes

são uma combinação de crenças, sentimentos ou avaliações e alguma predisposição para agir em consonância (Leyens, 1979; Lima, 1993; Feldman, 2001).

É possível medir as atitudes através das crenças, opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um determinado objecto, utilizando escalas de atitudes (Lima, 1993).

Crenças

Sabe-se, da psicologia cognitiva e dos modelos de processamento de informação, que o modo de captar e de processar informação, acerca de objectos ou determinados acontecimentos, é efectuado através de esquemas mentais, sendo diferentes de sujeito para sujeito. A forma como os sujeitos filtram, interpretam e organizam a informação colhida faz com que cada sujeito construa uma determinada crença acerca de algo e a assuma como verdadeira. Tenderá a interpretar toda a realidade envolvente de forma a validar essa sua crença, mesmo que isso implique enviesar a interpretação de alguma informação que recebe do meio interno ou do meio externo (Pereira e Silva, 2002).

Segundo alguns autores, como Lima (1993), a crença constitui um “construto limítrofe do de atitude. Tal como as atitudes, refere-se a um determinado objecto, mas por crença entende-se a informação de que uma pessoa dispõe acerca do objecto, face ao qual se pode sempre associar uma probabilidade de veracidade.”

A resposta de um sujeito a uma situação social depende do modo como ele a concebe. O modo como o sujeito interpreta certos acontecimentos sociais – isto é, a natureza da cognição social – não é, em princípio, diferente do modo como interpreta e tenta compreender qualquer acontecimento, social ou não (Gleitman, Fridlund e Reisberg, 1999).

Segundo Fazio e Zana (1981 citado por Ogden, 1999), as crenças que sustentamos têm origem em informação obtida directamente (através da nossa experiência pessoal) ou indirectamente (através da interacção com os outros).

Por exemplo, no hospital, é frequente observar que as pessoas procuram saber a opinião dos outros, sempre que confrontadas com uma situação que não compreendem totalmente.

Os sujeitos formam as suas crenças com base naquilo que observam, mas também com base no que os outros disseram ou escreveram (Leyens, 1979; Gleitman, Fridlund e Reisberg, 1999).

É através das crenças que os sujeitos encontram argumentos para, numa discussão, defender a posição atitudinal, que é basicamente afectiva. Muitas crenças sociais são acompanhadas de fortes sentimentos.

Fishbein e Ajzen (1975, 1980 citados por Lima, 1993) na sua teoria da acção reflectida desenvolvem o conceito de atitude, definido como a força das crenças relativas a um determinado objecto, pesado pela avaliação que o sujeito faz dessas mesmas crenças. Assim, atitude seria função da avaliação das crenças a que determinados objectos estão associados, pesados pela importância que lhes é atribuída ou força da crença. Segundo este modelo, diferentes atitudes podem ser suportadas pelas mesmas crenças e avaliadas da mesma forma.

7.1- RELAÇÃO ENTRE CRENÇAS/ATITUDES/COMPORTAMENTOS E EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Reflectir sobre a relação entre atitude e comportamento afigura-se-nos tarefa difícil, na medida em que o nosso conhecimento representa um infinitésimo do necessário para abordar este tema. Contudo, apraz-nos o interesse de reflectir sobre que atitudes estão subjacentes a determinados comportamentos.

Em relação à revisão efectuada pela investigadora, não foram encontrados estudos que relacionem as crenças e atitudes relativas às provas de Espirometria com a duração do exame, a colaboração e a satisfação dos sujeitos, tornando-se uma das limitações desta investigação.

Deste modo, houve necessidade de pesquisar e seleccionar estudos sobre outros procedimentos técnicos, como a mamografia e as técnicas endoscópicas, com características enquadradas com o tema desta investigação, e considerados como um contributo relevante para a sua respectiva fundamentação teórica.

A informação seleccionada e descrita foi referente apenas aos pontos considerados úteis para este trabalho de investigação, uma vez que os exames de

diagnóstico referenciados são diferentes, com objectivos distintos e com resultados associados às suas próprias características.

Apesar dos estudos seleccionados apresentarem como principal base (fundamentação teórica e metodologia) de investigação o Modelo de Crenças da Saúde, que analisa factores preditivos e precursores de comportamentos de saúde e de doença, não foi efectuada uma abordagem desenvolvida deste modelo, por não fazer parte dos objectivos desta investigação.

Mas os estudos foram considerados relevantes na medida em que servem de complemento aos conceitos anteriormente descritos sobre as crenças e atitudes, sendo também úteis na compreensão da influência destes dois factores psicossociais na realização de procedimentos técnicos de diagnóstico, bem como na adesão à sua realização.

As barreiras à realização da mamografia, os benefícios obtidos quando se faz este exame, bem como a adesão e a regularidade da sua realização, têm sido alvo de estudos, que relacionam estes aspectos com a importância das atitudes, crenças e comportamentos.

Alguns autores, como Taplin e Montano (1993 citado por Champion e Scott, 1997), encontraram barreiras como o desconforto físico e o incómodo, que constituem preditores significativos na realização de mamografias. Além disto, a percepção dos benefícios que se pode obter com a realização da mamografia, também influencia na adesão a este exame.

Champion e Scott (1997) efectuaram uma investigação que teve como objectivo avaliar as crenças e atitudes relativas à mamografia, aplicando um questionário baseado no Modelo de Crenças da Saúde, a 329 mulheres. Neste estudo destacam-se duas das quatro variáveis analisadas, que estão relacionadas com as crenças e atitudes relativas aos exames de diagnóstico, e que são os *benefícios percebidos* (distinção de atributos positivos) e as *barreiras percebidas* (distinção de atributos negativos) para a realização da mamografia.

Os benefícios percebidos referem-se às crenças relativas à eficácia da mamografia para a redução da ameaça do cancro da mama. As barreiras percebidas

relacionam-se com aspectos potencialmente negativos de um comportamento para a saúde, e que actuam como obstáculos à efectivação desse mesmo comportamento, como sejam o medo, a dor e o desconforto. A partir dos resultados obtidos é possível verificar que existe correlação entre a percepção dos benefícios e das barreiras para a realização da mamografia e a sua respectiva adesão.

Segundo as autoras deste estudo, as mulheres tendem a aderir menos à mamografia, se a percepção das barreiras, como a ocorrência de dor e do desconforto for dominante durante o exame, mas tendem a aderir mais se predominar a percepção dos benefícios obtidos com o exame, como, por exemplo, a detecção precoce de um nódulo mamário (Champion e Scott, 1997).

Aumentar o número de realização de mamografias, efectuadas pela primeira vez continua a ser um desafio. Por este motivo, Richards, Viadro e Earp (1998) efectuaram um estudo teórico sobre as barreiras à realização da mamografia, tendo verificado que existem barreiras individuais que englobam as crenças, atitudes e experiências vividas anteriormente, barreiras organizacionais que incluem as recomendações e as percepções do médico assistente; barreiras comunitárias (sociais) que são referentes às normas sociais e a acessibilidade à mamografia, e por último, as barreiras populacionais que envolvem os factores sócio-económicos, a distribuição dos cuidados de saúde e a política social.

Para o nosso estudo, apenas serão referenciadas as barreiras individuais e as respectivas intervenções desenvolvidas por estes autores.

As crenças e atitudes das mulheres, em relação ao cancro da mama e à mamografia, podem constituir barreiras à adesão, quer à realização da mamografia inicial, quer à de controlo, afectando a decisão da mulher em cada etapa do processo de rastreio. Os autores verificaram assim que as mulheres que nunca fizeram a mamografia e que nunca pensaram em a realizar, foi devido ao facto de não acreditar na sua necessidade. Outra crença que encontraram nas mulheres que não a realizaram, mas com planos para a efectuar, foram os custos e a acessibilidade para a sua realização.

As mulheres que já realizaram a sua primeira mamografia acreditavam na necessidade de a repetir para controlo (Richards, Viadro e Earp, 1998).

As recomendações e a informação transmitida pelo médico assistente para a realização da mamografia parecem ser pontos fundamentais para o aumento na realização da mesma. Nos estudos realizados, as mulheres referem como determinante a influência do médico para efectuarem a mamografia (Richards, Viadro e Earp, 1998).

Segundo Richards e colaboradores (1998), as intervenções associadas ao combate a estas barreiras consistem em estratégias que contribuem para o conhecimento sobre a doença e sobre os benefícios da mamografia, nomeadamente promovendo atitudes positivas, reforçando a importância e a eficácia da mamografia. Estas estratégias incluem visitas domiciliárias, contactos telefónicos e informação escrita sob a forma de cartas de esclarecimento personalizadas. De acordo com os autores, os trabalhos em que aplicaram estas estratégias, demonstraram um aumento no número de mulheres a realizar mamografia.

Han, Williams e Harrison (2000) efectuaram também um estudo interessante com o objectivo de descrever os conhecimentos e as crenças relativas ao cancro da mama e a realização da mamografia, em 107 mulheres americanas coreanas. Dos resultados obtidos, os autores observaram que 42% das mulheres nunca tinham sido submetidas à mamografia. Verificaram que entre as variáveis estudadas do Modelo de Crenças da Saúde, a referente às barreiras era significativamente elevada e a referente aos benefícios era baixa. Isto significa que, o receio e o embaraço para a realização da mamografia, o desconhecimento sobre os benefícios da realização desta técnica no diagnóstico da doença são alguns dos factores que afectam negativamente a sua realização. Pelo contrário, observaram que os incentivos dos membros da família e do médico assistente eram preditores positivos para a sua realização.

Ao nível de procedimentos endoscópicos para a prevenção de alguns tipos de cancros do foro intestinal e rectal, foram efectuados alguns estudos para avaliar as crenças e as atitudes dos sujeitos em relação a diferentes técnicas de diagnóstico, como a colonoscopia e a sigmoidoscopia flexível.

Nesta perspectiva, Janz, Wren, Schottenfeld e Guire (2003) efectuaram um estudo em 355 sujeitos para avaliar as crenças, atitudes e comportamentos relativos ao cancro do colón e recto e respectivos exames de diagnóstico, nomeadamente a colonoscopia e a sigmoidoscopia flexível.

Referenciando apenas o campo das crenças relativas aos benefícios e barreiras destas técnicas, os autores observaram que os sujeitos de raça caucasiana aderiam mais à sua realização do que os indivíduos de raça negra, pelo facto de os primeiros possuírem uma informação prévia das técnicas.

Pelo mesmo facto, os sujeitos do sexo masculino também aderiam mais do que os do sexo feminino. As recomendações e as informações dadas pelos médicos influenciaram cerca de 75% dos sujeitos na realização destes procedimentos, o que é considerado bastante significativo. Os autores verificaram ainda a existência, nestes indivíduos, da percepção de barreiras relativas a estes procedimentos que os influenciavam significativamente, nomeadamente pensar que não necessitavam de os realizar e o embaraço/incómodo que provocavam. A ansiedade na realização dos exames e o medo do resultado, também foram encontrados num número significativo de sujeitos.

7.2 - IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NAS CRENÇAS E ATITUDES RELATIVAS AOS EXAMES DE DIAGNÓSTICO

A informação recebida sobre algo, constitui um elemento que interfere com os sujeitos a vários níveis: físico, psicológico, social, cultural, económico, etc. A informação referente aos exames de diagnóstico pode ser recebida por diversos meios: livros, brochuras, comunicação social, profissionais de saúde, familiares, etc. Essa informação, dependendo do modo de transmissão, pode eventualmente influenciar as crenças e atitudes dos sujeitos que vão ser submetidos pela primeira vez a um determinado procedimento médico.

Um dos pontos que é frequentemente analisado nestes estudos é a comunicação do profissional de saúde com os sujeitos – doentes, que inclui a informação transmitida por este, sobre os exames de diagnóstico.

Segundo Soar Filho (1998), “a interacção médico – doente é entendida como uma co-construção, mediada pelos contextos nos quais ocorre e pelas reacções

emocionais dos agentes envolvidos”. Este autor faz também uma referência à “qualidade da informação sobre a natureza do problema e sobre os procedimentos”, e salienta a presença de uma forte carga emocional nos sujeitos, quando são submetidos aos procedimentos de diagnóstico, devido ao temor provocado pela ansiedade.

Existem frequentemente dúvidas sobre a competência do profissional de saúde, impaciência sobre a origem dos sintomas, etc.

A informação, prestada com clareza, sobre os exames de diagnóstico – explicando em que consistem – reforçando a necessidade e a importância da sua realização, bem como a transmissão de segurança por parte do profissional de saúde, podem ser acções relevantes na construção das crenças e atitudes dos sujeitos.

Farraye e outros colaboradores (2004), num estudo relativo às técnicas endoscópicas utilizadas para o rastreio do cancro do cólon e recto, verificaram que, os sujeitos que mais aderiam a estes procedimentos, referiam como importante a recomendação e a informação dada pelo médico assistente, e portanto acreditavam que deviam realizar estes exames, mesmo na ausência de sintomas.

McCoy Metsch, McCoy Pereyra, Trapido e Miles (1998) realizaram um estudo que teve como objectivo examinar a relação entre as fontes de informação e a realização da mamografia. Segundo a pesquisa efectuada por estes autores, verifica-se que a relação médico-legal nem sempre é a mais adequada relativamente às recomendações clínicas e que os conhecimentos das mulheres sobre a mamografia são frequentemente inadequados. As fontes de informação sobre a prevenção dos cuidados de saúde, em que se inclui a mamografia, foram divididas em seis grupos: contactos telefónicos (“telefone hotlines”), família ou amigos, médico, local de trabalho, média (TV, rádio, revistas, livros e jornais) e brochuras.

Segundo os resultados apresentados pelos autores, a principal fonte de informação (90,2%) sobre o cancro da mama e a mamografia referida pelas mulheres entrevistadas foi dos média, seguida pela do médico, sendo ambas descritas como um elemento chave motivador para a realização da mamografia. Em terceiro lugar, destacaram as brochuras informativas e amigos ou familiares, e por último, o local de trabalho e os contactos telefónicos (“telefone hotlines”). Este estudo revelou a

importância do papel do profissional de saúde no incentivo das mulheres para realizar a mamografia.

CAP. 8 - METODOLOGIA FÍLMICA NA PESQUISA

"Não é o fim que é interessante, mas os meios para lá chegar".

Georges Braque

As grandes transformações sociais e tecnológicas, nomeadamente no domínio da comunicação e da informação, as mudanças no campo educativo e nos paradigmas de investigação têm dado um novo papel e importância à imagem.

A introdução da cinematografia e da imagem animada sonora na investigação, veio modificar bastante o conjunto das relações, observação imediata/observação diferida/linguagem (C. de France, 1989). Citado por Natália Ramos (2005) in “Contribuição do Método Fílmico para o Estudo das Representações Sociais: Perspectivas Teóricas e de Pesquisa”.

Segundo Ramos (2005) “A aliança da observação e da escuta, da linguagem verbal e não verbal que a imagem em movimento, do documento Fílmico proporciona, constitui, ao nível teórico e metodológico, um instrumento essencial em diferentes domínios, nomeadamente, em Ciências da Saúde, em Ciências Sociais e em Ciências da Educação”.

Este método ocupa hoje um espaço importante em disciplinas que, até muito recentemente, utilizavam sobretudo as descrições e análises verbais, as quais, embora muito importantes, apresentavam algumas lacunas.

A câmara, o filme, vêem como um microscópio ou um espelho mágico, reflectir, desvendar essa outra linguagem, a linguagem corporal – emocional, gestual, postural – captar a memória do corpo, as técnicas do corpo, a comunicação não verbal e verbal. Vêm ainda facilitar a compreensão da relação entre as representações e as práticas, colocar em relevo processos de aprendizagem e a comunicação nas suas diferentes dimensões.

O filme, ao permitir o registo contínuo e minucioso das actividades e comportamentos, ao captar o gesto e a palavra, vem revelar elementos comunicacionais e da vida quotidiana. Estes aparecem como banais e fugazes, como detalhes sem

importância, mas são, todavia, importantes para a análise e comparação das representações sociais, do meio social e cultural, dos procedimentos e técnicas implicados nas práticas sociais e educativas.

O filme constitui um instrumento de comunicação inter/transcultural por excelência, um meio de expressão privilegiado do tempo, do espaço e dos lugares.

A observação fílmica permite um reconstituir pormenorizado, completo e real do que o investigador observou e dá a possibilidade de se poder observar e analisar uma situação repetidamente. Desde cedo que os antropólogos reconheceram as vantagens desta metodologia, utilizando-a, aperfeiçoando-a no sentido de captar uma realidade objectiva e clara, livre de interpretações e sugestões dos próprios investigadores.

Vários são os autores que se referem às vantagens da observação fílmica: facilita a macro e a micro análise temporal das actividades e das interacções, permite apreender o desenvolvimento contínuo e global dos comportamentos e actividades, permite fazer a análise da comunicação não só verbal, mas também gestual e postural, permite fazer uma observação diferida, repetida, minuciosa e captar em detalhe os movimentos, as posturas, as mímicas, os comportamentos mais discretos de uma actividade, permite ainda a compreensão da relação entre as representações e as práticas, a visualização das sequencias fílmicas, favorecendo, muitas vezes, nos protagonistas uma consciencialização de comportamentos e gestos que no discurso são desvalorizados ou negados.

