UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JERUSA GOMES VASCONCELLOS HADDAD

**Aspectos da comunicação terapêutica na interação da
enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo
na rede do município de Itajubá**

São Paulo
2011

JERUSA GOMES VASCONCELLOS HADDAD	Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo na rede do município de Itajubá		MESTRADO EEUSP 2011

JERUSA GOMES VASCONCELLOS HADDAD

**Aspectos da comunicação terapêutica na interação da
enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo
na rede do município de Itajubá**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de mestre
em ciências

Área de concentração: Cuidado em
Saúde.

Orientadora:
Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone
Zoboli

São Paulo
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Haddad, Jerusa Gomes Vasconcellos.

Aspectos da comunicação terapêutica na interação da
enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo na
rede do município de Itajubá / Jerusa Gomes Vasconcellos
Haddad. -- São Paulo, 2011.

115 f.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Elma Lourdes C.P. Zoboli.

1. Atenção à saúde 2. Assistência à saúde 3. Comunicação.
4. Promoção da saúde 5. Ética da enfermagem 6. Cuidados
primários de saúde I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad.

Título: Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo na rede do município de Itajubá.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*À você, Claíser,
...companheiro incansável, exemplo de dedicação e
amor maior...*

*À você, Tamara,
...filha querida, que ainda pequena,
inconscientemente, aprendeu o que significa
renunciar... Desculpe-me pelos: espera um pouco,
pede para o seu pai, agora não posso, etc...*

*...me fortaleci em vocês, razão da minha conquista.
Amo vocês!*

Agradecimentos

À DEUS, que me permitiu recomeçar e com sua infinita misericórdia esteve presente nos momentos mais difíceis desse caminho.

*À minha mãe, **Maria Olívia**, exemplo de simplicidade, dignidade e justiça, responsável pelo início da minha formação ética.*

*À minha irmã **Cláudia**, pelo exemplo de perseverança e a prova de que tudo é possível.*

*À minha querida orientadora Profa. Dra. **Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**, pelo apoio quando escolhi este caminho, pela amizade e compreensão nos momentos em que precisei, por compartilhar seus conhecimentos e com sua sabedoria e habilidade me fazer acreditar que posso sempre mais. Você muito contribuiu para o meu crescimento.*

*À Profa. Dra. **Lislaine Aparecida Fracollí** e Profa. Dra. **Maria Júlia Paes da Silva**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*À minha querida colega de pós-graduação **Elíara Pilecco Machado**, pela partilha e contribuições para essa conquista.*

Sorrimos, choramos e vencemos juntas.

*À irmã **Lucíla Carneiro Junqueira** e Irmã **Maria Marly Simões**, que ao me abrirem as portas da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, tornaram tudo isso possível.*

*Ao Prof. Dr. **José Vitor da Silva**, pela confiança. Não há palavras para dizer o quanto foi valioso para mim nesse percurso e o quanto é responsável por esta conquista.*

*Ao meu colega **Ewerton Naves**, que junto comigo iniciou esta caminhada, pelo apoio e incentivo para seguir em frente.*

Aos colegas professores da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, pelo exemplo de competência, dedicação e ética.

*Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação, na pessoa da **Dayse Aparecida Fazzolaro** e **Sílvana Maximiano**, pela paciência, atenção e eficiência no atendimento.*

Meu muito obrigada!

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

APRESENTAÇÃO

Formada em enfermagem pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz de Itajubá, estado de Minas Gerais, em 2005, logo fui convidada pela diretoria, para atuar como enfermeira gerente, na Unidade de Lesão de Pele do Centro de Atendimento Irmã Zenaide Nogueira Leite, que faz parte das atividades de extensão dessa instituição de ensino superior, iniciando assim minha vida profissional na Atenção Básica à Saúde. Na Unidade de Lesão de Pele, outras oportunidades surgiram, como o ensino clínico de tratamento de feridas para os estudantes do segundo ano da graduação em enfermagem, iniciando-me, então, na docência. Pouco depois, assumi a supervisão de estágio em Saúde Coletiva para os estudantes do quarto ano.

Como supervisora de estágio em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família me chamou a atenção a baixa adesão dos usuários aos tratamentos prescritos. Entendia que essa situação teria a ver com a qualidade da informação que lhe era prestada pelos enfermeiros. Aos poucos, com os estudos da Especialização em Saúde Coletiva, com enfoque no Programa Saúde da Família, percebi que esta questão poderia estar vinculada a aspectos da relação do enfermeiro com o usuário e a comunicação. A relação enfermeiro-usuário traz uma complexidade, pois cada indivíduo é singular, e aporta ao encontro de cuidado, crenças, valores, sentimentos e cultura, resultados do meio em que vive. Como lidar com tanta diversidade para promover a saúde e adesão aos tratamentos?