Mead citada por Ramos (2001) defende que o filme permite observar comparar e salvaguardar os comportamentos para gerações futuras. A mesma autora considera que “O filme constitui um método científico para estudar, observar, analisar, de forma ordenada, rigorosa, repetida, diferida, minuciosa, o Homem, os seus comportamentos, as suas actividades, as suas formas de comunicar e as relações que estabelece com os outros, com o seu meio e os contextos históricos e sociais onde está inserido”. A observação sequencial fílmica das actividades e comportamentos em meio natural é muito importante para estudar as práticas de cuidados e estilos comunicacionais. (Ramos, 1998, 2004).

A constatação e a comparação entre o que se diz e o que se faz são uma necessidade para o enriquecimento da própria investigação.

Os estudos culturais comparativos, assim como a confrontação do discurso parental e dos educadores com a observação fílmica em meio natural, constituem uma metodologia importante, não só para analisar os processos de desenvolvimento e educação nas suas especificidades e universais, como também para compreender a relação complexa entre as representações, os estilos comunicacionais, as práticas de cuidados, saúde e educação e os contextos sociais e culturais. Ramos (2002)

O método Fílmico fornece vantagens únicas. Através dele podemos olhar a realidade sem enviesamentos, lembrar sem correr o risco de adicionar ou subtrair informações, contrapor a linguagem verbal e a linguagem não verbal, captar elementos que poderiam passar despercebidos e que se revestem de uma importância extrema para a compreensão objectiva e real de situações, comportamentos, relações sociais e familiares.

CAP. 9 - ALMADA – HOSPITAL – HOSPITAL GARCIA DE ORTA

"Deus fez o campo e o homem fez a cidade".

William Cowper

ALMADA

De acordo com várias fontes, o nome da cidade tem origem no toponímio árabe Almadan significando “a mina”; termo que após várias derivações vem no século XVII a adquirir a forma de Almada.

Almada foi uma vila árabe até 1147, sendo “cristianizada” após a conquista de Lisboa; o seu domínio definitivo só foi conseguido contudo em 1195.

Conheceu ao longo de vários séculos um crescimento lento mas continuado, apenas abalado pelos estragos do terramoto de 1755, que causou danos elevados e deixou destruídas, ou em ruínas, a grande maioria das construções existentes.

No último quartel do século XIX inicia-se a expansão urbana e a passagem da economia agrícola á economia industrial que vai distinguir a vila e o concelho do restante território.

Almada é hoje uma cidade portuguesa, com cerca de 166 013 habitantes, pertencente ao Distrito de Setúbal, região de Lisboa e sub-região da Península de Setúbal, sendo actualmente a sexta cidade mais populosa em Portugal.

Almada é sede de um pequeno mas densamente povoado município com 69,98 km² de área e 166 013 habitantes (2006), subdividido em 11 freguesias.

Tem uma intensa vida própria, uma dinâmica que se reflecte nos eventos culturais, académicos e desportivos, nacionais e internacionais, e é um centro privilegiado de turismo e de lazer, um pólo estudantil e de investigação um concelho que desenvolve as suas potencialidades na consolidação e projecção de uma cidade jovem, activa, moderna e com qualidade de vida.

HOSPITAL

Na área da saúde, os hospitais, enquanto unidades de produção de cuidados de saúde, são estruturas onde se reúnem profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais que configuram formas de poder-saber que se organizam no seu interior e reflectem estratégias particulares de poder.

Na maior parte dos países, a principal estrutura institucional de medicina científica é o hospital, com as suas regras de funcionamento específicas, rituais, códigos sociais e culturais, onde o doente é padronizado, despersonalizado, despojado dos seus suportes de identidade cultural e social, afastado da família e das pessoas mais significativas. O hospital tem uma cultura própria, médica, tecnológica, hierárquica, social, em relação á qual a maioria dos doentes, não está habituada.

Nesta perspectiva, o hospital apresenta-se “como um lugar onde o pessoal, composto maioritariamente, mas não exclusivamente, por profissionais, está envolvido em complexos processos negociativos para atingir propósitos individuais e para trabalhar no contexto da divisão do trabalho estabelecida” (Carapinheiro, 1998).

O hospital é uma estrutura organizada por serviços de acção médica e outros, onde se prestam cuidados diferenciados com o auxílio de tecnologia sofisticada, onde diferentes grupos profissionais actuam num cenário de competitividade e colaboracionismo.

HOSPITAL GARCIA DE ORTA

9.1 - BREVE RESENHA HISTÓRICA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Razão de Ser

O Hospital Garcia de Orta (HGO) entrou em regime de instalação em 1991 com os serviços de Medicina, Cirurgia e Urgência Geral para adultos. A obra começara cerca de três anos antes, fruto de um projecto elaborado em 1973 e entretanto não actualizado, o que tem justificado algumas adaptações indispensáveis e por vezes, dispendiosas.

A decisão governamental de mandar construir este Hospital Público integrado no Serviço Nacional de Saúde e implantado na margem esquerda do Tejo teve como principal causa a insuficiente resposta hospitalar para os problemas de saúde da população residente nos Concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

Na verdade, o antigo Hospital da Misericórdia de Almada tornara-se há longo tempo demasiado exíguo para servir as crescentes necessidades de uma população cada vez maior.

A inauguração oficial do Hospital Garcia de Orta realizou-se a 16 de Dezembro de 1991, integrando o HGO o Sistema Nacional de Saúde. De acordo com a lei nº 27/2002 de 8 de Novembro de 2002, o HGO passou a Sociedade Anónima (S.A.) em Janeiro de 2003.

Designação – Quem foi Garcia de Orta

Em 1989 foi decidido por Portaria ministerial que o Hospital de Almada passasse a ser designado por Hospital Garcia de Orta.

Este investigador e grande naturalista do século XVI, nasceu em Castelo de Vide, filho do mercador Fernando (Isaac) da Orta e de Leonor Gomes. Os pais eram judeus expulsos de Espanha pelos Reis Católicos em 1492. Estudou nas Universidades de Salamanca e Alcalá de Henares, diplomando-se em Artes, Filosofia Natural e Medicina por volta de 1523. Regressou então a Castelo de Vide e ali exerceu medicina.

Em 1525 instalou-se em Lisboa, onde se tornou médico de D. João III.

Sete anos volvidos, em 1534, decidiu emigrar para a Índia (Goa) como médico pessoal de Martim Afonso de Sousa, aonde viria a desenvolver vários trabalhos de investigação.

Em 1543 casou com uma rica herdeira, Brianda de Solis, mas o casal desentendeu-se pouco depois. Pensava também encontrar naquelas distantes paragens maior sossego para si e para a sua família, numa altura em que a inquisição incomodava fortemente os fiéis da religião hebraica, cuja fé Garcia de Orta professava.

Foi médico de vários governadores e do Sultão de Ahmadnagar, exercendo igualmente o comércio e outras actividades lucrativas.

Em Goa, aonde viveu 34 anos, veio a publicar em 1563 a sua obra mais notável, “Colóquios dos Simples e Drogas da Índia”, que, segundo Luís de Camões, daria “na Medicina um novo lume”. Para Almeida Garrett, “não é apenas um tratado de ciência, mas também um monumento da história da arte e da linguagem”.

Garcia de Orta faleceu em Goa em 1568 sem nunca ter tido directamente problemas com a Inquisição, apesar de esta ter estabelecido um tribunal na Índia em 1565. Contudo, logo após a morte de Orta, a Inquisição iniciou uma feroz perseguição á sua família. A sua irmã, Catarina, foi condenada por Judaísmo e queimada viva num Auto – de – Fé em Goa em 1568.

9.2 - O HOSPITAL GARCIA DE ORTA NO CONTEXTO DA UNIDADE DE SAÚDE DE ALMADA, DA PENÍNSULA DE SETÚBAL E DA REGIÃO A SUL DO TEJO

Esta instituição hospitalar, central, organizada por serviços, está localizada junto aos acessos da ponte 25 de Abril e o seu edifício baseia-se numa tipologia tradicional, em forma de H, com nove pisos, tendo anexos outros corpos menores.

Os pisos e os corpos menores destinam-se a instalações gerais e de apoio, reservando-se os pisos em elevação para as unidades de internamento.

O Hospital dispõe de 629 camas e está inserido na área de influência da Grande Lisboa, abrangendo directamente uma população de cerca de 350.000 habitantes e indirectamente cerca de 1.200.000, servindo os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

Tem duas entradas: uma principal, a Sul, a partir da E.N.337, destinada a visitas, pessoal, ambulâncias e doentes; outra secundária, a poente, para abastecimentos, saída de funerais e, eventualmente, saída alternativa de ambulâncias.

Possui ainda, a nascente, uma saída de emergência junto à via de acesso ao complexo da Junta Autónoma das Estradas.

A programação de qualquer tipo de Hospital deve ser pensada em função das necessidades da população que serve, de molde a procurar encontrar a melhor solução nas vertentes que são da sua competência.

A população que um Hospital serve pode limitar-se estritamente á sua zona de influencia (no caso do HGO, cerca de 350000 habitantes). Contudo, para determinadas valências, como sucede por exemplo no HGO desde 1992 em Saúde Materna e Infantil, a sua área de influência compreende também a Península de Setúbal e a Região a Sul do Tejo para situações de alto risco materno, neonatal e infantil.

Por decisão ministerial, o HGO foi então considerado Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, o que, por definição, implicou a criação de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

Nesta vasta região, da Península de Setúbal, onde residem cerca de um milhão de habitantes o serviço Nacional de Saúde compreende cinco Hospitais, situados em Almada, Barreiro, Montijo, Setúbal e Santiago de Cacém, 18 Centros de Saúde e 76 Extensões.

Cada Hospital (Almada, Barreiro e Setúbal) integrar-se-á com os Centros de Saúde respectivos numa Unidade de Saúde. Estes Hospitais deverão seleccionar as valências onde desenvolverão uma maior diferenciação técnica, de forma complementar e subsidiária entre si, evitando assim a transferência de doentes para os Hospitais de Lisboa.

O crescimento demográfico desta vasta região, que representa a principal zona de intervenção do Hospital Garcia de Orta, deve-se em grande parte á sua relativa juventude, quando comparada com a pirâmide etária do país.

Actualmente o Hospital Garcia de Orta, EPE, é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto – lei nº 558/99, 17 de Dezembro, e do artigo 8º do anexo da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro.

O Hospital rege-se pelo regime jurídico, aplicável ás entidades públicas empresariais com as especificidades previstas no Decreto – Lei nº233/2005, de 29 de Dezembro. Tem por objectivo principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com elevado padrão de qualidade através da utilização eficiente de recursos, à

população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, designadamente aos beneficiários do serviço nacional de saúde e aos beneficiários dos sistemas de saúde ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral.

É um hospital geral de agudos que tem todas as especialidades médicas, excepto cirurgia Cardiorácica e Estomatologia.

Contudo, atendendo à diferenciação técnica dos seus profissionais e ao seu apetrechamento tecnológico, é um hospital de referência, em muitas especialidades, para outros, sobretudo da Península de Setúbal e da Zona Sul do País, mas também para vários hospitais de outras regiões.

CAP. 10 - LABORATÓRIO DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

*"O real serve-nos para fabricar
melhor ou pior um pouco de ideal".*

Anatole France

O LFR encontra-se situado no piso três do HGO, funciona num serviço denominado “Bloco de Exames Especiais”, que comporta diversas salas de exames de várias valências: Pneumologia, Cardiologia, Gastrenterologia, Urologia e Neurologia.

O LFR do Serviço de Pneumologia, onde decorreu a nossa investigação, situa-se na sala número 10 do Bloco de Exames Especiais, possui suficientes recursos humanos e físicos, os equipamentos necessários, adequados e actualizados para a correcta realização dos exames de Espirometria. (*ver extracto fílmico nº5*)

É uma sala com regulação de temperatura própria – ar condicionado e com bons acessos permitindo a entrada de doentes com dificuldades motoras que se façam deslocar em cadeiras de rodas ou em macas.

Este laboratório, funciona de segunda a sexta – feira no horário das oito horas às dezasseis horas com interrupção para almoço entre as treze e as catorze. Dá resposta em média entre quinze e vinte doentes por dia, realizando a sua maioria exames de Espirometria.

Parte II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

" Há aquilo que se sabe e há aquilo que se ignora.

Entre uma coisa e outra está aquilo que se supõe".

André Gide

CAP.1 – METODOLOGIA

O método consiste essencialmente num conjunto de operações que têm em vista a consecução de objectivos determinados. “O método corresponde a um corpo orientador da pesquisa que, obedecendo a um sistema de normas, torna possível a selecção e a articulação de técnicas, no intuito de se poder desenvolver o processo de verificação empírica (...) O método consiste, por tudo isso, num plano orientador de trabalho.” (Pardal e Correia, 1995)

Na definição e construção do objecto optamos, desde logo, por uma estratégia metodológica assente no método de pesquisa de terreno. Ao pretender-se estudar a comunicação entre um grupo profissional – CPL e Doentes, a investigação nos primeiros dias de observação participante, revelou-se difícil senão impossível de realizar, pela maior condicionante: - tempo útil disponível para efectuar a investigação.

Assim, optamos por tentar avaliar a relação comunicacional através de inquéritos por questionário dirigido aos doentes e por metodologia fílmica.

Relativamente à avaliação, será feita pelo método de análise de conteúdo.

1. 1 - OBJECTIVO DA INVESTIGAÇÃO

Pretende-se avaliar o processo comunicacional que se estabelece entre os CPL e os doentes, na tentativa de esclarecer:

- Se o acolhimento, a integração e a explicação dada ao doente no laboratório de função respiratória, influenciam o resultado,

- Se durante a realização dos exames de Espirometria, sendo a comunicação/explicação, transmitida pelo CPL considerada uma parte importante deste, esta influencia o desempenho e a satisfação do doente e por sua vez, a fidedignidade do resultado,
- Se para além da comunicação, existem outros factores que influenciam no desempenho e na satisfação do doente, sendo assim necessário alterar a forma de comunicar com os doentes para promover uma melhor colaboração e satisfação nestes exames,
- Se o tipo de acolhimento dado aos doentes pode ser influenciado pelo número de exames diários realizados no laboratório.

O estudo a desenvolver visa dar um contributo para o conhecimento científico da relação comunicacional que se estabelece entre técnicos de saúde – Cardiopneumologistas e doentes na realização de Espirometrias.

1. 2 - PROBLEMA – JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Num estudo deste género, são muitas as questões que se colocam ao investigador. Uma das primeiras poderá ser mesmo:

Qual o tema da investigação?

Que tipo de dados devem ser procurados?

Que estratégia adoptar?

O desempenho do doente influencia o resultado e a qualidade da Espirometria, muito particularmente ao nível da Capacidade Vital Forçada. É importante que os exames tenham qualidade e esta preocupação é expressa nas “*guidelines*” da *American Thoracic Society* (ATS), que desde 1974 faz referência a esta questão, a qual permanece na actualização de 2000. No entanto, não existe referência sobre como avaliar o desempenho do doente, o que na nossa actividade diária, é uma preocupação constante.

Uma vez que a literatura existente é omissa quanto á avaliação do desempenho do doente, tentaremos estabelecer um paralelo com a avaliação da aprendizagem (escolar), tendo em vista que na Espirometria, o doente deverá reproduzir aquilo que lhe é ensinado

e exemplificado pelo Técnico (Cardiopneumologista), “*Perhaps the most important component in successful pulmonary function testing is a well-motivated, enthusiastic technician*” (Miller et al, 2005). Este deve instruir o doente sobre as manobras que irá realizar, demonstrando-as sempre que necessário e utilizar uma linguagem simples e acessível “*The interactions between technicians and subjects are crucial to obtaining adequate spirometry, since it is such an effort-dependent manoeuvre. Technicians must be trained and must maintain a high level of proficiency to assure optimal results.*” (American Thoracic Society, 1994).

O CPL faz a avaliação desse desempenho com base na sua sensibilidade e experiência. Para garantir a fidedignidade do exame deve investir na explicação e na exemplificação correcta das manobras, utilizando a comunicação mais adequada.

A comunicação pode ser vista como uma aptidão que se pode melhorar desde que haja disponibilidade, sendo o objectivo, o enriquecimento do próprio indivíduo, do grupo ou da sociedade.

Os outros são tão importantes para nós como nós somos para eles; é através dos outros que medimos o nosso desempenho, tomando consciência do valor da nossa comunicação e interacção, contribuindo para que as relações interpessoais se tornem mais dinâmicas e mais enriquecedoras.

Gerir essas relações de forma harmoniosa e produtiva torna-se um desafio permanente.

Segundo Carapinheiro, citada por Ribeiro (2001), os exames complementares de diagnóstico, são frequentemente, causa de forte ansiedade, por parte do doente, podendo induzir sentimentos de insegurança, medo e até de pânico. Por outro lado, a aparente complexidade tecnológica dos equipamentos, o ambiente, a ansiedade ligada à revelação do diagnóstico e a comunicação que se estabelece durante a realização do exame, marcam, de modo decisivo, o comportamento da pessoa. É, muitas vezes, face a este comportamento que surge a distinção entre “doente colaborante” e “doente não colaborante”, baseada em critérios de maior ou menor colaboração face ao exame.

Segundo Ribeiro (2001), “quando se interrogam os doentes acerca da sua satisfação relativa á hospitalização, referem a alimentação, o tempo de espera, a habitabilidade, entre outros, como factores determinantes na sua apreciação, esquecendo, ou raramente referindo, a competência técnica”.