Durante algum tempo, vivi a angústia de definir o que realmente investigaria a fim de contribuir para a prática da enfermagem na atenção básica e meu aprimoramento docente. Foi então que em uma das conversas, de tantas que mantive com a professora Elma Zoboli, que direcionei as minhas inquietações para ‘como se dá a comunicação enfermeiro-usuário na atenção básica’.

O estudo é relevante para a Saúde Coletiva, visto que o processo de promoção da saúde se inicia com a relação que se estabelece no primeiro contato do usuário com os profissionais da atenção básica, por meio do processo comunicacional, ou seja, de uma rede de conversas.

Haddad JGV. Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo na rede do município de Itajubá [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011. 115 f.

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, de natureza compreensiva que objetivou compreender os aspectos comunicacionais da interação enfermeiro-usuário na atenção básica, com a finalidade de discuti-los a partir do referencial da comunicação terapêutica, distinguindo seus elementos na prática do enfermeiro neste nível de atenção. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro elaborado para a observação da comunicação terapêutica nos atendimentos de enfermagem. Para triar as unidades que seriam observadas, aplicou-se o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Básica (IPE-APS). Foram incluídas as unidades onde as enfermeiras reconheceram mais (E1) e menos (E3) problemas éticos no domínio da relação com o usuário. Como um ‘tipo de controle’, foi incluída a unidade (E2) onde a enfermeira percebeu um equilíbrio em relação ao número e frequência dos problemas. Foram observados dois atendimentos em cada unidade. Após os atendimentos, as enfermeiras responderam a uma pergunta aberta. O estudo permitiu concluir que em E3 a enfermeira manteve uma tendência à comunicação terapêutica e a enfermeira em E2 distanciou-se dela. A enfermeira em E1 aproximou-se da comunicação terapêutica em um atendimento e no outro se distanciou dela. Os resultados mostram que as enfermeiras entrevistadas não pensam e não percebem, na sua prática, como a comunicação com o usuário ocorre e acreditam que a comunicação é algo que ocorre naturalmente, no entanto, reconhecem a importância da comunicação na relação enfermeiro-usuário na atenção básica. E ainda, que a comunicação não requer técnica ou fundamentação científica, porém reconhece suas limitações.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Assistência à Saúde. Comunicação. Promoção da Saúde. Ética da enfermagem. Cuidados Primários de Saúde.

ABSTRACT

JGV Haddad. Aspects of therapeutic communication in nurse's interaction with the user in the basic care: a study on the network of the city of Itajubá [dissertation]. São Paulo: School of nursing at the University of São Paulo, 2011. 115 p.

This is a comprehensive study which aimed to understand communicational aspects of patient-nurse relationship and to identify the elements of therapeutic communication in primary care nursing practice. We used structured observation and semi-structured interviews for collecting data. To select the services and the nurses for observation, we applied an inventory of ethical problems in primary care (IPE-APS) and included those with more (E1) and less (E3) ethical issues. As control we included a service with an equilibrium in the results of IPE-APS (E2). For each nurse included, we observed the communication into two nursing care actions. After observation, we asked the nurses their opinion about the communication in the action they had just performed. The results pointed out that E3-nurse kept a tendency for a therapeutic communication and E2-nurse was the most distant of it. E1-nurse was nearer of therapeutic communication in one of the actions and distant in the other. The nurses do not realize the actual importance of communication in their daily practice and believe that, as it is part of human relations, it occurs 'naturally'. They affirm that communication does not require technical or scientific basis. The study concluded that it is necessary to do have education actions on communication in primary care nursing.

Keywords: Health care. Health assistance. Communication. Health promotion. Ethics of nursing. Primary health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diálogos entre enfermeiro e usuário, segundo a presença do elemento da comunicação terapêutica	38
Quadro 2 - Elemento empatia na observação de E1	56
Quadro 3 - Elemento empatia na observação de E2	56
Quadro 4 - Elemento empatia na observação de E3	57
Quadro 5 - Elemento respeito na observação de E1	58
Quadro 6 - Elemento respeito na observação de E2	59
Quadro 7 - Elemento respeito na observação de E3	60
Quadro 8 - Elemento escuta na observação de E1	62
Quadro 9 - Elemento escuta na observação de E2	63
Quadro 10 - Elemento escuta na observação de E3	64
Quadro 11 - Elemento acompanhamento na observação de E1	67
Quadro 12 - Elemento acompanhamento na observação de E2	68
Quadro 13 - Elemento acompanhamento na observação de E3	69

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos ACO 71
- Figura 2 – Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos AVO 72

LISTA DE SIGLAS

ACO	Atendimento Comum Observado
AVO	Atendimento Variado Observado
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPE-APS	Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	26
2 OBJETIVOS	27
3 MARCO REFERENCIAL	29
3.1 COMUNICAÇÃO: OS ELEMENTOS VERBAL e NÃO-VERBAL	30
3.2 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA	34
3.2.1 Elementos da Comunicação Terapêutica	36
3.2.1.1 Empatia	37
3.2.1.2 Respeito	38
3.2.1.3 A Escuta Receptiva	40
3.2.1.4 Acompanhar o Paciente em Suas Reflexões	41
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	44
4.1 TIPO DE ESTUDO	45
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	46
4.3 SUJEITOS DE PESQUISA	48
4.4 COLETA DE DADOS	48
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	52
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	53
5 RESULTADOS	54
5.1 ELEMENTO EMPATIA	56
5.2 ELEMENTO RESPEITO	58
5.3 ELEMENTO ESCUTA	62
5.4 ELEMENTO ACOMPANHAMENTO	67
5.5 SÍNTESE DOS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO ACO	71
5.6 SÍNTESE DOS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO AVO	72
6 DISCUSSÃO	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	93
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde tem, nos últimos anos, se preocupado com a implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, deslocando o eixo do modelo médico assistencial hospitalocêntrico para uma nova concepção de cuidado à saúde.

Nesse sentido, os esforços se voltam para a construção de um modelo de atenção à saúde que atue, efetivamente, na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividade.

Aliada a esta proposta a atenção básica opera, na sua prática, com dimensões sociais e subjetivas que implicam comportamentos e atitudes éticas por parte dos que a operam.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável^{1:10}.

Estão expressos nessa proposta não só aspectos técnicos, mas valores, pois vínculo implica disponibilidade, abertura ao outro, valorização do outro como interlocutor válido e isto requer humildade, escuta e solidariedade. Assim, a proposta da atenção básica requer comportamento e atitudes éticas para sua efetivação, visto que não se limita a novas configurações e técnicas de trabalho de equipes multiprofissionais².

A agenda de compromisso pela saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2005 compreende três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destacamos aqui o Pacto em Defesa da Vida que tem como prioridade o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços, com ênfase no fortalecimento e na qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF)³.

A nova política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica, sustentado pelo eixo norteador dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção básica representa a porta de entrada do usuário do SUS no sistema de assistência à saúde. Segundo Zoboli⁴, neste momento estão presentes dois cidadãos: o usuário que usufrui um bem público por direito e aquele que tem a responsabilidade de promover o acesso a esse direito. Será neste encontro subjetivo que os princípios da Política de Saúde, como a integralidade se efetivará e se dará a atenção à saúde⁴.

Considerando, então, como meio de acesso do usuário aos serviços de saúde e linha condutora das ações de assistência, coerente com os princípios da universalidade, acessibilidade e equidade, concordamos com Zoboli⁴ quando confere à atenção básica adjetivos como: essencial, necessário, fundamental, imprescindível, indispensável, imperioso, útil e vital.

Nesse nível de atenção o paciente não se encerra nos limites do Corpo ou se resume a uma patologia, mas se estende para além dos muros das unidades de saúde para o território, o bairro, o trabalho, a casa, a família, o que confere complexidade à assistência e requer operar a densidade das relações intersubjetivas⁴.

A abordagem do sujeito nas diversas dimensões, considerando-o em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, nos remete a uma clínica ampliada de forma a dar conta desta abrangência⁴. Ou seja, o olhar clínico na atenção básica tem de se ampliar para propiciar o atendimento individualizado e participativo, pactuando acordos no projeto e processo de cuidado⁴.

Essa clínica ampliada, em decorrência da visão mais abrangente do sujeito permite assistir o usuário a partir de sua realidade e necessidades, constituída no contexto familiar e comunitário.

A expansão dos contornos da clínica, que assim deve acontecer, configura-se como “olho mágico” para uma rica e complexa realidade a partir da pessoa de quem cuidamos^{4:200}, pois traz o sujeito tomado como ser dinâmico, resultado das relações sociais que estabelece e a interação com o meio sociocultural em que se insere, podendo influenciá-lo e por ele ser influenciado.