Este estudo pareceu-nos relevante porque a literatura, no caso da Espirometria, é omissa em relação ao estudo/avaliação de parâmetros como a satisfação e a avaliação de desempenho

A crescente importância da alta tecnologia desumanizou o Hospital, observando-se um certo distanciamento entre o profissional e o doente. Por outro lado, as exigências em aumentar a produtividade dos serviços, influenciam o tempo de execução de cada exame/o tempo destinado a cada doente.

Os doentes experimentam frequentemente sensações de angústia, em relação ao exame ou a um possível diagnóstico.

A comunicação Cardiopneumologista/Doente e o desempenho deste último são factores determinantes para a fidedignidade do exame. As PFR/Espirometria são consideradas como exame de primeira linha na avaliação de variadas formas de doença pulmonar. “A interacção técnico/doente é o factor mais importante para a fiabilidade dos resultados” (Cardoso, Ferreira e Costa, 2006).

O “stress” induz emoções que alteram o comportamento observável e interferem com mecanismos biológicos e cognitivos. Se o “comportamento observável” – elogio – levar o individuo a perceber que “se está a sair bem”, o facto apazigua as emoções negativas, diminui a activação vegetativa e, cognitivamente, propicia a que o individuo substitua os pensamentos de temor por outros que geram confiança e em que reconhece que “está a ultrapassar as dificuldades”.

O “stress” intenso faz com que o comportamento observável passe de adequado a inadequado (Serra, 1999).

Por vezes, a falta de domínio informativo sobre os exames leva a que o doente se mostre mais ansioso. Por outro lado, o facto de vir acompanhado tranquiliza-o mais e apresenta-se com maior segurança.

Segundo Ribeiro (2001), analisar a transacção comunicacional entre técnicos de saúde e doentes, reveste-se de particular interesse, na medida em que, enquanto actores sociais, no palco dos exames complementares de diagnóstico, os emissores têm que ser capazes de transmitir a mensagem de modo a que seja partilhada, respeitando os padrões culturais do “público” alvo. E, como são os utentes que avaliam o sistema de saúde e se

pronunciam sobre a qualidade dos serviços prestados, torna-se fundamental que sejam considerados como parte importante no processo.

Todos estes factores motivacionais estiveram subjacentes à escolha do objecto de estudo – O Factor Comunicação em Provas de Espirometria.

Por último, mas não menos importante, salientamos o interesse pessoal da autora não só pela área da saúde – universo que desde muito cedo tem despertado a sua atenção e que esteve na origem da escolha da actividade profissional que exerce há vinte anos, como também, por estas problemáticas de aplicabilidade diária se repetirem no seu dia a dia de trabalho.

Tratando-se dum estudo de certo modo pioneiro optou-se por uma abordagem observacional e descritiva procurando respostas para as seguintes questões:

1 – Em que medida o acolhimento, a integração e a explicação dada ao doente no laboratório de função respiratória influenciam os resultados da Espirometria.

2 - Será que durante a realização do exame de Espirometria, sendo a comunicação/explicação, transmitida pelo CPL considerada uma parte importante deste, influencia o desempenho e a satisfação do doente e por sua vez, a fidedignidade dos resultados?

3 - Para além da comunicação, será que existem outros factores que influenciam no desempenho e na satisfação do doente, sendo assim necessário alterar a forma de comunicar com os doentes para promover uma melhor colaboração nestes exames?

4 - O tipo de acolhimento dado aos doentes, pode ser influenciado pelo número de exames diários, realizados no laboratório?

1.3 - TIPO ESTUDO

A presente dissertação é um estudo descritivo exploratório, tendo em conta “o reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”. Esta descrição, deve ser rigorosa e resultar

directamente dos dados recolhidos, incluindo no caso deste estudo, registos de observações, documentos escritos (questionários) e gravações de imagem em vídeo. (Carmo, 1998).

“Os estudos do tipo exploratório – descritivo não consistem em verificar a teoria, mas em desenvolver conceitos ou produzir hipóteses para estudos futuros. Nos estudos deste tipo tenta-se isolar e definir conceitos importantes que emergem dos dados e permitem uma explicação ou uma melhor compreensão dos fenómenos” (Fortin, 1999). Em relação à exploração de factores, “é provável que não existam concepções organizadas que possam servir de quadro conceptual para justificar a questão de investigação, pois, o domínio foi pouco ou nada estudado” (Fortin, 1999).

Os estudos descritivos, segundo Duhamel e Fortin, “usam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (1999).

1.4 - POPULAÇÃO EM ESTUDO

De acordo com Fortin (1999), uma população é constituída por um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios; os elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente constituem a designada população-alvo.

A população alvo participante, foi constituída por doze doentes da consulta do Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta – Hospital EPE (Entidade Publica Empresarial), independentemente do diagnóstico e cumprindo os critérios de inclusão e de exclusão, dos quais 7 (58%) são do sexo masculino e 5 (41,7%) são do sexo feminino.

A amostra é homogénea, não probabilística, de conveniência, constituída por doentes que realizem Espirometrias no Laboratório de Função Respiratória, pertencente ao Serviço de Pneumologia, do Hospital Garcia de Orta e que cumpram os critérios de inclusão e de exclusão.

1.5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão:

- Indivíduos de ambos os sexos com Idades superiores a 18 anos e inferiores a 80 anos
- Doentes em situação clínica estável ou controlada
- Indivíduos com diferente grau de alfabetização
- Consentimento informado dos doentes para participar no estudo

Exclusão:

- Indivíduos de ambos os sexos com Idades inferiores a 18 anos ou superiores a 80 anos
- Doentes com exacerbação de doenças, ou seja com um agravamento significativo de um sintoma ou de uma doença.
- Os doentes não autorizarem a participação no estudo

1.6 - LOCAL DE RECOLHA DA AMOSTRA

A nossa amostra foi recolhida no Hospital Garcia de Orta (*ver fig. n.º 11*), mais propriamente no Laboratório de Função Respiratória (*ver fig. n.º 12*).



Figura 11 – Hospital Garcia de Orta EPE (fonte HGO, EPE-LFR)



Figura 12 – Laboratório de Função Respiratória (fonte HGO, EPE-LFR)

A escolha deste local obedeceu ao critério de maior facilidade de acesso por ser o local de trabalho da investigadora.

1.7 - VARIÁVEIS

Dependentes – Desempenho e Satisfação dos Doentes

Independentes – Comunicação das CPL

Variáveis intermédias – Idade, Sexo, Habilitações Literárias

1.8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projecto de investigação foi submetido à aprovação pela Comissão Coordenadora do Mestrado. Após a sua aprovação, solicitamos autorização formal à Instituição, nomeadamente ao Director do Serviço de Pneumologia, para a realização deste estudo no Laboratório de Função Respiratória, com a respectiva utilização do equipamento, material e sala pertencentes a este Serviço.

Em meio natural, mesmo que tenhamos reflectido na estratégia fílmica que vamos adoptar, é somente quando estamos com a câmara na mão que podemos verdadeiramente escolher o enquadramento e o melhor ângulo de visão, colocar em destaque aquilo que queremos analisar, descrever e daí a importância do investigador estar por detrás da câmara e do processo de realização. É necessário respeitar o desenrolar natural das actividades e obter a autorização dos intervenientes para serem filmados. (Ramos 2004)

Foi pedido o consentimento informado dos doentes seleccionados (uma vez que a metodologia usada requer recolha de imagem), através do preenchimento de consentimento informado, salvaguardando-se a sua identidade.

Todos os doentes concordaram em participar no estudo sem quaisquer contrapartidas. No entanto, relativamente ao registo de imagens de vídeo houve casos de recusa.

- Autorizações do serviço (*ver Anexo 1*)
- Consentimento informado dos doentes (*ver Anexo 1*)

Apesar da banalização actual da utilização dos instrumentos e técnicas audiovisuais, nomeadamente da câmara de vídeo, a realização de um extracto fílmico de pesquisa assenta sobre opções metodológicas, estratégias fílmicas precisas e procedimentos éticos.

Flathey introduziu alguns princípios éticos, nomeadamente sobre o estabelecimento de relações de colaboração, de diálogo e de respeito mútuo entre o observador e as pessoas filmadas, e sobre o princípio de não filmar os indivíduos sem o seu consentimento. Para este autor, conhecer e observar os Homens exige um contacto familiar e paciente com eles nos seus contextos de vida. Para Flarthey, mais importante que captar apenas o exótico, o excepcional, importa observar o Homem na sua unidade e humanidade, na sua grandeza e limitações, nas suas emoções comuns a todos os Homens. Para Vertov, a câmara é um olho mecânico que completa e aperfeiçoa o olho humano e que permite uma nova percepção do mundo. In “Contribuição do Método Fílmico para o Estudo das Representações Sociais: Perspectivas Teóricas e de Pesquisa. (Ramos, 2005)

1.9 - RESULTADOS ESPERADOS

A comunicação tem influência na fidedignidade dos exames de Espirometria.

Não obstante a pequena e diversificada dimensão da nossa amostra, esperamos encontrar alguma evidência empírica confirmando a influência do tipo de relacionamento dos profissionais com os resultados dos exames.

Dependendo do tipo de relacionamento que se estabelece entre o doente e o técnico assim é a qualidade obtida no resultado do nosso exame de Espirometria.

O bom acolhimento e a boa integração do doente, feita pelo CPL no LFR, com base numa comunicação adequada, promove o estabelecimento de um bom relacionamento, que permite ao doente colaborar melhor nas manobras necessários, atingindo assim a qualidade e a fidedignidade do exame.

Contudo não será conveniente extrapolar os resultados que iremos obter para a população em geral.

1.10 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para atingirmos os objectivos a que nos propomos, pretendemos usar um protocolo de procedimentos e dois instrumentos de recolha de dados:

- Protocolo de procedimentos relativo á metodologia utilizada na realização das Espirometrias

O CPL deve actuar em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhe conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da profissão, com objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção.

Este profissional assume um papel fundamental no Laboratório de Provas de Função Respiratória onde se realizam as Espirometrias. É ele quem recebe o doente, explica o tipo de exame que irá efectuar e durante a realização das manobras o incentiva para uma boa colaboração, resultando numa maior fiabilidade do exame, fazendo uma interpretação sumária do mesmo e elaborando um relatório técnico.

Para realizar uma Espirometria é necessário um espirómetro, um bocal descartável, um filtro anti – vírico e anti – bacteriano descartável e uma pinça nasal.

O doente deve ser instruído, previamente (quando marca o exame) para não fumar e não ingerir uma refeição pesada nas duas horas prévias ao exame, bem como para não administrar broncodilatadores nas seis horas anteriores.

Antes da realização do exame de cada doente, preenche-se a ficha electrónica, com base nos seguintes parâmetros: peso, altura, data de nascimento, sexo e raça do doente entre

outras informações de carácter fundamental, obtendo-se assim os valores basais de referência para os parâmetros espirométricos daquele doente.

O CPL deve instruir o doente sobre as manobras que irá realizar, demonstrando e exemplificando sempre que necessário, utilizando uma linguagem simples e acessível.

Após o equipamento estar calibrado, é personalizado e o doente familiarizado com o mesmo. Entende-se por personalizar o equipamento o ajuste do espirómetro com o respectivo bocal e filtro á altura da boca do doente, de forma que este, na posição de sentado, respire mantendo o queixo paralelo ás pernas (*ver fig.3 e 9*).

Seguidamente, pede-se que respire com calma, normalmente, a volume corrente, pelo menos durante três ciclos respiratórios. Após uma expiração normal, solicita-se que realize uma inspiração máxima até ao nível da capacidade pulmonar total e de seguida uma expiração tão rápida e tão forte quanto possível, tipo sopro, até ao nível do volume residual. Pede-se que prolongue o tempo de expiração forçada de forma a atingir seis segundos (controlo de qualidade). No final desta expiração procede-se a uma inspiração máxima tão rápida quanto possível até á capacidade pulmonar total, seguindo-se novamente a respiração a volume corrente.

O CPL deve utilizar estratégias (comunicação verbal e não verbal) de forma a conseguir obter a melhor colaboração do doente e por sua vez o resultado mais fidedigno.

- Observação fílmica

Foi efectuado um registo em vídeo das Espirometrias, para observar o desenrolar do exame e colocar em relevo os processos de aprendizagem e a comunicação, nas suas diferentes dimensões.

Os exames só foram filmados após obtenção do consentimento informado dos doentes. O uso da câmara de vídeo foi muito bem aceite, pela maioria dos doentes, ao contrário do que inicialmente se esperava, não interferindo o seu uso, em nossa opinião, pode dizer-se, na “expressão” natural e forma de realizar o exame.

Este registo foi contínuo, através de 1 câmara de vídeo estrategicamente colocada num ângulo da sala, ou na mão do investigador, o que permitiu captar gestos, palavras, olhares, considerados como elementos comunicacionais da vida quotidiana banais e fugazes, mas que se apresentam com um papel muito importante para a análise dos procedimentos e técnicas implicadas.

A observação fílmica nesta investigação foi restringida apenas dentro dos exames de Função Respiratória, à técnica da Espirometria.

Pelo facto de ter sido o investigador a solicitar aos doentes o consentimento informado, optou por não ser filmado a realizar os exames de modo a impedir que os doentes ao realizarem os mesmos fossem influenciados.

- Questionário

O questionário anónimo é a forma mais adequada para recolher dados e “refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio formulante preenche. (...). Possui a vantagem de os inquiridos se sentirem mais confiantes, dado o anonimato, o que possibilita detectar informações e respostas mais reais.” (Cervo e Bervian, 1996).

Após conclusão do exame, no secretariado e com a ajuda dos seus elementos, foi preenchido um questionário pelos doentes, a fim de se perceber, analisar e verificar que informações tinham antes do exame, com que informações ficaram depois e com que grau de satisfação abandonaram o nosso laboratório. (*Ver Apêndice 2*)

1.11 - PROCEDIMENTOS

Segundo Fortin (1999), o processo de recolha de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes. No entanto, antes de se proceder à recolha de dados propriamente dita, existem algumas diligências a serem tomadas, como os pedidos de autorização para usar determinados serviços, instalações,

equipamentos e materiais, das respectivas instituições, considerar as questões éticas e fazer uma avaliação dos potenciais problemas.

Para que fosse possível a realização desta investigação, foi pedido apoio e consentimento ao Director de Serviço do Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta e do respectivo LFR, o qual apoiou e autorizou a realização da investigação. Os pedidos, as autorizações e os consentimentos informados encontram-se anexados, e datam de 18 e 30 de Janeiro de 2007 e 26 de Fevereiro de 2007 (*Anexo nº 1 e 2*)

Por questões éticas, a identidade dos participantes neste estudo é salvaguardada.

O equipamento utilizado para a realização das Espirometrias foi um Plétismografo que tem um Pneumotacógrafo acoplado da marca Master Screen Body da Jaeger, versão 5.0.e que nos permite a obtenção deste tipo de exames – as Espirometrias.

A captação, armazenamento e análise dos sinais espirométricos foram realizados num computador de marca DELL, no qual estavam instalados os programas de Software da Espirometria, assegurando desta forma, a fidedignidade na qualidade do sinal obtido.

Os bocais e os filtros da marca Viasys anti viricos e anti bacterianos utilizados em cada doente são descartáveis e as pinças nasais esterilizadas.

A avaliação individual de cada doente demorou em média cerca de 30 a 40 minutos.

Os procedimentos da recolha de dados tiveram a seguinte sequencia:

- Pedidos de autorização ao Director de Serviço
- Consentimento informado dos doentes
- Provas de Espirometria – Filmagem

- Questionário

Pela proximidade da investigadora com a amostra, esta não fez parte dos Cardiopneumologistas que realizaram as Espirometrias, para não influenciar os doentes nas respectivas filmagens, uma vez que posteriormente as ia estudar, analisar e interpretar.

2. TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados recolhidos neste estudo, através do questionário, foram analisados, no programa estatístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS, versão 13).

Relativamente aos dados obtidos através da Filmografia são definidos como observacionais.

CAP. 2 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

*"Saber não é suficiente; é necessário aplicar,
Querer não basta; é preciso agir".*

Goethe

2.1 - DOS QUESTIONÁRIOS

Os resultados apresentados nesta dissertação resultam do tratamento estatístico baseado nos questionários que foram aplicados aos doentes do HGO – LFR e as conclusões a que chegamos resultam de uma análise descritiva da amostra, enquanto que outras conclusões foram obtidas através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, ou seja, uma alternativa ao teste ANOVA I.

Caracterização da amostra

O total da amostra é de **12 doentes** pertencentes à consulta do Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta – Hospital EPE (Entidade Publica Empresarial), dos quais 7 (58,3%) são *do sexo masculino* e 5 (41,7%) são *do sexo feminino* (ver gráfico n°1).