A clínica ampliada implica corresponsabilização pela saúde das pessoas por meio da integração com outros setores. Requer busca constante por novos saberes, que se define em compromisso ético⁵. “É um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular”^{5:8}. Nessa perspectiva, a assistência na atenção básica deve ser capaz de produzir saúde, autonomia e corresponsabilização.

Para isso, a relação deve ocorrer entre sujeitos. O usuário, também é detentor do direito de participar da elaboração, planejamento e execução das ações no processo de produção de saúde. Cada qual aportará a este encontro suas experiências e conhecimentos, que são carregados de fatos, valores, emoções, etc². Dessa forma, é essencial nesta relação clínica ampliada, o respeito mútuo entre profissionais e usuários⁴, sendo um dos fundamentos da atenção básica a criação de vínculo entre a equipe e a comunidade.

A criação de vínculo constitui-se em um dos elementos para a humanização dos serviços configurando-se estes valores, vínculo e humanização, pano de fundo da promoção da saúde definida na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, como “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”^{6:19}.

Nessa definição está caracterizada a relação de troca, de parceria entre os envolvidos, profissionais e usuários dos serviços de saúde, que só é possível por meio do estabelecimento de confiança, fundamental na criação de vínculo.

A confiança torna-se um alicerce no desenvolvimento de relações de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade. A formação de vínculo pressupõe uma relação de diálogo que se estabelece entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos⁷. Somente há construção de vínculo quando o usuário é reconhecido na condição de sujeito que deseja, julga, valoriza e, principalmente, fala. Tem espaço na relação e na instituição e autonomia, como cidadão emancipado, para falar, expressando o que sente, o que vive, em fatos e valores⁸.

Assim, a reorganização dos serviços de saúde, um dos eixos relevantes na promoção da saúde, compreende não só aspectos técnicos e estruturais, mas a complexidade das relações que se estabelecem na atenção básica,

primeiro nível de assistência e porta de entrada para o sistema de saúde, onde se inicia todo o processo de promoção de saúde. Consideramos que a própria estruturação do SUS, como modelo de assistência que busca na sua prática atender os sujeitos de forma integral, sendo compatível com os princípios e as diretrizes da integralidade e da equidade, exige mudança comportamental e atitudinal por parte de todos os atores sociais nele envolvidos.

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar uma relação de trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de sujeitos protagonistas do processo saúde-doença-cuidado⁹.

Assim, é imprescindível a mudança de atitude por parte dos profissionais, de forma a identificarem as necessidades do indivíduo, considerado na sua integralidade e singularidade, vislumbrando a promoção da saúde.

A clínica ampliada permite uma assistência mais próxima à realidade individual e coletiva, ou seja, considera nos planos singular e particular do processo saúde-doença. A ampliação da clínica torna-se um pilar da atenção à saúde quando se almeja a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Com a inserção da realidade singular na clínica, a complexidade das relações interpessoais se revela, desenhando-se novo panorama para a operacionalização da assistência à saúde como prevista na política pública. Requer-se dos trabalhadores capacidades e habilidades para operar a densidade das relações intersubjetivas na atenção básica⁴.

O indivíduo direciona sua conduta com base em suas convicções. O que pensamos, acreditamos e valoramos determinam comportamentos e têm papel na regulação das relações sociais.

Assim, o processo de produção do trabalho em saúde, especialmente na atenção básica, permeia-se pela subjetividade das relações que se estabelecem.

Isso implica a capacitação individual e coletiva dos trabalhadores, aliada à estruturação dos serviços e processos de trabalho, para lidar com a

multiplicidade dos condicionantes de saúde¹⁰, criando vínculo, confiança, compromisso e responsabilidade.

A importância e complexidade das relações intersubjetivas na atenção básica fica evidente quando, dentre os problemas éticos identificados por profissionais médicos e enfermeiros, destacam-se: a dificuldade em estabelecer os limites de relação profissional – usuário; o desrespeito do profissional para com o usuário; a recusa do usuário às indicações médicas e as dificuldades para informar ao paciente de maneira a pactuar sua adesão⁴.

As questões éticas de desrespeito dos profissionais para com os usuários dos serviços de saúde podem comprometer, significativamente, a atenção básica como proposta de uma política pública que busca assistir o sujeito de forma integral e singular, com vinculação.

A complexidade das relações interpessoais impõe à atenção básica peculiaridades que requerem mudanças atitudinais e comportamentais dos trabalhadores, especialmente ao se considerar a política de humanização que se articula na estratégia do acolhimento.