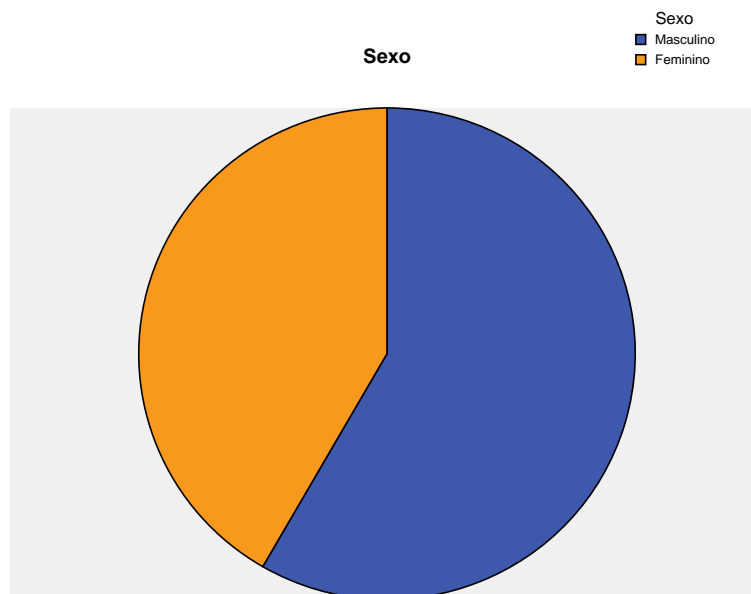


Gráfico 1 – Distribuição da amostra consoante o sexo

Faixa etária

Em relação à *faixa etária* podemos verificar que temos 1 doente (8,3%) que está inserido na faixa etária dos 25 aos 34 anos e o mesmo se observa na faixa etária dos 35 aos 44 anos (8,3%). Na faixa etárias dos 45 aos 54 anos estão inseridos 2 doentes (16,7%). Dos 55 aos 64 anos estão inseridos 4 doentes (33,3%); na faixa etária dos 65 aos 74 anos estão inseridos 2 doentes (16,7%) e dos 75 aos 84 anos estão inseridos 2 doentes (16,7%). O que perfaz um total de 12 doentes tal como foi referido anteriormente. Podemos afirmar que temos uma amostra em que as várias faixas etárias estão representadas (*ver gráfico n°2*).

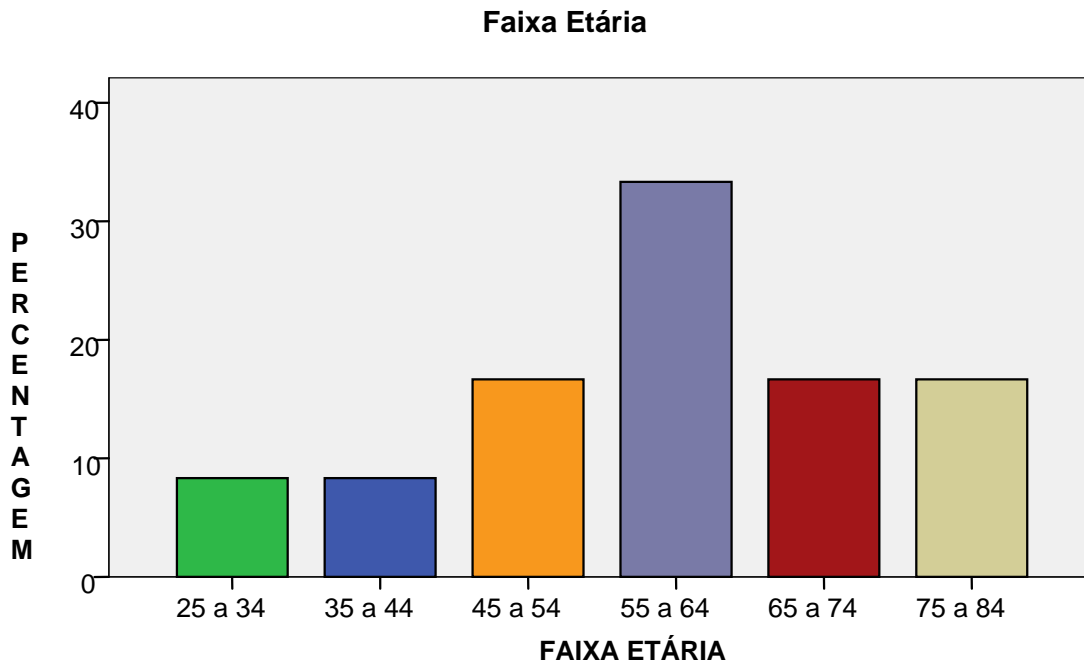


Gráfico 2 – Distribuição da amostra consoante a faixa etária

Habilitações Literárias

Em relação às habilitações literárias a amostra distribui-se da seguinte forma, como podemos verificar na *tabela n°1*: Dos 12 doentes, verificou-se que 9 doentes (75%) têm

o ensino primário e 3 doentes (25%) têm mais do que o 12ºano. Neste caso não temos uma amostra representativa dos vários níveis de escolaridade (*ver tabela nº1*).

Habilitações Literárias	Nº de Doentes	%
Sem Escolaridade	0	---
Ensino Primário	9	75%
Até ao 9ºAno	0	---
Até ao 12ºAno	0	---
Mais que 12ºAno	3	25%
Total	12	100%

Tabela 1 – Distribuição da amostra consoante as habilitações literárias.

Para tentar quantificar e avaliar “a comunicação dos CPL com os doentes e a satisfação destes na realização das Espirometrias”, colocámos várias questões no questionário.

Realizou este exame

Em relação ao doente “*já ter realizado este exame anteriormente*”, observou-se que dos 12 doentes, apenas 4 doentes (33,3%) iam fazer este exame pela 1ª vez e os restantes doentes (66,7%) já tinham experiência anterior.

- No questionário quando perguntamos se o doente “*Já sabia o que era um exame de Provas Funcionais Respiratória*”, 9 dos 12 doentes responderam que sim (75%), em contrapartida 3 doentes responderam não (25%).

- Quando se pergunta “*Se as informações dadas durante o exame foram a seu pedido ou por Iniciativa do CPL*”, podemos observar os resultados na *tabela nº2*.

Informações Dadas	Nº de Doentes	%
A seu pedido	2	16,7%
Por iniciativa do CPL	10	83,3%
Total	12	100%

Tabela 2 – Distribuição da amostra consoante as informações foram dadas a pedido do doente ou por iniciativa do CPL.

- No questionário quando se pergunta se “*Acha que as informações dadas sobre o exame foram suficientes*”, todos os doentes afirmaram que sim.

No questionário, quando se pergunta o que achou relativamente a este exame no que respeita:

Ao Atendimento:

- Se foi *Correcto ou Incorrecto* (ver tabela nº3), 10 doentes (83,3%) responderam que foi muito correcto, apenas um doente (8,3%) respondeu que foi correcto e um doente respondeu que foi pouco correcto (8,3%). O que nos faz concluir que de uma forma geral a comunicação foi bem efectuada.

Atendimento (Correcto ou Incorrecto)	Nº de Doentes	%
Muito Correcto (1)	10	83,3%
Correcto (2)	1	8,3%
Pouco Correcto (3)	1	8,3%
Incorrecto (4)	0	---
Muito Incorrecto (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 3 – Distribuição da amostra consoante o atendimento foi considerado correcto ou incorrecto.

- Se foi *Delicado ou Indelicado* (ver tabela nº4), 11 doentes (91,7%) responderam que foi muito delicado, apenas um doente (8,3%) respondeu que foi delicado. O que nos faz concluir que o atendimento foi feito de uma forma muito delicada.

Atendimento (Delicado ou Indelicado)	Nº de Doentes	%
Muito Delicado (1)	11	91,7%
Delicado (2)	1	8,3%
Pouco Delicado (3)	0	---
Indelicado (4)	0	---
Muito Indelicado (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 4 – Distribuição da amostra consoante o atendimento foi considerado delicado ou indelicado

Ao Tempo de espera

No que se refere à variável *Tempo de Espera*, podemos verificar, com base no *gráfico nº3*, que 8 doentes (66,7%) responderam que estiveram *menos de 15 minutos* à espera para serem atendidos, 3 doentes (25%) responderam que estiveram *entre 15 a 30 minutos* e 1 doente (8,3%) esteve *mais do que 30 minutos* à espera de ser atendido.

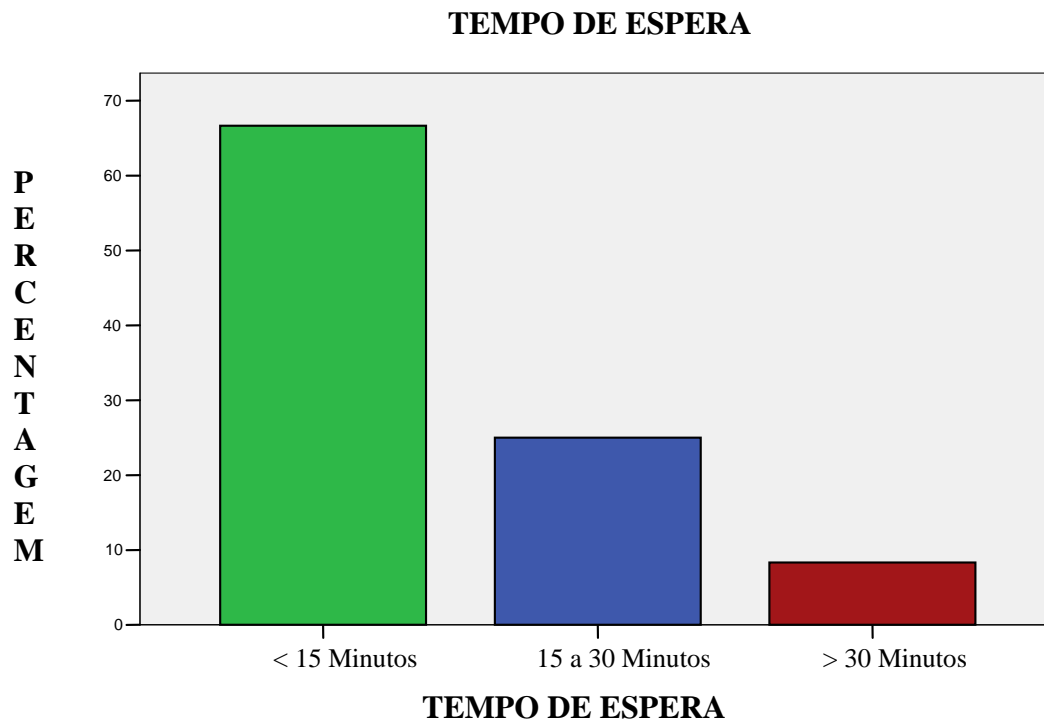


Gráfico 3 – Distribuição da amostra consoante o tempo de espera

Ao Exame

- Se foi considerado *Confortável ou Desconfortável*, (ver tabela nº5), 10 doentes (83,3%) responderam que foi muito confortável, apenas um doente (8,3%) respondeu que foi confortável e outro doente (8,3%) respondeu que foi pouco confortável. O que nos faz concluir que os doentes, de uma forma geral, afirmaram que o exame foi muito confortável.

Exame (Confortável ou Desconfortável)	Nº de Doentes	%
Muito Confortável (1)	10	83,3%
Confortável (2)	1	8,3%
Pouco Confortável (3)	1	8,3%
Desconfortável (4)	0	---
Muito Desconfortável (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 5 – Distribuição da amostra consoante o exame foi considerado confortável ou desconfortável.

- Se foi considerado *Fácil ou Difícil* (ver tabela nº6), 10 doentes (83,3%) responderam que foi muito fácil, apenas um doente (8,3%) respondeu que foi fácil e outro doente (8,3%) respondeu que foi pouco fácil. O que nos faz concluir que os doentes de uma forma geral afirmaram que o exame foi muito fácil.

Exame (Fácil ou Difícil)	Nº de Doentes	%
Muito Fácil (1)	10	83,3%
Fácil (2)	1	8,3%
Pouco Fácil (3)	1	8,3%
Difícil (4)	0	---
Muito Difícil (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 6 – Distribuição da amostra consoante o exame foi considerado fácil ou difícil.

- Se foi considerado **Rápido ou Demorado**, (ver tabela nº7), 10 doentes (83,3%) responderam que foi muito rápido e apenas dois doentes (16,7%) responderam que foi rápido. O que nos faz concluir que os doentes de uma forma geral afirmaram que o exame foi muito rápido.

Exame (Rápido ou Demorado)	Nº de Doentes	%
Muito Rápido (1)	10	83,3%
Rápido (2)	2	16,7%
Pouco Rápido (3)	0	---
Demorado (4)	0	---
Muito Demorado (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 7 – Distribuição da amostra consoante o exame foi considerado rápido ou demorado.

Instruções Dadas

- Se foram consideradas **Claras ou Confusas** (ver tabela nº8), 11 doentes (91,7%) responderam que foram muito claras e apenas um doente (8,3%) respondeu que foram claras. O que nos faz concluir que os doentes, de uma forma geral, afirmaram que as instruções foram fornecidas de forma muito clara

Instruções Dadas (Claras ou Confusas)	Nº de Doentes	%
Muito Claras (1)	11	91,7%
Claras (2)	1	8,3%
Pouco Claras (3)	0	---
Confusas (4)	0	---
Muito Confusas (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 8 – Distribuição da amostra consoante as instruções dadas foram consideradas claras ou confusas.

- Se foram consideradas *Suficientes ou Insuficientes* (ver tabela nº9), 11 doentes (91,7%) responderam que foram muito suficientes e apenas um doente (8,3%) responderam que foram suficientes. Estes dados fazem-nos concluir que os doentes, de uma forma geral, consideram que as instruções fornecidas foram muito suficientes.

Instruções Dadas (Suficientes ou Insuficientes)	Nº de Doentes	%
Muito Suficientes (1)	11	91,7%
Suficientes (2)	1	8,3%
Pouco Suficientes (3)	0	---
Insuficientes (4)	0	---
Muito Insuficientes (5)	0	---
Total	12	100%

Tabela 9 – Distribuição da amostra consoante as instruções dadas foram consideradas Suficientes ou Insuficientes.

Comportamento dos CPL

- Se foi *Atencioso ou Indiferente*, todos os doentes (100%) responderam que foi muito atencioso.

- Se foi *Competente ou Incompetente*, todos os doentes (100%) responderam que foi muito competente.

Teste Não Paramétrico de Kruskal-Wallis

Para se conseguir chegar a mais conclusões tivemos que utilizar o *teste não paramétrico de Kruskal-Wallis*, ou seja, é uma alternativa ao teste ANOVA I.

Os dados têm de provir de amostras independentes de populações com a mesma forma, que não necessita de ser normal.

No que se refere à variável *ordem de atendimento* e à variável *tempo de espera*, verificou-se que as médias das classificações são muito semelhantes para todos os grupos. Além disso, o nível de significância é muito elevado **0,635** (superior a 0,05), pelo que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os grupos (*ver tabela nº10*). Como podemos ver na tabela, **8 doentes** responderam que estiveram <15 minutos à espera, **3 doentes** responderam que estiveram entre 15 a 30 minutos e **1 doente** disse que esteve mais de 30 minutos à espera. O doente que esteve mais de 30 minutos à espera, no dia em que foi fazer o exame foi o terceiro a ser atendido. Neste caso, a variável ordem de atendimento tem uma grande relação com a variável tempo de espera, como foi referido anteriormente, o nível de significância é muito elevado.

A hora de marcação do exame e a hora a que os doentes vão para o hospital, tem muita influência. Por vezes têm exame marcado para as dez horas e vão para o hospital às oito ou às nove horas; o que significa que poderão correr o risco de esperar uma ou mais horas para a realização do seu exame. Esta situação pode estar relacionada com a ansiedade dos doentes, com a sua disponibilidade (reformados) e até mesmos com as horas dos transportes públicos ou com a realização de outros exames.

Ao nível da comunicação organizacional em saúde, os doentes identificam, frequentemente, dificuldades de articulação, nomeadamente, dificuldades burocráticas/administrativas de circulação entre os diferentes serviços, desconhecimento e falta de compreensão dos modelos organizacionais dos serviços de saúde e das referências normativas e culturais que regulam o seu estatuto como doentes.

Tempo de Espera		Nº de Doentes	Média
Ordem de Atendimento	< 15 Minutos	8	7,19
	15 a 30 Minutos	3	5,00
	> 30 Minutos	1	5,50
Total		12	

Tabela 10 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a ordem de atendimento e o tempo de espera.

Do relacionamento das variáveis habilitações literárias e instruções dadas se foram claras ou confusas resulta que:

No que se refere à variável *habilitações literárias* 75% dos doentes (9) tinham o ensino primário e 25% dos doentes (3) possuíam mais que o 12ºano. Na questão o que achou relativamente a este exame no que respeita às instruções dadas se foram *claras ou confusas*, verificou-se que as médias das classificações foram muito semelhantes para todos os grupos. Além disso, o nível de significância é muito elevado **0,564** (superior a 0,05), pelo que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os grupos (*ver tabela nº11*). Neste caso, a variável habilitações literárias não tem uma grande relação com a variável instruções dadas (*claras ou confusas*), pois como foi referido anteriormente o nível de significância é muito elevado. O nível de habilitações literárias não vai contribuir para uma maior facilidade ou não da compreensão das instruções que lhe estavam a ser dadas ao longo do exame. Perante estes resultados podemos afirmar que a maioria dos doentes, tanto com mais habilitações literárias como com menos, afirmaram que as instruções dadas foram muito claras.

As Instruções dadas foram		Nº de	Média
Claras ou Confusas		Doentes	
H L	Muito Claras (1)	11	6,64
	Claras (2)	1	5,00
	Pouco Claras (3)	0	--
	Confusas (4)	0	--
	Muito Confusas (5)	0	--
Total		12	

Tabela 11 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre as habilitações literárias e as instruções dadas (claras ou confusas).