É exigência da Política considerar o sujeito, usuário e profissionais, em sua singularidade, integralidade e inserção sociocultural. No entanto, não só no que se refere à prevenção e tratamento das doenças, mas também, para a busca da promoção da saúde desse sujeito e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável⁴.

Essas peculiaridades da assistência na atenção básica que conferem sutileza aos aspectos éticos, sendo, muitas vezes, difícil distinguir os conflitos morais que podem levar ao rompimento do vínculo, necessário, entre profissionais e usuários, intervindo na relação clínica¹¹. É preciso redirecionar as práticas na atenção básica no sentido da humanização, do cuidado e cidadania, responsável e empenhada na promoção da saúde e de vida boa para todos e promotora da expressão autonômica das pessoas, com a realização e potencialização de suas capacidades⁴. Essa nova prática implica relações horizontais propícias à produção de corresponsabilização na produção do cuidado.

“São dois iguais em situações distintas, que em um encontro intersubjetivo tem a corresponsabilização de construir o cuidado, trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças...”^{4:195}.

A produção corresponsável de cuidado requer empenho na compreensão da realidade do outro, saindo da própria estrutura referencial e entrando na do outro¹². É dessa forma que o cuidado torna-se atitude de responsabilização e aproximação afetiva e vincular com o outro, a partir de uma sensibilidade para com a experiência humana e do reconhecimento da realidade do outro como pessoa e sujeito, em suas múltiplas e complexas singularidades e diferenças¹². Constitui-se uma interrelação que resulta em ações para atender aos interesses ou necessidades de todos os envolvidos.

A criação e manutenção de laços de confiança e vínculo alicerçam o ato de cuidar como ação de ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la em sua saúde, comportando-se, o profissional, como perito e conselheiro ao compartilhar de uma jornada, movido pela ética do cuidado⁵. Isso implica em ver o outro em suas múltiplas dimensões, reconhecendo sua realidade e respeitando-o como sujeito, participante ativo no processo de produção de saúde.

Cuidar e intervir nos problemas de saúde requer a participação e compreensão dos usuários dos serviços de saúde. Implica disposição atitudinal e preparo técnico para a escuta e diálogo. Ou seja, incorporar novos saberes e nova ética para aceitação e interação com o outro em uma relação intersubjetiva⁴.

Um desses saberes é que se apresenta como recurso essencial com seus elementos facilitadores ou dificultadores no processo das relações interpessoais. No contexto assistencial da atenção básica, a comunicação veicula informações, valores e emoções³. Gera e mantém vínculos quando bem conduzida; corrompe-os quando se compromete pela má qualidade.

É por meio da comunicação que as relações se estabelecem, não só para a veiculação de informação e educação, mas também, como espaço e meio para a revelação do outro.

É através das nossas ideias, da nossa fala, das nossas ações e das nossas intenções que expressamos o que somos¹³.

Nos relacionamentos interpessoais, não existe apenas a comunicação verbal, mas a interação entre a comunicação verbal e a não-verbal e se o profissional de saúde quer estabelecer vínculo de confiança, deve reconhecer

este mundo de sinais e símbolos que mostra o que as pessoas sentem e pensam¹⁴.

No momento do cuidado os pacientes olham não para as nossas mãos, mas nossos rostos, procurando na nossa expressão o interesse ou desinteresse, a nossa alegria ou não ao cuidar, o nosso medo ou a nossa aceitação da sua situação, porque é na face que expressamos as nossas emoções¹⁵.

Neste encontro entre o usuário e o enfermeiro, sendo este entre sujeitos, a comunicação serve como recurso para o estabelecimento da confiança e do vínculo, necessários na concretização dos princípios e diretrizes que norteiam a atenção básica na busca pela promoção da saúde. Isso confere importância à comunicação interpessoal como facilitador ou dificultador na criação de vínculo entre o profissional e o indivíduo. Confiança e vínculo são essenciais para que o outro se revele e sua realidade individual, familiar e comunitária transpareça.

Por exemplo, a Estratégia Saúde da Família traz como proposta a criação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e/ou famílias, por meio de uma relação de diálogo que se desenvolve entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos. Neste cenário, a comunicação, além de meio de veiculação das ações educativas, constitui-se recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço⁷.