No que se refere à variável *habilitações literárias* e o que achou relativamente a este exame no que respeita às instruções dadas se foram *Suficientes ou Insuficientes*,

verificou-se que as médias das classificações são muito semelhantes para todos os grupos. Além disso, o nível de significância é muito elevado **0,564** (superior a 0,05), pelo que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os grupos (*ver tabela nº12*). Neste caso a variável habilitações literárias não tem uma grande relação com a variável instruções dadas (*suficientes ou insuficientes*), pois como foi referido anteriormente o nível de significância é muito elevado. O nível de instrução não vai influenciar a resposta a esta pergunta, pois se o doente tiver menos habilitações literárias não acha que as instruções dadas pelo CPL não foram suficientes. Mas neste caso concreto a amostra não probabilística deste trabalho afirmou que as instruções dadas foram muito suficientes.

	As Instruções dadas foram Suficientes ou Insuficientes	Nº de Doentes	Média
H L	Muito Suficientes (1)	11	6,64
	Suficientes (2)	1	5,00
	Pouco Suficientes (3)	0	--
	Insuficientes (4)	0	--
	Muito Insuficientes (5)	0	--
	Total	12	

Tabela 12 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre as habilitações literárias e as instruções dadas (suficientes ou insuficientes).

No que se refere à variável “*Já sabia o que era um exame de PFR*” e o que achou relativamente a este exame no que respeita ao *exame se foi fácil ou difícil*, verificou-se que as médias das classificações são muito semelhantes para todos os grupos. Além disso, o nível de significância é muito elevado **0,693** (superior a 0,05), pelo que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os grupos (*ver tabela nº13*). Neste caso a variável “*Já sabia o que era um exame de PFR*” tem uma grande relação com a variável “*exame foi fácil ou difícil*”, pois como foi referido anteriormente o nível de significância é muito elevado. Pelo facto de os doentes já

saberem o que era um exame de PFR, como foi referido anteriormente na análise descritiva, 75% dos doentes já sabia, isto vai influenciar a resposta quando perguntamos se achou o exame fácil ou difícil.

	O Exame foi Fácil ou Difícil	Nº de Doentes	Média
<i>Já sabia o que era um exame de PFR</i>	Muito Fácil (1)	10	6,80
	Fácil (2)	1	5,00
	Pouco Fácil (3)	1	5,00
	Difícil (4)	0	--
	Muito Difícil (5)	0	--
	Total	12	

Tabela 13 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a variável se já sabia o que era um exame de PFR e o que achou em relação ao exame (fácil ou difícil).

No que se refere à variável “*Já sabia o que era um exame de PFR*” e o que achou relativamente a este exame no que respeita ao *atendimento se foi correcto ou incorrecto*, verificou-se que as médias das classificações são muito semelhantes para todos os grupos. Além disso, o nível de significância é muito elevado **0,693** (superior a 0,05), pelo que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os grupos (*ver tabela nº14*). Neste caso a variável “*Já sabia o que era um exame de PFR*” tem uma grande relação com a variável “*atendimento foi correcto ou incorrecto*”, pois como foi referido anteriormente o nível de significância é muito elevado. Pelo facto de os doentes já saberem o que era um exame de PFR, como foi referido anteriormente na análise descritiva 75% dos doentes já sabia, isto vai influenciar a resposta quando perguntamos se achou que o atendimento foi efectuado de uma forma correcta ou incorrecta, pois têm um modo de comparação com o que já sabiam deste exame anteriormente.

O Atendimento foi Correcto ou Incorrecto		Nº de Doentes	Média
<i>Já sabia o que era um exame de PFR</i>	Muito Correcto (1)	10	6,80
	Correcto (2)	1	5,00
	Pouco Correcto (3)	1	5,00
	Incorrecto (4)	0	--
	Muito Incorrecto (5)	0	--
Total		12	

Tabela 14 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a variável se já sabia o que era um exame de PFR e o que achou em relação ao atendimento para o exame (correcto ou incorrecto).

No que se refere à variável “*Já sabia o que era um exame de PFR*” e o que achou relativamente a este exame no que respeita ao *atendimento se foi delicado ou indelicado*, verificou-se que as médias das classificações são muito semelhantes para todos os grupos. Além disso, o nível de significância é muito elevado **0,693** (superior a 0,05), pelo que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os grupos (*ver tabela nº15*).

O Atendimento foi Delicado ou Indelicado		Nº de Doentes	Média
<i>Já sabia o que era um exame de PFR</i>	Muito Delicado (1)	10	6,80
	Delicado (2)	1	5,00
	Pouco Delicado (3)	1	5,00
	Indelicado (4)	0	--
	Muito Indelicado (5)	0	--
Total		12	

Tabela 15 – Resultados do teste de Kruskal-Wallis quando se avalia a relação entre a variável se já sabia o que era um exame de PFR e o que achou em relação ao atendimento (delicado ou indelicado).

2.2 - DAS OBSERVAÇÕES FÍLMICAS

É uma estratégia de investigação importante, o facto de se utilizarem dois métodos para recolha dos dados (questionário e extracto fílmico), que se complementam.

Por vezes as imagens e os discursos dos doentes evidenciados nos extractos fílmicos são diferentes das respostas dadas nos questionários.

Também em relação aos CPL, sabemos teoricamente que devemos ter certos comportamentos e certas metodologias mas na prática por vezes nem sempre se utilizam; tal como testemunham alguns extractos fílmicos.

Na observação fílmica tentamos fazer uma análise dos comportamentos dos doentes e dos CPL, no LFR durante a realização dos exames de Espirometria.

Ao chegar ao laboratório, no início do dia de trabalho, uma das primeiras e principais e mais importantes tarefas do CPL é o “calibrar dos equipamentos” para que se possam cumprir as regras e as normas do controlo de qualidade e conseqüentemente garantir a qualidade e a fiabilidade dos resultados, como ilustra o extracto fílmico nº 7.

O laboratório onde decorrem os exames de Espirometria para o nosso estudo, tem dimensões apropriadas que comportam o mobiliário e os equipamentos necessários, como ilustra o extracto fílmico nº 5, permitindo aos profissionais (CPL) desempenharem as suas funções convenientemente e ainda dar formação a alunos e estagiários de algumas escolas de saúde.

Tem um ambiente acolhedor, com música e ar condicionado, como se ouve neste extracto fílmico, o que permite dar ao doente algum conforto e bem-estar com alguma tranquilidade.

Após o procedimento e verificação de que o equipamento está operacional, dá-se início aos exames propriamente ditos.

O CPL é um profissional que assume um papel fundamental no LFR, pois é ele quem recebe, acolhe e integra o doente no laboratório, como se pode ver no extracto fílmico nº 4.

Este doente apresentava um ar descontraído e bem disposto expressando um sorriso constante e verbalizando algumas piadas. A CPL questionou-o se já tinha realizado o

exame alguma vez e simultaneamente foi elucidando sobre algumas das manobras e dos procedimentos correspondentes.

Como se pode observar nos extractos fílmicos nº 4 e nº 8, é muito importante a avaliação do peso e a medição do doente, com rigor e precisão, descontando a altura do salto do sapato porque é com base nestes valores que se calculam os respectivos valores de referência de todos os parâmetros.

No extracto fílmico nº 5 podemos ver bem a curva de Espirometria de referência para este doente e as curvas reais que ele conseguiu realizar, cumprindo os critérios de aceitabilidade e de reprodutibilidade.

Deve-se verificar se a roupa não dificulta as manobras respiratórias.

De igual importância é a retirada do filtro e do bocal da embalagem na presença do doente, explicando-lhe que estes são de uso único e tranquilizando-o relativamente a questões de contaminações e transmissões de doenças, como se pode ver e ouvir no extracto fílmico nº 4.

O CPL personaliza o equipamento e permite que o doente se familiarize com o mesmo como se pode ver no extracto fílmico nº 8. Explica o tipo de exame que o doente vai realizar, a finalidade da pinça nasal, do bocal e do filtro e durante a realização das manobras, incentiva-o para uma boa colaboração, resultando numa maior fiabilidade do exame como se vê também no extracto fílmico nº 8, fazendo uma interpretação sumária do mesmo e elaborando um relatório técnico.

Durante a realização do exame de Espirometria, o CPL deve instruir o doente sobre as manobras a realizar e sempre que necessário deve exemplificar as manobras e utilizar uma linguagem simples, clara e acessível, como ilustra o extracto fílmico nº 3.

No extracto fílmico nº 1 verificou-se que as curvas de Espirometria realizadas, não cumpriam os critérios de qualidade; então foram explicadas e exemplificadas ao doente as respectivas manobras, para tentar obter maior êxito na repetição da manobra.

O *feedback* do doente é muito importante, pois se este não entender o procedimento e as instruções, não poderá reproduzi-las; e por vezes, ou nem sempre, isso é levado em conta pelo CPL como se pode ver nos extractos fílmicos nº1, nº 3 e nº 6.

No extracto fílmico nº 4 observa-se a preocupação do CPL em verificar o *feedback*.

Não se questionando os doentes sobre o “feedback”; não sabemos se ela entendeu as explicações sobre o procedimento, qual a finalidade do exame, nem qual a função da pinça nasal.

No extracto fílmico nº 4, o doente encontra-se de frente para a CPL, que vai falando e preenchendo a ficha no computador, permitindo a este ouvir e ver os gestos das informações e das exemplificações ao mesmo tempo.

No extracto fílmico nº 6, referente a uma doente que apresenta um ar receoso e desconfiado, podemos observar a atenção com que ela olha para a CPL e ouve as explicações que esta lhe dirige. Vê-se a CPL tocar a doente; fazer-lhe festas no ombro com o intuito de minimizar a ansiedade da doente.

A CPL utiliza por vezes termos como “boquinha” de forma carinhosa, elogia e encoraja a doente dizendo que “fez muito bem” certas manobras e em outras alturas informa que “temos que fazer outra vez”, explicando que o sopro é só um.

Em contexto de saúde, a instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o doente e o profissional de saúde passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo dialogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao individuo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

O extracto fílmico nº 6 e o extracto fílmico nº 8 são exemplo de doentes muito pouco colaborantes o que implicou o CPL ter que ser mais persistente, paciente e empenhado na obtenção de determinadas manobras.

Contudo com o empenho da CPL obtiveram-se em ambos resultados fidedignos.

A comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico interactivo, irreversível, que se produz num dado contexto físico e social, influenciando o comportamento.

O tom de voz é por vezes o instrumento que o CPL utiliza e que o ajuda mais na obtenção de bons resultados. Se utilizarmos um tom de voz mais elevado, o doente responde com manobras respiratórias mais rápidas e mais forçadas, necessárias na curva Débito – Volume correspondente ao exame da Espirometria como se vê nos extractos fílmicos nº 2, nº 6 e nº 8.

Notou-se uma alteração no tom de voz da CPL durante a manobra forçada; iniciou com um tom mais alto, que ao longo do exame vai diminuindo de intensidade.

Ambady et al. (2002), da análise de gravações efectuadas durante as consultas médico – doente, verificaram que os cirurgiões que tinham um tom de voz mais forte e autoritário eram alvo de um maior número de queixas e insatisfação, por parte do doente, do que aqueles que apresentavam um tom de voz mais delicado e compreensivo.

Na realização das Espirometrias, é necessário impor determinadas manobras forçadas com alguma entoação de voz mais alta, contudo, o doente deve ser avisado posteriormente, de que não estamos zangados mas sim que pretendemos uma boa colaboração da sua parte.

No extracto fílmico nº 5 referente a um doente do sexo masculino com aspecto sereno mas tristonho a CPL utiliza um tom de voz um pouco monocórdico, que tenta tornar mais agudo na altura das manobras forçadas, mas rapidamente vai voltando ao inicial.

Repete muita vez a expressão do “vamos repetir outra vez” sem explicar o porquê.

O estabelecimento de um bom relacionamento com o doente facilita a familiarização deste com o novo ambiente e com o sofisticado equipamento favorecendo a colaboração e a qualidade do exame.

Quando a CPL elogia a doente durante o exame e após a realização de manobras correctas e a manda descansar, enquanto analisa e avalia as curvas e os valores obtidos, proporciona ao doente algum conforto e bem-estar transmitindo-lhe confiança motivação e incentivo, como se vê nos extractos fílmicos nº 2, nº 3, nº 4 e nº 6.

Foi verbalizado um elogio pelo CPL, pelo facto do doente realizar bem as manobras, o que é muito importante, porque o motiva e o tranquiliza.

No extracto fílmico nº 4 podemos verificar que frequentemente a CPL questiona o doente relativamente ao seu bem-estar e se este compreendeu a explicação sobre o exame.

Outro aspecto importante neste extracto fílmico, é o cuidado que a CPL teve em informar o doente de que o exame pode ser repetido se não ficar bem da primeira vez – isto anima o doente e deixa-o mais tranquilo.

Da nossa prática do dia a dia, ressalta a impressão que os doentes têm muitas dúvidas acerca das indicações, complicações e sensações que determinados exames podem despertar.

Não ter em conta estas dúvidas/necessidades, não dar informação ou dar informação insuficiente ou demasiado técnica e não saber “escutar”, tem consequências a vários níveis, nomeadamente: insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento profissional dos técnicos de saúde.

Quando colocamos certas questões, por vezes, não temos consciência de certos comportamentos; temos certas reacções, um tanto inesperadas: franzimos o sobrolho ou adoptamos novas posturas durante a realização dos exames; posturas essas que influenciam a colaboração do doente.

A comunicação não se reduz às mensagens verbais. Também as expressões faciais, os gestos, os silêncios, as atitudes, as posturas, os comportamentos transmitem uma mensagem. Em situação de interacção não podemos deixar de comunicar, pois todo o comportamento social tem um valor comunicativo. (Ramos 2004)

No extracto fílmico nº 2 verifica-se que no início das manobras forçadas, a CPL afasta-se ligeiramente da doente o que faz com que ela se desconcentre, não sinta o apoio necessário e fique com um ar mais apreensivo que se traduz por rugas de expressão na testa, movimentando os olhos de um lado para outro como que à procura de uma referência ou de um contacto visual.

Parece ter existido algum distanciamento da técnica em relação à doente, o que lhe causou alguma insegurança.

A relação com o corpo é outro elemento que causa, muitas vezes, mal entendidos e dificuldades comunicacionais entre o doente e os técnicos de saúde. A gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas.

Na comunicação, as manifestações emocionais são importantes e numerosas tendo como suportes privilegiados a voz, as mímicas faciais, os gestos, as posturas corporais e as manifestações neurovegetativas.

Para Marc et Picard (1996), a comunicação não verbal é muito importante na comunicação, tendo duas funções:

- Uma “função de comunicação”, na medida em que numerosos sinais corporais são utilizados para dar informações ou transmitir estados emocionais, como por exemplo, sorrir para exprimir simpatia.
- Uma “função relacional e reguladora”, que permite a regulação das trocas, como por exemplo, olhar o interlocutor para manifestar atenção e interesse.

No extracto fílmico nº 1 correspondente a um doente jovem do sexo masculino, que apresenta alguma tranquilidade para a realização do exame, podemos observar a CPL verbalizar certas expressões para o doente, tais como: “tens de te esforçar”, “sopra rápido e com força” sem explicar o porquê dessa necessidade nem qual é o objectivo dessa manobra. Posteriormente coloca a pinça nasal ao doente sem explicar também qual é a necessidade. A certa altura a CPL pergunta ao doente se ele está com “coisas” na garganta. Talvez o termo “coisas” ficasse melhor se substituído por expectoração, saliva...expressões mais precisas e científicas.

Trata-se de um doente jovem e talvez por isso a Técnica tenha tido a liberdade de o tratar por “Tu”, desde o primeiro momento, durante a explicação dos procedimentos e durante toda a prova, utilizando um tom de voz normal.

Durante a realização do exame, a CPL, à medida que ia dando as instruções das manobras, ia fazendo gestos pouco convictos, só com as mãos muito hirtas e numa posição paralela ao doente, o que dificultava a sua visualização.

A expressão “Tá!” devia querer dizer Compreendeu? Percebeu? Era o que devia ter sido perguntado, para avaliar se o doente tinha alguma dúvida.

Tal como no extracto fílmico nº3, em que tínhamos uma doente que apresentava um ar preocupado e triste, também neste se verificou que ao longo da realização do exame, quando a CPL estava a dar as instruções, o doente tinha a pinça nasal colocada no nariz e o bocal colocado na boca, o que o impedia de ouvir e ver simultaneamente - olhar para a CPL de frente, quando esta estava a falar.

O sorrir, o tocar, o saber ouvir, o conversar com o doente enquanto trabalhamos com as mãos, é estar disponível; é transmitir ao doente confiança, quando este se

encontra num meio rodeado de pessoas estranhas e equipamentos desconhecidos. Tanto nos doentes mais fáceis, como nos doentes mais difíceis, estes são procedimentos que promovem e facilitam as relações interpessoais.

A análise fílmica ilustrou que na realização destes exames de Espirometria, se manifestou um grande empenho para aumentar o desempenho do doente; o CPL motivou e encorajou o doente tecendo-lhe alguns elogios, socorrendo-se de vocabulário verbal e não verbal diverso, fazendo uso do contacto físico e visual, para que a sua colaboração fosse a necessária e suficiente que garantisse a fidedignidade dos exames de Espirometria.

Por mais ou menos anos de experiência na realização destes exames, que um CPL tenha, hoje em dia, confrontamo-nos sistematicamente com a dura realidade do excessivo numero de marcações diárias.

2.3 – ANÁLISE DA CORRELAÇÃO – QUESTIONÁRIOS / EXTRACTOS FÍLMICOS

Relativamente à questão das **informações dadas durante o exame**, se foram dadas pelo CPL ou se foram dadas a pedido do doente, dois doentes (extracto fílmico nº 3 e nº 6) responderam nos questionários que as informações dadas sobre o exame foram a seu pedido e os restantes quatro responderam que foram dadas por iniciativa do CPL. Contudo, em todos os extractos fílmicos podemos observar que nos seis doentes as informações foram todas dadas por iniciativa do CPL.