Por meio da comunicação verbal e não-verbal expressamos nossos sentimentos, sentidos, emoções e pensamentos. Entretanto, não há expressão de ideias, valores e emoções se os participantes dessa relação, como usuários dos serviços de saúde, não se sentirem acolhidos, isto é, aceitos e compreendidos em sua singularidade e no momento que vivem. O acolhimento torna-se espaço privilegiado de troca intersubjetiva que se materializa por meio do processo comunicacional.

Na comunicação o outro se revela, manifestando suas ideias, sentimentos, sentidos, crenças e valores. É, então, a comunicação, peça imprescindível para se alcançar os pressupostos de considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade como expresso na Política de Atenção Básica.

A relação enfermeiro-usuário ocorre entre sujeitos, que são corresponsáveis no processo de produção de saúde, no qual cada um aporta suas experiências, vivências e saberes.

Quando não percebemos as mensagens expressas pelos usuários dos serviços de saúde, por meio do verbal e não-verbal, dificultamos a identificação e consequentemente o atendimento das suas necessidades. Ignoramos todo o contexto socioeconômico e cultural desse indivíduo.

Considerando que a comunicação permeia toda a ação da enfermeira, fica evidente que, além de ter consciência do fato ela tem de conhecer como se dá o processo e os elementos que compõem e como utilizá-los na sua prática para que o paciente a considere elemento de ajuda, ou seja, alguém capaz e eficiente, um ser humano com quem ele pode interagir, compartilhar suas ideias, seus anseios, seu sofrimento e necessidade de ajuda¹⁶.

Nessa relação, que deve ser uma relação de ajuda, a comunicação torna-se terapêutica constituindo-se em instrumento do cuidado. O enfermeiro pode utilizar a comunicação terapêutica para favorecer a interação com o usuário, permitindo a manifestação do outro. Assim, é possível perceber todo o contexto onde este indivíduo está inserido, sendo recurso para a obtenção de dados que redirecionam o planejamento de ações que possam ser realmente efetivas.

A comunicação terapêutica é um processo dinâmico que exige habilidade do profissional para lidar com as situações que se apresentam na interação com o usuário durante a assistência à saúde.

Especificamente para a enfermagem, a comunicação não se resume apenas a mais um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas deve ser considerada competência ou capacidade interpessoal¹⁷.

A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da enfermagem, criando oportunidade de aprendizagem para o paciente, despertando sentimento de confiança entre o usuário e a enfermeira, o que permite a ele experimentar a sensação de segurança e satisfação¹⁶.

Sendo a comunicação essencial na manutenção das relações, é importante atentar-se para os ruídos desse processo.

São muitos os problemas que surgem nas relações em decorrência dos padrões de comunicação verbal e não-verbal. O mais percebido é a

incompreensão por parte dos profissionais de saúde das palavras utilizadas pelos usuários para expressar suas vivências, dor e sofrimento. Outro problema é a dificuldade em transmitir informações adequadas ao usuário. Deste, pode resultar um terceiro ponto que é a adesão ao tratamento. Conhecendo os padrões de comunicação verbal, e não verbal, podemos dar conta melhor destes desafios do atendimento¹⁸.

No momento em que as relações se estabelecem e que a comunicação se efetiva, os princípios e as diretrizes norteadoras da atenção básica podem ou não se concretizar no cotidiano da assistência à saúde.

A dimensão cuidadora presente em qualquer prática de saúde visa produzir processos de falas e escutas, relações de intersecção com o mundo subjetivo do usuário, como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, articulação de saberes para compor projetos terapêuticos, posicionamento ético, dentre outros¹⁹.

O trabalho em saúde opera com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, que não pode ser expresso apenas por equipamentos e saberes estruturados¹⁹. Requer incorporar recursos para transitar no campo das relações interpessoais.

A prática clínica, na atenção básica, usa tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, diferenciando-se dos demais níveis de assistência por não implicar, obrigatoriamente, o manuseio e a incorporação de aparelhagens de última geração. Porém, necessariamente, requer compreender e lidar com a profunda complexidade das relações intersubjetivas, em sua teia de interconexões²⁰.

Na saúde coletiva, opera-se um sentido distinto de tecnologia na atenção à saúde. Segundo Mendes-Gonçalves²¹, a tecnologia no processo de trabalho em saúde abarca o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe, ao mesmo tempo, um sentido social articulado. A tecnologia, então, inclui saberes, procedimentos, equipamentos e suas formas de articulação nos processo de trabalho.

Para Merhy^{22:119},

Falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca da produção de ‘coisas’ (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos, que satisfaçam necessidades.