Quanto ao **atendimento**, se foi **correcto** quatro doentes responderam que este foi *muito correcto*, apenas um doente responde que *foi correcto* (extracto fílmico nº 3) e outro doente respondeu que foi *pouco correcto* (extracto fílmico nº 6).

No entanto os extractos fílmicos correspondentes mostram que mesmo em relação ao doente que respondeu que o atendimento foi pouco correcto, mostram inclusivamente que as Cardiopneumologistas tocam o braço e o ombro das doentes para lhe dar força e estímulo para continuarem a realizar as manobras, após lhe explicarem e exemplificarem calmamente, diversas vezes as diferentes formas de como precisavam de respirar, o que quanto a nós nos parece uma atitude comunicacional correcta para atingir o objectivo, o profissional de saúde utilizando concomitantemente a comunicação verbal e não verbal.

Verificamos no conjunto, que as várias condicionantes se deveram ao facto do CPL, olhar para cada doente de modo diferente, tendo por base as diferentes necessidades de cada um.

Ainda em relação ao **atendimento** se foi **delicado**, cinco doentes responderam que foi *muito delicado* e a doente que tinha classificado o atendimento de *correcto* também respondeu que este era *delicado*. Esta doente que classifica o atendimento de *correcto e delicado* corresponde ao extracto fílmico nº3. Trata-se de uma Sr.^a em estado muito debilitado e talvez por isso respondesse ao questionário de forma muito rápida e pouco implicada.

A doente correspondente ao extracto fílmico nº 6 que classificou o atendimento de *pouco correcto e delicado*, portanto de uma forma contraditória, mostrou-se

desconfiada e tristonha, aparentando alguma desmotivação e um estado um pouco depressivo, quando a Cardiopneumologista lhe ensinava e exemplificava as diferentes manobras respiratórias para ela reproduzir. Foi uma doente que exigiu mais tempo e dedicação nas explicações, demorou mais tempo que o previsto na realização do exame até se conseguirem obter curvas fidedignas e que cumprissem o controlo de qualidade. Esta doente não mostrava confiança nem motivação para participar e colaborar, exigindo mais paciência e persistência da CPL.

Relativamente ao **tempo de espera** para realizar o exame, podemos verificar que a única doente que respondeu ter estado *mais de trinta minutos* à espera para realizar o exame, tinha a hora de marcação para as dez da manhã e às 8h15 já se encontrava no HGO. Verificou-se que realmente tinha estado algum tempo à espera, não por atraso do serviço mas sim porque veio muito mais cedo do que o previsto. Esta doente corresponde ao extracto fílmico nº 6, que depois durante o exame se mostrou pouco colaborante e pouco participante.

O doente correspondente ao extracto fílmico nº 1 respondeu que esteve *entre 15 e 30 minutos* à espera de fazer exame o que correspondeu à verdade e se justificou pelo facto da doente anterior ter demorado um pouco mais. A doente anterior tinha sido muito difícil, colaborava muito mal o que exigiu mais tempo do CPL para realizar o exame e por sua vez o atraso da entrada deste.

Os doentes correspondentes aos extractos fílmicos nº 2, nº 4 e nº 8 também responderam terem estado à espera para fazer o exame, *entre 15 a 30 minutos*, mas estas situações atribuíram-se ao facto destes doentes terem administrado em casa um broncodilatador por esquecimento. Este medicamento tem acção prolongada e salvo algumas indicações específicas não podemos realizar os exames sob o seu efeito, o que exigiu nestes casos que se esperasse para que o efeito desaparecesse.

Relativamente à questão que classifica o exame de espirometria **fácil e confortável**, o doente do extracto fílmico nº 1, jovem, responde no questionário que o exame foi *fácil e confortável*, enquanto que o doente do extracto fílmico nº 8, um senhor de 75 anos e em estado muito debilitado responde que o exame foi *pouco fácil e pouco confortável*.

É necessário acentuar que as pessoas de idade estão pouco familiarizadas com as novas tecnologias, ao contrário dos mais jovens que desde muito cedo se familiarizam

com estes procedimentos ao nível da saúde e com estas tecnologias, causando-lhe menos stress e menos ansiedade.

Relativamente à **rapidez** do exame, a maioria dos doentes respondeu que o exame *é muito rápido* inclusive o Senhor de 75 anos correspondente ao extracto fílmico nº 8 que respondeu que foi *rápido*.

No que respeita às **instruções dadas** apenas o doente correspondente ao extracto fílmico nº 1 respondeu que foram *claras e suficientes* enquanto que os restantes responderam que foram *muito claras e muito suficientes*. Verificamos portanto que há uma aparente satisfação dos doentes questionados.

A totalidade dos doentes respondeu que o **comportamento dos Cardiopneumologistas** foi *muito atencioso e muito competente*.

Em relação aos Cardiopneumologistas, sabemos teoricamente que devem ter certos comportamentos e certas metodologias mas na prática nem sempre as utilizam; tal como testemunham alguns extractos fílmicos.

O feedback do doente é muito importante, pois se este não entender o procedimento e as instruções, não poderá reproduzi-las; e por vezes, nem sempre, isso é levado em conta pelo CPL como se pode observar nos extractos fílmicos nº 1, nº 3, e nº 6.

No extracto fílmico nº 3 a CPL encontra-se a dar as instruções ao doente tendo este já a pinça nasal colocada e o bocal na boca, o que o impede de ouvir e ver simultaneamente – ou seja, poder olhar para a CPL de frente, quando esta está a falar.

Nos extractos fílmicos nº 2, nº 3, nº 4 e nº 6 as Cardiopneumologistas elogiam os doentes durante a realização dos exames e após a realização de manobras correctas, proporcionando-lhes algum conforto e bem-estar, transmitindo-lhe confiança, motivação e incentivo.

Dada a elevada importância do “elogio”, do “encorajamento”, nestes exames, este deveria ser verbalizado por todas as Cardiopneumologistas e generalizado a todos os doentes.

Atendendo aos benefícios do tom de voz elevado, verificados nos resultados das Espirometrias, este deveria ser prática de todas as Cardiopneumologistas.

Ao analisarmos o nosso desempenho podemos contribuir para melhorar o desempenho do doente, a qualidade e os resultados do seu exame

CAP.3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

*"Diferendos honestos são muitas vezes
um sinal saudável de progresso"*

Gandhi, Mohandas

Relativamente aos dados obtidos da descrição e dos cruzamentos das variáveis em estudo, podemos verificar que a maior parte dos doentes pertencia ao sexo masculino onde a faixa etária mais predominante é dos 55 aos 64 anos.

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que 75 % só possuíam o ensino primário, apesar disso 91 % dos doentes consideraram que as instruções fornecidas pelo CPL foram claras e suficientes, muito embora 66% destes já tivessem anteriormente realizado o exame.

Relativamente ao atendimento, 83% da nossa amostra considerou este muito correcto.

No entanto, os resultados obtidos devem ser analisados de forma cuidadosa, face às limitações que este trabalho tem.

Em primeiro lugar refere-se o facto de se tratar de um estudo exploratório descritivo, com as inerentes dificuldades de desbravar caminho.

Por outro lado, a reduzida dimensão da amostra, inerente à limitação temporal de realização de trabalho e à morosidade intrínseca da metodologia. Depois, a avaliação da colaboração dos doentes, as expressões faciais e o desempenho acarretam algum nível de subjectividade.

Apesar de termos verificado alguma disponibilidade por parte dos doentes em participar no estudo, a metodologia adoptada poderá ter influenciado na colaboração e no estabelecimento de uma relação natural e empática durante a realização dos exames.

Achamos ainda, que a colocação da câmara de vídeo na sala destes exames, pode ter reduzido a naturalidade comportamental dos doentes. Sugerimos que para estudos futuros, que a câmara seja colocada em local não visível para os doentes.

Em virtude da inexistência de anteriores estudos neste âmbito, não temos oportunidade para discutir os resultados obtidos comparativamente a outros estudos.

Não se podem generalizar os resultados porque se a investigação tivesse ocorrido noutra instituição, com outras condições talvez os resultados fossem diferentes.

Mesmo parecendo que os doentes são bons e que os exames estão óptimos; bem realizados, em ambiente agradável até com música de fundo, existem muitos pormenores ao nível da comunicação e da linguagem utilizada que podem ser melhoradas.

As diferentes manobras da Espirometria, lentas e forçadas, com instruções de manobras diferentes, embora tendo a mesma importância, carecem de tons de voz diferentes na sua instrução e no fundo, na imposição das referidas manobras.

Ao analisarmos o nosso desempenho podemos contribuir para melhorar o desempenho do doente e a qualidade do seu exame.

De um modo geral os CPL são profissionais experientes, competentes e os exames são bem conduzidos de forma a cumprir o controlo de qualidade.

A totalidade dos doentes respondeu que os CPL foram muito atenciosos e muito competentes.

A maioria dos nossos doentes respondeu que em relação ao atendimento que tiveram, foi muito correcto e muito delicado, estiveram pouco tempo á espera para realizar o exame e que as instruções dadas pelos Cardiopneumologistas foram bastante claras e suficientes.

O resultado das observações são claramente positivas e os doentes manifestaram-se satisfeitos em relação aos exames e aos diversos Cardiopneumologistas. Talvez por isso a totalidade dos doentes não respondesse ás duas ultimas perguntas do questionário.

Algumas observações feitas pelos doentes ocorreram porque o CPL teve em conta as diferentes necessidades dos doentes.

Todavia, com a ajuda do método fílmico, apesar deste clima de positividade, podemos identificar por exemplo o mais pequenino gesto; desde o toque ao doente e o tom de voz um pouco mais agressivo, por vezes necessário e utilizado pelo CPL já impaciente em certas situações, que pode ser bem aceite ou não.

Sendo o processo comunicacional interactivo, sabemos que stress gera stress, deixando assim de existir uma comunicação fluida e podendo a tensão gerada nos doentes originar maus resultados.

É de toda a vantagem a utilização do método fílmico.

Parece-nos que ao fim de tantos anos de experiência, mesmo os pequenos pormenores não passam despercebidos, no entanto com a oportunidade dos profissionais observarem a sua actuação, ao analisarem os extractos fílmicos, verificamos que ainda podem melhorar tanto os seus procedimentos como também as condições envolventes.

Esta metodologia fílmica também se revelou benéfica para os alunos em formação.

CONCLUSÃO

Concluída a elaboração do trabalho de investigação cujo modelo analítico se apresenta anteriormente dissecado e apoiado no modelo teórico e estratégias metodológicas adoptadas, estão reunidas as condições para a apresentação dos principais vectores interpretativos que emergem como conclusão deste trabalho de investigação.

No mundo académico, variados estudos têm sido desenvolvidos no âmbito da saúde. Muitos autores apontam os benefícios da abordagem clínica centrada no doente e os resultados positivos na sua satisfação com os cuidados prestados.

Os modelos mais recentes, aplicados à saúde, defendem práticas de intervenção que respeitam a dimensão psicossocioecológica do indivíduo.

Nesses modelos acentua-se as implicações e a importância da comunicação estabelecida entre o doente, os profissionais e as instituições de saúde.

Comunicar é o acto pelo qual o Homem se eleva à sua condição de universo singular, responsável e participante na vida colectiva.

O acto de comunicar é a arte de reduzir o mais possível as diferenças entre os significados pensados pelo emissor e os significados percebidos pelo outro.

Se se evidencia, por um lado, o aspecto informativo, não se deverá negligenciar, por outro, o seu conteúdo relacional.

Só haverá uma autêntica comunicação quando se estabelece uma relação empática entre quem informa e quem é informado.

Uma comunicação não só transmite informação mas, ao mesmo tempo, impõe determinados comportamentos.

O que se diz e o modo como se diz, o que se faz e o modo como se faz, são factores desencadeadores de reacções ou comportamentos dos outros.

A comunicação é a palavra de ordem em todos os estudos sociais, tecnológicos, linguísticos, e outros, na área das ciências humanísticas. Os estudos da comunicação

têm dado um contributo singular e de base científica às áreas e disciplinas aqui enumeradas.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do doente.

É importante sensibilizar os profissionais de saúde e os dirigentes, para a importância da comunicação em saúde, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, de promover a equidade, de promover a satisfação do doente e o ajustamento psicológico à doença, de melhorar a sua adesão ao tratamento e ainda, de reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress. (Ramos, 2007)

Pretendeu-se realçar a importância e as vantagens do método Fílmico, da utilização da imagem e das técnicas audiovisuais, no domínio das ciências sociais e estilos comunicacionais, na análise da comunicação verbal e não verbal.

A imagem fornece contributos valiosos para o desenvolvimento do conhecimento, tanto a nível da investigação, como no âmbito da formação. A observação através do método Fílmico, através da imagem, dá-nos a descrição, das palavras e dos gestos, permite-nos aceder aos conteúdos verbais e não verbais, facultando um equilíbrio entre o gesto e a palavra, permitindo a construção de significados, de representações dos indivíduos e do mundo que nos rodeia.

O método Fílmico tem grande importância nas disciplinas que, até muito recentemente, utilizavam sobretudo as descrições e análises verbais, as quais, embora muito importantes, apresentavam algumas lacunas. O extracto fílmico permite a compreensão da relação entre as representações e as práticas e a visualização das sequências fílmicas favorece, muitas vezes, aos protagonistas uma consciencialização de comportamentos e gestos que no discurso são desvalorizados ou negados. (Ramos, 2005)

Embora Gelder e Vroomen (2000) afirmem que as emoções são expressas através da voz e do rosto, ou seja, através de uma percepção bimodal, tradicionalmente, o senso comum e a ciência convergem no sentido de verem a face como uma janela sobre as nossas emoções. Alguns autores como Russel e Fernández-fols (1997) afirmam

mesmo que a face é a chave para entender a emoção e a emoção é a chave para entender a face. A maioria dos estudos, centram-se nas expressões faciais das emoções e poucos na prosódia emocional.

Há mais de um século que se discute se as expressões faciais das emoções são universais a todas as pessoas de todas as culturas ou culturalmente específicas, aprendidas tal como a linguagem. A emoção e a cultura foram objecto de estudo e fascínio não só pelos psicólogos contemporâneos na história recente, mas também pelos filósofos. As emoções são estados internos muito primitivos, aparecendo logo após o nascimento. A capacidade para interpretar e enviar sinais, pela face e pela voz, favorece a saúde mental e facilita o estabelecimento de relações interpessoais, contribuindo para a satisfação pessoal global dos indivíduos. Esta capacidade de acompanhar o homem ao longo da vida, fornece um modelo de adaptações nas interações entre o seu organismo e o meio. A importância para o Homem de interpretar e enviar emoções levou ao desencadear de inúmeros estudos que maioritariamente se dedicaram ao estudo das emoções manifestas ou pela face ou pela prosódia – pronúncia das palavras com o devido som e acento.

Os profissionais de saúde – promotores de cuidados – negligenciam muitas vezes o contacto humano com a pessoa – Doente. O doente no hospital passa a ser um número, desprovido de identidade, um caso clínico, uma doença.

A relação de ajuda implica um modo de Ser, um encontro a dois com o doente.

A importância deste encontro singular exige que se ultrapasse o obstáculo por muitos apontado, da “falta de tempo”. O modo de Ser não é pautado pelo tempo, as atitudes não necessitam de largas conversas para serem sentidas e vividas...

Prestar assistência sem cuidar, sem estabelecer uma relação de ajuda, torna-nos máquinas, manipuladoras de corpos.

A relação é, em si mesma, um verdadeiro instrumento de ajuda.

Pretendeu-se com este trabalho de investigação incentivar os profissionais de saúde a repensar a relação que se estabelece com as pessoas – Doentes no quotidiano das suas práticas.

Os resultados encontrados neste estudo confirmam as hipóteses ou questões formuladas pela autora. Nem mesmo o grande aumento do número dos exames promovido pelas novas políticas da saúde, parecem ter influenciado a forma de como os Cardiopneumologistas acolhem e integram os doentes no LFR.

Apesar de ser necessário e urgente efectuar investigação com estes doentes, podemos reportar, para a necessidade dos Cardiopneumologistas dedicarem maior atenção não só ao impacto psicológico destes doentes como também para a necessidade de intervenção a nível da comunicação verbal e não verbal dos mesmos, com o objectivo de auxiliar e potenciar as capacidades comunicativas, reduzindo assim, com maior brevidade, as inerentes limitações relacionadas com a realização de Espirometrias.

Portanto podemos concluir que a importância da comunicação dos CPL (variável Independente) em PFR é realmente notória, pois em termos estatísticos quando se compara com as variáveis dependentes (desempenho e satisfação dos doentes) comprovou-se que há uma grande significância, ou seja, uma grande satisfação.

Uma parte da insatisfação dos doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente, insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, em geral, o que não se verifica neste estudo. (Ramos, 2007)

Segundo Bertman e colaboradores, 1986 existe em geral, uma desvalorização da comunicação nos serviços de saúde e, este facto é responsável por um certo nível de insatisfação dos profissionais de saúde e dos próprios doentes. Algumas das razões para a não valorização da comunicação em contexto de saúde estão relacionadas com uma formação inadequada dos profissionais de saúde e dos gestores, no domínio da comunicação, com a falta de recursos humanos e materiais, com um modelo paternalista médico - doente e ainda, com a valorização de uma perspectiva economicista da saúde.

A integração de diferentes conhecimentos, nomeadamente psicológicos, antropológicos e sociológicos, na formação dos técnicos de saúde, 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, as gerações, os sexos, os estatutos e as culturas. (Ramos, 2004)

Dada a dimensão deste tema, seria talvez ambicioso da nossa parte pensar que, de alguma forma, o conseguiríamos esgotar.

Assim, parece-nos importante que concluída a análise dos resultados encontrados, estes possam ser equacionados de uma forma metodológica e cientificamente correcta, para que de alguma forma, contribuam para o conhecimento dos fenómenos comunicacionais e servir de pista para outras investigações.

Importa não esquecer que tratando-se de um amostra de conveniência, os resultados não podem ser generalizados á população á qual pertence o grupo de conveniência, embora as informações recolhidas se revelem de grande importância na avaliação do processo comunicacional.

ASPECTOS A TER EM CONTA:

Aspectos Positivos

Verificou-se que há uma forte ligação entre a comunicação dos C.P.L, o desempenho e a satisfação dos doentes; melhorando a comunicação estimula-se o bom desempenho do doente aumentando a satisfação do mesmo.

- Recebem-se, acolhem-se e integram-se os doentes no LFR de forma cortês e educadamente;
- É utilizada uma linguagem simples, clara e precisa, de forma a permitir a melhor compreensão do doente;
- Sala com ambiente harmonioso e acolhedor;
- O contacto visual do doente com o CPL cria alguma empatia e uma boa relação interpessoal;

- Questionar o doente relativamente à finalidade e saber qual é o motivo de fazer o exame, porque por vezes isto não vem indicado nas requisições dos respectivos exames;
- Bom-tom de voz na imposição das manobras correspondentes à Espirometria;

Aspectos Negativos

Dos doze doentes apenas seis deram o consentimento informado para a observação fílmica.

- Falta de explicação de algumas manobras e de exemplificação por parte dos CPL;
- Utilização de um tom de voz por vezes monocórdico;
- Dar as explicações com o doente já posicionado no aparelho e com o bocal na boca, o que o impede de ver o CPL;
- Poucos elogios ao doente após a boa execução das manobras;
- Devia haver mais “feedback” das informações e explicações dadas ao doente e por outro lado, devem-se ir dando ao doente mais algum *feedback* da realização das suas manobras;
- Quando se realizam os gestos para complementar a compreensão do doente e promover uma melhor colaboração, devem realizar-se de modo que o doente pudesse observar;

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa representa uma contribuição para o conhecimento da importância da comunicação em Espirometrias, contudo as suas limitações não devem ser ignoradas e por conseguinte, os resultados devem ser interpretados com prudência.

Algumas limitações da investigadora podem condicionar os resultados deste estudo, destacando-se entre elas a sua inexperiência neste tipo de opções metodológicas, na realização do trabalho de investigação e o próprio facto da investigadora ser profissional neste estabelecimento de saúde.

Não foram encontrados estudos que relacionam o desempenho, a comunicação, a satisfação, as emoções nem as crenças e as atitudes, relativas às provas funcionais respiratórias – Espirometrias – com a duração do exame e a colaboração dos sujeitos, tornando-se uma das limitações deste projecto.

SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

- Em primeiro lugar, sugere-se que em estudos futuros sejam tidas em consideração as limitações referidas e se possível um maior controlo das mesmas.
- Explorar de uma forma mais pormenorizada, a entoação da voz, dada pelo CPL durante as instruções de manobras durante a realização das Espirometrias.
- Estudar também de uma forma pormenorizada as competências comunicacionais dos CPL em exames de diagnóstico.
- Realizar o mesmo estudo mas abrangendo os restantes exames técnicos das PFR
- Estudar a possibilidade de organizar formações aceitáveis sobre as práticas comunicacionais em Cardiopneumologia.
- Tentar enquadrar nos programas leccionados nas escolas de saúde disciplinas no âmbito da comunicação.

- Estudar o Stress e ansiedade causado nos doentes, pela falta de domínio informativo, sobre o exame que vai realizar.
- Estudar comparativamente a colaboração dos doentes na realização destes exames quando vêm sozinhos ou acompanhados.
- Estudar diferentes competências técnicas como por exemplo “saber ouvir” nestes laboratórios.
- Estudar diferentes dificuldades comunicacionais na realização destes exames, apresentadas por doentes de língua e cultura diferentes.
- Estudar as diversas dificuldades comunicacionais, sentidas na realização destes exames, em presença de doentes com limitações auditivas e visuais.
- Elaboração da reconstrução das práticas profissionais em Cardiopneumologia.
- Estudar as principais diferenças na formação dos CPL formados nos anos 80 e formados na actualidade.
- Estudar as possíveis alterações na CPL impostas pelo Tratado de Bolonha.
- Estudar comparativamente o nível de satisfação dos CPL que exercem funções de TDT, ou funções diferentes em empresas de material e equipamento.

ACÇÕES DE INTERVENÇÃO A IMPLEMENTAR / DESENVOLVER

- Aplicar novas normas no secretariado, ou seja:
 - Evitar as marcações sobrepostos para diminuir o tempo de espera
- Introduzir a disciplina de Comunicação nos programas dos cursos de Cardiopneumologia das Escolas Técnicas de Saúde.
- Criar um elo de ligação entre os alunos e as Escolas de Saúde após terminarem o curso.
- Estimular os profissionais a realizarem pós graduações em Portugal ou no estrangeiro.
- Realizar acções de formação/sensibilização tanto para os funcionários do secretariado como para os CPL.

Optamos por assumir a responsabilidade de algumas omissões, do que colaborar na sedutora ansiedade de “querer dizer tudo” e desanimar o leitor.

Esta seria a nossa principal frustração!

BIBLIOGRAFIA

ABRIC, J. (1999). **Psychologie de la communication : théories et méthodes**. Armand Colin: Paris.

AMBADY, N. et al. (2002). **Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history**. Surgery

AMERICAN ASSOCIATION OF RESPIRATORY CARE (1996). **Clinical Practice Guideline – Spirometry Update**.

AMERICAN THORACIC SOCIETY (1994, 2000, 2005). **Pulmonary Function Laboratory Management and Procedure Manual**.

AZZI, S. (s.d.). **Avaliação do desempenho do aluno**, www.tvebrasil.com.br.

BEAUDICHON, J. (2001). **A Comunicação: processos, formas e aplicações**. Porto: Porto Editora, Lda.

BENSING, J. (1991). **Doctor-patient communication and the quality of care**. Social Science & Medicine, 32, 1301-1310.

BERTMAN, S., WERTHEIMER M., WHEELER H. (1986). **Humanities in surgery, a life threatening situation: communicating the diagnosis**. Death Studies, 10 (5), 431-9.

BEHLAU, M., MADAZIO, G., FEIJÓ, D., PONTES, P. (2001). **Avaliação de voz**. In M. Behlau (Ed.), *Voz – O livro do especialista*. (pp. 85-245). Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.

BERLO, D. 1989, **O Processo de Comunicação**. 6ª Ed., S. Paulo, Liv. Martins Fontes Editores

BESSON, M., MAGNE, C. & SCHON. (2002). **Emotional prosody: sex differences in sensity to speech melody**. *Triends in Cognitive Sciences*, 6, 10, pp. 405-407.

BIELE, C., GRABOWSKA, A. (2006). **Sex differences in perception of emotion intensity in dynamic and static facial expressions**. *Experimental Brain Research*, 171, 1, 1-6.

BITTI, P., ZANI, B. (1997). **A comunicação como processo social**. Lisboa: Editorial Estampa, Lda.

BUCHANAN, T., LUTZ, K., MIIZAZADE, S., SPECHT, K., SHAH, N., ZILLES, K. JANCKE, L. (2000). **Recognition of emotional prosody and verbal components of spoken language**: *Cognitive Brain Research*, 9, 227-238.

CACIOPPO, J. GARDNER, W. (1999). **Emotion**. *Annual Review Psychology*, 50, 191-214.

CARAPINHEIRO, G. (1998). **Saberes e Poderes no Hospital**. Uma sociologia dos saberes hospitalares, 3ª Ed., Porto, Afrontamento.

CARDOSO A., FERREIRA, J, COSTA, R.(2006) **O médico de Família e a Avaliação da Função Respiratória na DPCO**, Lisboa: Pfizer, Boehringer Ingelheim.

CARMO, H., FERREIRA M.(1998) **Metodologia da Investigação – Guia para auto aprendizagem**, Lisboa: Universidade Aberta.

- CARMO, H. (2000), **Intervenção Social com Grupos**, Lisboa, Universidade Aberta.
- CARRACHÁS, M. Eds. (2003): **As expectativas e responsabilidades dos cidadãos**. Actas do XVIII Encontro Nacional da Pastoral da Saúde – Plano Nacional de Saúde, Fátima.
- CARTON, J, KESSLER, E. PAPE, C. (1999). **Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults**. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23, 91-100.
- CHAMPION, V., SCOTT, C. (1997). **Reliability and Validity of Breast Cancer Screening Belief Scales in African American Women**. *Nursing Research*, Nov/Dec, 46 (6): 331-337.
- CHUPP, G. (2001). *Clinics in Chest Medicine – Pulmonary Function Testing*, Volume 22, Number 4
- CIARROCHI, J., CHAN, A. CAPUTI, P. (2000). **A critical evaluation of the emotional intelligence construct**. *Personality and Individual Differences*, *Psychological Bulletin*, 28, 539-561.
- COSNIER, J., BROSSARD, A. (1984). **La Communication non Verbal**. Neuchâtel :Delachaux e Niestlé
- COUTO, A., FERREIRA, R. (1992). **O diagnóstico funcional respiratório na prática clínica**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- COUTO A., FERREIRA R. (2004) **Estudo Funcional Respiratório – Bases Fisiológicas e Aplicação na Prática Clínica**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. Educação – Departamento do Ensino Secundário, www.des.min-edu.pt.
- DAMÁSIO, A. R. (2003). **O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência**. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.

DAMÁSIO, A. R. (2003). **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano** (23ª Ed.). Mem Martins: Europa-América, Lda.

DARWIN, C. (1872). **The expression of emotion in man and animals**. New York: Philosophical Library.

DAVIDSON, R., JACKSON, D., KALIN, N. (2000). **Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience**. *Psychological Bulletin*, 126 (6), 890- 909.

DIAS M. (2005), **Saúde, doença e cuidados numa aldeia da Beira Interior**. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta Lisboa.

DIMBERG, U., THUNBERG, M., Elmehed, K. (2000). **Unconscious facial reactions to emotional facial expressions**. *Psychological Science*, 11, 1, pp. 86-89.

EASTWOOD, J., SMILEK, D., MERIKLE, P. (2003). **Negative facial expression captures attention and disrupts performance**. *Perception & Psychophysics*, 65 (3), 352-358.

EASTWOOD, J., SMILECK, D. (2005). **Functional consequences of perceiving facial expressions of emotion without awareness**. *Consciousness and Cognition*, 14, 565-584.

ENRIGHT, P. (1999). **Office Spirometry** – Overview of Pulmonary Function Testing.

EKMAN, P., FRIESEN, W. (1969). **The repertoire of nonverbal behavior: categories, origins, usage and coding**. *Semiótica*, 49-98.

EKMAN, P., FRIESEN, W. (1969). **Emotion in the human face**. Pergamon Press

EKMAN, P. (1992). **Facial expression and emotion: an old controversy and new findings**. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 335, 63-69.

EKMAN, P. (1993). **Facial expression and emotion**. *American Psychologist*, 48 (4), 384-392.

EKMAN, P. (1999). **Facial expressions**. In Dalglish, T. & Power, M. (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (16, pp.301-320). New York: John Wiley & Sons Ltd.

FACHADA M. ODETE (2005) **Psicologia das relações interpessoais**, Lisboa: Edições Rumo, Lda.

FARIA, I, PEDRO, E., DUARTE, I., GOUVEIA, C. (1996). **Introdução á linguística geral e portuguesa**. Lisboa: Editorial caminho.

FARRAYE, F.A., WONG, M., HURWITZ, S., PULEO, E., EMMONS, K., WALLACE, M.B., FLETCHER, R.H. (2004). **Barriers to endoscopic colorectal cancer screening: Are women different from men?** *American Journal of Gastroenterology*, 99 (2): 341-349.

FAST, J. (1970), **A linguagem do corpo**, 1ªed., Edições 70, Lisboa.

FELDMAN, R. (2001). **Compreender a Psicologia** (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

FERREIRA, M. (2003). **Perioperative anxiety: psychobiology and effects in postoperative recovery**. *The Pain Clinic*, 15,87-101.

FERREIRA, R. et al (1999). **Provas de Função Pulmonar. Controlo de qualidade – Aspectos gerais**, *Revista da Sociedade Portuguesa de Pneumologia*, Volume 5, Nº 4.

FISKE, J. (2001). **Introdução ao estudo da comunicação** (6ª Ed.). Lisboa: Asa Editores S.A.

FORTIN M. (1999) **O Processo de Investigação – Da concepção á realização**, Loures: Lusociência.

FROTA, S. (2000). **Prosody and Focus in European Portuguese**. Phonological phrasing and Intonation. New York: Garland Publishing.

GAUTHIER, B. (2003). **Investigação Social. Da problemática à colheita de dados** (3^a Ed). Lusociência.

GELDER, B. ; VROOMEN, J., BERTELSON, P. (1998). **Upright but not inverted faces modify the perception of emotion in the voice**. Cahiers de Psychologie Cognitive, 17, 1021-1023.

GELDER, B. e VROOMEN, J. (2000). **The perception of emotions by ear and by eye**. Cognition and Emotion, 14, 3, 289-311.

GOMES, F. (2003). O corpo fala...

GONÇALVES, H. DOMINGUES, I. IV Congresso Português de Sociologia. Passados Recentes, Futuros Próximos Comunicação intitulada **Deuses e Demónios no Sector da Saúde Pública**. Questões de Cultura e Comunicação? Coimbra, 17 a 19 de Abril de 2000.

GRAÇA, L. (1999), **A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde**, Lisboa, Direcção Geral de Saúde, Subdirecção Geral para a Qualidade, Março, pp.2-20.

GREENE, M.C.L., & MATHIESON, L. (2001). **The voice and its disorders**. London: Whurr Publishers.

HAN, Y., WILLIAMS, R. & HARRISON, R. (2000). **Breast Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Practices Among Korean American Women**. *Oncology Nursing Forum*, 27 (10): 1585-1591.

HANKINSON J., BRUSASCO V., BURGOS F., CASABURI R., COATES A., CRAPO R., MILLER H., ENRIGHT P., VANDER C., GUSTAFSSON P., JENSEN R., JOHNSON D., MACINTYRE N., MCKAY R., NAVAJAS D., PEDERSEN, O., PELLEGRINO R., VIEGI G., WANGER J. (2005). ATS/ERS Task Force:

Standartisation of lung function testing – Standartisation of spirometry. European Respiratory Journal, 26 .

HARGROVE, P.M. & McGARR, N.S. (1994). **Prosody management of communication disorders.** San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

HARRISON (1989). Medicina Interna, N. Y.: McGraw-Hill, 14ª Edição, Volume 2.

IMPERATORI, E. (1998), **Voluntariado, humanização e qualidade**, “Revista Portuguesa de Saúde Publica”, Lisboa, 2 (16), pp. 51-58.

IZARD, C. (1977). Emotions and facial expressions: a perspective from differential emotions theory. In Russel, J.& Fernandez-Dols, J. (Eds.), The psychology of facial expression (pp.57-77). Vancouver: University of British Columbia.

JANZ, N., WREN, P., SCHOTTENFELD, D. & GUIRE, K. (2003). **Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study.** *Preventive Medicine*, 37 (6): 627-634.

Jornal de Pneumologia (2002). **Directrizes para Testes de Função Pulmonar**, Edição Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Volume 28, Suplemento 3.

JOHNSTONE, T. & SCHERER, K. (2000).**Vocal communication of emotion.** In Lewis, M. & Havilland-Jones, J. (Eds.), The handbook of emotions (pp. 220-233). New York: Guilford Press.

KELTNER, D. & EKMAN, P. (2000). Facial expression of emotion. In Lewis, M. & Havilland-Jones, J. (Eds.). The handbook of emotions. New York: Guilford Press.

KENT, R. & READ, c. (2002). **Acoustic analysis of speech** (2ª Ed.). Canada: Singular.

LAUKKA, P. (2004). **Vocal expression of emotion**. Discrete emotions and dimensional accounts. Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences.

LEDOUX, J. (2000). **O cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional**. Lisboa: Editora Pergaminho.

LEYENS, J.P. (1979). *Psicologia Social*. Ed.70.

LIMA, M.L. (1993). **Atitudes**. In J. Vala & M.B Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp.167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LITTLEJOHN, S. (1988), **Fundamentos teóricos da Comunicação Humana**, Rio de Janeiro, Guanabara.

MANUILA L., MANUILA A.LEWALLE e NICOULIN M.(1999). **Dicionário Médico**, Lisboa: Climepsi Editores.

MARC, E., PICARD, D. (1996). **L'interaction sociale**. Paris: PUF

MATEUS, H. ANDRADE, A; VIANA, M.C.& VILLALVA, A. (1990). **Fonética, fonologia e morfologia do português**. Lisboa: Universidade Aberta.