Segundo o mesmo autor, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em: leve, leve-dura, e dura. As tecnologias leves são as das relações como produção de vínculo, autonomização, acolhimento. As leve-duras são os saberes estruturados articulados no processo de trabalho em saúde. As tecnologias duras referem-se aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais¹⁹.

Propõe-se que a comunicação é uma tecnologia leve; uma tecnologia das relações do tipo produção de vínculo, autonomização e acolhimento¹⁹.

Nas instituições de saúde, as tecnologias, leve, leve-duras e duras se sobrepõem. O trabalho em saúde perpassa a utilização de equipamentos e a articulação dos saberes tecnológicos estruturados que expressam a lógica do trabalho morto, pois o seu objeto não é plenamente estruturado. Os processos de intervenção em ato, as configurações das tecnologias de ação operam as tecnologias de relações, de encontros de subjetividades²². Neste último âmbito das tecnologias está a comunicação terapêutica.

A comunicação terapêutica, no processo produtivo em saúde, por levar à produção de sujeito, tem de articular-se por meio do estabelecimento de relação de confiança entre enfermeiro e usuário dos serviços de saúde.

O estabelecimento de confiança remete ao processo comunicacional como recurso fundamental para efetivação de uma relação de acompanhamento, sendo os trabalhadores da atenção básica ‘testemunhas empáticas’ da vida das pessoas de quem cuidam.

As interações entre a enfermeira e o usuário estão repletas de intencionalidades como promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Estas têm na comunicação um elemento facilitador do processo de produção do cuidado. Ou seja, as tecnologias leves estão diretamente relacionadas às interações entre a enfermeira e o usuário no processo cuidativo.

No campo da enfermagem, a conversa é um eixo integrador do cuidado. Uma simples conversa pode se transformar em interação, possibilitando que o usuário expresse seus sentimentos, suas dúvidas e preocupações, dando início à terapêutica²³.

Ainda que as tecnologias duras, leve-duras e leves se sobreponham nos serviços de saúde, como recursos necessários à assistência ao usuário/família, ao se transitar no campo das relações interpessoais, por operarem as subjetividades, as tecnologias leves ganham destaque. É neste espaço relacional que se configura a alta complexidade e a baixa densidade das tecnologias da atenção básica.

Ao se considerar as relações intersubjetivas, destaca-se que a ética do cuidado toma como essencial que as pessoas reconheçam a responsabilidade de uns pelos outros e aposta na comunicação como o modo de solucionar os conflitos⁴.

Para cuidar do outro é preciso investir em habilidades de comunicação inter-humana, na capacidade de escuta e na sintonia emocional com o outro. O cuidado implica compreensão da rede de interrelações pessoais, sociais e ambientais que compõe e sustenta a vida, para que o enfermeiro possa potencializar positivamente essas relações por meio da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos²⁰.

Para ir além da visão biológica, como requerem as políticas propostas no SUS, é preciso lidar, na atenção básica, com expectativas, medos, ansiedades, enfim com sentimentos, sentidos, crenças e valores das pessoas, tanto dos usuários como dos trabalhadores. Na atenção básica é fundamental trabalhar com a pessoa, superando atitudes autoritárias, paternalistas e exclusivamente técnicas. É preciso a construção de relações pautadas em um padrão de comunicação que tenha um ouvinte ativo, reconhecido como ser cultural e social¹⁸.

Para isto, requer-se dos profissionais uma atitude que favoreça a construção de relações participativas, horizontais, que aceitem o desafio de reconhecer o outro como ser ativo, com igual dignidade humana¹⁸. Ou seja, uma ética de novas relações profissionais, nas quais toda voz de monopólio nas relações é destituída, legitimando a pluralidade de papéis e vozes. Com isso, impede-se a desqualificação do outro pelo exercício de poder e se valoriza a escuta ativa, o olhar atento, a reflexão genuína, o conhecimento e a

competência técnica no estabelecimento de relações profissionais respeitosas e promotoras dos direitos, da liberdade e da dignidade humanas²⁴.

Assim, o presente estudo tem o propósito de explorar como os enfermeiros da atenção básica de Itajubá operam os aspectos comunicacionais nas relações com usuários e famílias, a fim de reconhecer elementos da comunicação terapêutica nesse processo.

O estudo pretendeu propiciar aos profissionais a oportunidade de conhecerem como se dá a comunicação entre eles e os usuários, despertando-os para a importância da comunicação como recurso para a criação do vínculo e da confiança, necessários para o cuidado.