MATSUMOTO, D. (2006). **Culture and nonverbal behavior**. In Manusov, V. & Patterson, M. (Eds.), *Handbook of nonverbal communication* (pp. 219-235). Thousand Oaks: Sage.

MCINTYRE, T. & SILVA, S. (1999). **Estudo aprofundado da satisfação dos doentes dos serviços de saúde na região norte**. Relatório final sumário. ARS Norte/Universidade do Minho, Junho, 1999.

METSCH, L., MCCOY, C., MCCOY, H., PEREYRA, M., TRAPIDO, E. & MILES, C. (1998). **The Role of the Physician as an Information Source on Mammography.** *Cancer Practice*, 6 (4): 229-236.

MYERS, P. S. (1999). **Right hemisphere damage.** San Diego: Singular Publishing Group.

MONTEIRO, I. (2005), **Ser Mãe Hindu, Práticas e rituais relativos á maternidade e aos cuidados á criança na Cultura Hindu em contexto de imigração.** Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta Lisboa, 87pp, 138pp.

MONTEIRO M.(2006), **Medos no utente idoso face à realização de exames de imagiologia. A comunicação e atitude do técnico como factor mitigador.** Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta Lisboa, 44pp, 59pp.

NASCIMENTO, J.& JESUINO, J. (2003). **Atitudes e representações sociais em saúde. Representações Sociais – teoria e prática (2ed).** Universitária João Pessoa, Paraíba.

NELLS, A. & MATTHEWS, G. (2001). **Atenção e emoção uma visão clínica.** Lisboa: Climepsi Editores.

NETO, F. (1998), **Psicologia Social**, vol.I, Lisboa, Universidade Aberta.

NORMAN, R. (1975), **Affective-cognitive consistency attitudes.** Conformity and behaviour, “*Journal of Personality and Social Psychology*”, 32.

ONGA, L., DE HAESA, J., HOOSA, A.& LAMMESB, F.B. (1995). Doctor- patient communication: A review of the literature. **Social Science & Medicine**, 40, 903-918.

PARDAL, L. e Correia, E., (1995). **Métodos e Técnicas de Investigação Social.** Porto: Areal Editores, Lda.

PARTALA, T. ; Surakka, V.& Vanhala, T. (2005). **Real-time estimation of emotional experiences from facial expressions**. *Interacting with Computers*, 20, 1-19.

PEARCE, W. (1984), **Interpersonal Communication Making Social worlds**, London, Harper Collins.

PEREIRA, M.G. & SILVA, S. (2002). **Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte**. *Análise Psicológica*, 1 (XX): 35-43.

PHILLIPS, L.; MACLEAN, R. & ALLEN, R. (2002). Age and the understanding of emotions: neuropsychological and sociocognitive perspectives. *Journal of Gerontology*, 57 B, 6, 526-530.

PICKETT, J.M. (1998). **The acoustics of speech communication: Fundamentals, speech perception theory, and technology**. U.S.A.: Allyn & Bacon.

RAMOS, N. (2003). **O contributo da metodologia fílmica para o estudo das representações sociais: perspectivas de pesquisa na infância**. *Actas do 5º Encontro de estudos e pesquisas interdisciplinares em representações sociais*. Natal: Univ do Rio Grande do Norte, pp.343-347.

RAMOS, N. (2004). **Psicologia Clínica e da saúde**. LISBOA: Universidade Aberta.

RAMOS, N. (2005). **Contribuições do Método Fílmico para o Estudo das Representações Sociais: Perspectivas Teóricas e de Pesquisa**. In Moreira A., Camargo B., Jesuíno J., Nóbrega S. Universidade Federal da Paraíba, *Perspectivas Teóricas Metodológicas em Representações Sociais*, Editora Universitária.

RIBEIRO, F.(2001), **A comunicação na prática de exames complementares de diagnóstico cardiovascular**, Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta Lisboa, 213pp.

RICHARDS, C., VIADRO, C. & EARP, J. (1998). **Bringing Down the Barriers to Mammography: A Review of Current Research and Interventions.** *Breast Disease*, 10 (3,4): 33-44.

RIGHART, R. & GELDER, B. (2005). **Context influences early perceptual analysis of faces** – na electrophysiological study. *Cerebral Cortex*, 1-9.

RODRIGUES, F. (2000). **Manual de Procedimentos do Laboratório de Função Respiratória – Contributo para a uniformização de procedimentos.** Lisboa: Revista da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Volume 6.

RODRIGUES, F. (2007), **A Comunicação nos Serviços de Saúde. Um Estudo sobre as Reclamações do Serviço Nacional de Saúde Português;** Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta Lisboa.

ROPER, N. (1995), **Gray's Pocket Medical Dictionary**, Churchill Livingstone

RUPPEL, G. (1997). **Calibration and quality control of Pulmonary function – equipment in manual of pulmonary function**, (7^a ed), St. Louis: Mosby Ed.

SALOVEY, P. & MAYER, J. (1990). **Emotional intelligence.** *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

SANTOS, MARGARIDA (1993). **Avaliação da Qualidade na perspectiva do utente – importância dos aspectos técnicos da prestação.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (4), 29-45.

SATO, W. & YOSHIKAWA, S. (2004). **The dynamic aspects of emotional facial expressions.** *Cognition and Emotion*, 18 (5), 701-710.

SCHERER, K. (1984). **On the nature and function of emotion: a component process approach.** In Scherer & Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*. New York: Laurence Erlbaum.

SCHERER, K. (1986). **Vocal affect expression: a review and a model for future research.** *Psychology Bulletin*, 99 (2), 143-165.

SCHERER, K. (1995). **Expression of emotion in voice and music.** *Journal of Voice*, 9 (3), 235-248.

SCHIRMER, A.; KOTZ, S. & FRIEDERICI, A. (2002). **Sex differentiates the role of emotional prosody during word processing.** *Cognitive Brain Research*, 14, 228-233.

SERRA A. (1999), **O Stress na vida de todos os dias**, Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, Lda.

SERRANO P. (1996), **Redacção e apresentação de trabalhos escritos.** Lisboa: Relógio d'Água.

SHAVER, P.; J.; KIRSON, D. & O CONNOR, C. (1987). **Emotion Knowledge: further exploration of a prototype approach.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1061-1086.

SILVA, MARIA JÚLIA PÃES DA (1999), *A comunicação Além das Palavras.*

SIMÕES, M. F. (1990). **Comunicação não-verbal na interacção humana.** Em *Comunicação entre crianças- Investigação Empirica.* Coimbra Editores.

SIMON, R. & NATH, L. (2004), **Gender and emotion in the United States: do men and women differ in selfreports of feelings and expressive behaviour?** *American Journal of Sociology.*

SOAR Filho, E.J. (1998). **A interacção médico-cliente.** *Revista Ass. Med. Brasil*, 44 (1). 35-42.

SOUSA, R. (2006). **Emotion**. In Zalta, E.; Allen, C. & Nodelman, U. (Eds.). Stanford Encyclopedia of philosophy, (Spring 2003 Edition), Metaphysics Research Lab: Stanford University.

SPANGLER, G.; GESERICK, B. & WAHLERT, A. (2005). **Parental perception and interpretation of infant emotions: psychological and physiological processes**. *Infant and Child Development*, 14, 345-363.

TATE P.(2004) **Guia prático da Comunicação Médico – Doente**, Lisboa: Climepsi editores.

TEIXEIRA, C. (1998) **Comunicação e cuidados de saúde – desafios para a psicologia da saúde**. *Análise Psicológica*, 1 (XIV), 135-139.

TEIXEIRA, R. (1997). **Models of communication and health practices**. *Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (1), 7-31.

TICKLE-DEGNEN, L. & PUCCINELLI, N. (1999). **Negative emotions: peer and supervisor responses to occupational therapy students emotional attribute**. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 19 (1), 18-39.

TITZE, I. (1994). **Principles of voice production**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.

TOJAL M.(2000), **A relação precoce pai-filho**. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Universidade Aberta Lisboa, 84pp.

TRINDADE, I. (1996). O psicólogo como facilitador da comunicação dos serviços de saúde. *Análise Psicológica*, 2/3 (XIV), 363-366.

WAITLEY, D. (1995), **Empires of the mind: lessons to lead and succeed in a Knowledge-based world**, New York, Morrow.

WALLACE, P. & GOLDSTEIN, J. (1994). **An introduction to psychology** (3ª Ed.). U.S.A. : C. Brown Communications, Inc.

WANGER J. (2000), **Pulmonary Function Laboratory Management and Procedure Manual**, U.S.A: American Thoracic Society.

WITTGENSTEIN, L. (1961), **Tractatus Logico-Philosophicus**, Londres, Routledge & Kegan Paul. Tradução portuguesa de M.S.Lourenço (1995), **Tratado Lógico-Filosofico**, Lisboa, Gulbenkian.

www.aptec.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=11;

Consultado a 27/8/07 às 18h30

www.ccisp.pt/Bolonha/cardiopneumologia_relatorio_final.doc; Consultado a 27/09/2007 às 18h00

www.abreflor.com.br/pesqcomunicacaoalem.htm; Consultado a 27/9/07 às 19h30

www.psiquiatria.com/psicologia/revista/8811393; Consultado a 28/09/2007 às 17h00

www.digitalmada.com/Freguesia; Consultado a 23/5/2008

VALA, J. (1993). **Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social**. In J. Vala & M.B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ZHOU, C. & LIN, X. (2005). **Facial expressional image synthesis controlled by emotional parameters**. *Pattern Recognition Letters*, 26, 2611-2627.

FILMOGRAFIA

Dissertação da Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde

O Factor Comunicação em Provas de Espirometria

2008

*“ Nunca esqueças que cada dia te oferece uma oportunidade
- A oportunidade de criar memórias de vida num outro ser humano.*

*Tu tens um poder, que significa que qualquer um que receba os teus
serviços está nas tuas mãos e sujeito aos teus sentimentos, estado de
espírito, empenho, quer estejas a ter um bom dia ou não.*

*No meio de uma situação sem esperança tu podes optar por ser uma boa
ou má lembrança que o paciente jamais esqueça”.*

Ingegerd Seljeskog

ANEXOS

ANEXO 1

Autorizações do serviço

Consentimento informado dos doentes

Cardiopneumologista Maria do Céu Vinha
Mestrado de Comunicação em Saúde
Universidade Aberta

Almada, 18 de Janeiro de 2007

Exmo. Senhor
Dr. Jorge Roldão Vieira
Director do Serviço de Pneumologia do
Hospital Garcia de Orta

Serve a presente para apresentar a V. Exa., o Projecto de investigação “Importância da Comunicação na Avaliação do Desempenho e Satisfação dos Doentes, em Provas de Função Respiratória” realizado no âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.

Este estudo tem como objectivos analisar o benefício da Comunicação em P.F.R., analisar que alterações deveriam ser feitas, na interacção C.P.L. / Doente, para melhorar o desempenho nestes exames e analisar se existem outros factores, para além da comunicação, que influenciam o desempenho e a satisfação do Doente neste exame.

Solicito a autorização para realizar este estudo aos pacientes que recorrem ao Laboratório de Função Respiratória, pertencente ao Serviço de Pneumologia que dirige.

Será preservada a confidencialidade dos dados, mantida a orgânica do departamento, e não haverá acréscimo de custos.

Este trabalho de investigação envolve o Hospital Garcia de Orta e nomeadamente o Laboratório de Função Respiratória, devido ao facto de ser o local onde a autora exerce a sua actividade profissional como Técnica de Cardiopneumologia.

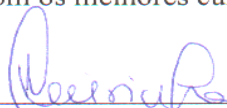
Em anexo, encontra-se o Ante-Projecto de Investigação deste estudo.

*Autorizado, devendo
ser solicitado o consentimento
informado dos doentes.*

Almada 30/1/2007
JORGE ROLDÃO VIEIRA
Director do Serviço de Pneumologia

Aguardando o vosso parecer e autorização

Com os melhores cumprimentos


Maria do Céu Vinha

Cardiopneumologista Maria do Céu Vinha
Mestrado de Comunicação em Saúde
Universidade Aberta

Parecer
26/2/07

JORGE ROLDÃO VIEIRA
Director do Serviço de Pneumologia

Almada, 18 de Janeiro de 2007

Exmo. Senhor
Dr. Jorge Roldão Vieira
Director do Serviço de Pneumologia do
Hospital Garcia de Orta

Serve a presente para apresentar a V. Exa., o Projecto de investigação “Importância da Comunicação na Avaliação do Desempenho e Satisfação dos Doentes, em Provas de Função Respiratória” realizado no âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.

Este estudo tem como objectivos analisar o benefício da Comunicação em P.F.R., analisar que alterações deveriam ser feitas, na interacção C.P.L. / Doente, para melhorar o desempenho nestes exames e analisar se existem outros factores, para além da comunicação, que influenciam o desempenho e a satisfação do Doente neste exame.

Solicito a autorização para realizar este estudo aos pacientes que recorrem ao Laboratório de Função Respiratória, pertencente ao Serviço de Pneumologia que dirige.

Será preservada a confidencialidade dos dados, mantida a orgânica do departamento, e não haverá acréscimo de custos.

Pretendo utilizar a Metodologia Fílmica, estando para tal garantido o consentimento informado dos doentes.

Este trabalho de investigação envolve o Hospital Garcia de Orta e nomeadamente o Laboratório de Função Respiratória, devido ao facto de ser o local onde a autora exerce a sua actividade profissional como Técnica de Cardiopneumologia.

Em anexo, encontra-se o Ante-Projecto de Investigação deste estudo.

Aguardando o vosso parecer e autorização

Com os melhores cumprimentos

Maria do Céu Vinha

Fazendo parte do Projecto de Mestrado: “Importância da Comunicação na Avaliação do Desempenho e Satisfação dos doentes, em P.F.R.”, frequentado pela Cardiopneumologista Maria do Céu Vinha, na Universidade Aberta. Venho solicitar a sua colaboração e respectivo consentimento para a filmagem do seu exame de P.F.R.

Antecipadamente Grata

Almada, 27 de Abril de 2007

Maria do Céu Vinha

O doente

183

ANEXO 2

Questionário

Universidade Aberta

Mestrado de Comunicação em Saúde

Questionário

Este questionário enquadra-se na Dissertação, inserida no Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta, sobre “**Importância da Comunicação na Avaliação do Desempenho e Satisfação dos Doentes, em Provas de Função Respiratória**”.

Pretendo com este questionário, saber com que ideia vêm os doentes relativamente ás Provas de Função Respiratória, uma vez que vêm realizar pela primeira vez este tipo de exame.

No final do exame pretendo saber de que forma a comunicação e a interacção Cardiopneumologista / Doente influenciaram o seu desempenho e a sua satisfação.

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendo saber a sua opinião. Por isso, procure **responder a todas as questões**.

O questionário é **anónimo** e **confidencial**, pelo que peço que não escreva o seu nome em nenhuma folha.

Obrigada pela sua colaboração

C. P. L. Maria do Céu Vinha

Formulário de Recolha de Dados

Identificação:

Numero de ordem de atendimento do Doente

Situação Clínica: 1 - Estável

2 - Instável

Sexo: 1 - Masculino

2 - Feminino

Idade: anos

Nas seguintes questões, assinale a resposta que corresponde à sua situação:

Habilitações Literárias:

- Sem Escolaridade
 - Ensino Primário
 - Até ao 9ºAno
 - Até ao 12ºAno
 - Mais que 12ºAno
-
- Consentimento Informado Para Participar no Estudo

Realizou este exame

- Pela 1ª vez
- Já tinha experiência anterior

DATA:___/___/___

1 - Já sabia o que era um exame de Provas de Função Respiratória?

Sim

Não

2 - Informaram-no sobre o exame de Provas de Função Respiratória?

Não

Sim – Quem o informou?

Médico

C.P.L (Téc^o de Cardiopneumologia)

Enfermeiro

Administrativo

Familiares

Amigos

Outro (diga quem foi)

3 - Se assinalou mais do que uma fonte informativa diga se foram:

- Convergentes**
- Complementares**
- Contraditórias**

4 - As informações dadas durante o exame foram:

- A seu pedido**
- Por iniciativa do Téc^o de Cardiopneumologia**

5 - Acha que as informações dadas sobre o exame foram suficientes?

- Sim**
- Não**

6 - A informação que recebi correspondeu aquilo que pensava sobre o exame.

- Sim**
- Não**

7 - Tinha receios em relação à realização do exame de Provas de Função Respiratória?

- Sim**
- Não**

8 - Se a resposta foi sim o que mais receou quando lhe pediram este exame?

- A preparação
- A realização do exame
- O tempo de espera

9 – O que achou relativamente a este exame no que respeita:

Ao Atendimento

Correcto 1 2 3 4 5 Incorrecto

Delicado 1 2 3 4 5 Indelicado

Ao Tempo de espera -

- Inferior a 15 minutos

- Entre 15 a 30 minutos

- Superior a 30 minutos

Ao Exame -

Confortável 1 2 3 4 5 Desconfortável

Fácil 1 2 3 4 5 Difícil

Rápido 1 2 3 4 5 Demorado

Instruções dadas -

Claras 1 2 3 4 5 Confusas

Suficientes 1 2 3 4 5 Insuficientes

Comportamento dos CPL -

Atencioso 1 2 3 4 5 Indiferente

Competente 1 2 3 4 5 Incompetente

10 - No seu entender que aspectos poderiam ser melhorados a nível da comunicação na relação CPL/doente?

11 - Na sua opinião, para além da comunicação que outros aspectos poderiam melhorar a sua colaboração neste exame?

Obrigada pela sua colaboração

191