Também teve-se o propósito de contribuir para a atividade docente da pesquisadora em um curso de graduação em enfermagem da cidade, com a aplicação dos conhecimentos produzidos na formação inicial e permanente dos enfermeiros.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

– Como se dá a comunicação enfermeiro-usuário na atenção básica de Itajubá?

2 OBJETIVOS

Geral:

- Compreender os aspectos comunicacionais da interação enfermeiro-usuário na atenção básica.

Específicos:

- Distinguir os elementos da comunicação terapêutica na prática do enfermeiro na atenção básica.

- Discutir os aspectos comunicacionais da interação enfermeiro-usuário na atenção básica, a partir do referencial da Comunicação Terapêutica.

3 MARCO REFERENCIAL

A comunicação terapêutica: a comunicação verbal e a comunicação não-verbal na saúde e na enfermagem formaram o marco referencial do estudo.

3.1 COMUNICAÇÃO: OS ELEMENTOS VERBAL e NÃO-VERBAL

A comunicação é um processo de relação que envolve troca e transformação dos envolvidos, pois estes trazem consigo suas vivências, crenças e valores que permeiam todo o processo comunicacional. Por meio da comunicação interpessoal as relações se estabelecem, o ser humano se mostra como ser social e cultural e se desenvolve, conferindo dinamismo a este processo.

A compreensão de que somos seres de relações nos impulsiona a buscar, no processo comunicativo, maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades²⁵.

A comunicação é um processo onde estão presentes elementos como: emissor, receptor, mensagem, canal e resposta. Implica em compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, influenciando o comportamento das pessoas envolvidas e caracterizando este campo interacional¹⁶.

A comunicação verbal está representada pelas palavras, expressas por meio da linguagem escrita ou falada. A interação pode ocorrer utilizando técnicas de comunicação verbal que auxiliam na expressão, clarificação e validação da mensagem²⁶.

A expressão refere-se à transmissão da informação²⁶.

Permanecer em silêncio é procurar ouvir o que o outro tem a dizer, pois a tendência é falar demais e a ouvir de menos.

Verbalizar aceitação significa demonstrar que está prestando atenção ao que o outro diz, como “Eu entendo”^{26:32}.

Isso também pode ser feito com a repetição das últimas palavras ditas pela pessoa.

Ouvir reflexivamente equivale a incentivar o outro a continuar falando, demonstrando interesse em saber mais sobre o que está contando. Verbaliza-se interesse com expressões “E depois”; “continue”^{26:32}.

A clarificação é entender o que está acontecendo no momento da comunicação, ou seja, compreender uma ideia, um gesto ou um comportamento²⁶.

Para isso estimular comparações ajuda o usuário a se expressar: “O senhor quer dizer que é como se fosse...”^{26:32}.

A devolutiva das perguntas feitas ajuda-o a entender melhor a necessidade que sua pergunta gerou a pergunta. “Na sua opinião o que o senhor acha...?”^{26:33}.

Sempre que preciso, pode-se solicitar esclarecimento de termos incomuns e de dúvidas, questionando pelo significado de termo desconhecido. “Gastura?”^{26:33}.

A validação consiste em certificar se a compreensão está correta e se nos fizemos entender²⁶.

É útil repetir a mensagem dita: “Lembremos que...”, “Combinamos que...”^{26:33}.

Também se pode pedir à pessoa que repita o que foi dito: “O senhor pode repetir o que conversamos”^{26:34}.

As técnicas de comunicação verbal representam um recurso para a interação face a face. Permite criar uma rede de conexão que torna a comunicação efetiva, favorecendo a compreensão entre as pessoas.

Podemos elencar, ainda, algumas das formas verbais que Silva²⁶ aponta como utilizadas com muita frequência e que merecem atenção. Quando fazemos perguntas, devemos esperar para ouvir a resposta. Muitas vezes, perguntamos e já respondemos em seguida. Outras vezes, perguntamos e interrompemos a resposta do outro, porque achamos que já entendemos todo o seu raciocínio. Em muitas situações, o verbal e o não-verbal transmitem mensagens diferentes, tornando-se contraditórias. Outras vezes, concluímos o raciocínio do interlocutor antes mesmo de ele terminar a frase, ou seja, não sabemos ouvir. E ainda, usamos linguagem inacessível, como termos técnicos, só compreensíveis para um determinado grupo.

A comunicação não-verbal ocorre na interação pessoa-pessoa por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações de corpo, singularidades somáticas naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Segundo Silva²⁶, a classificação dos sinais não-verbais incluem: paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica.

A paralinguagem consiste em qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. É representada pelo ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro etc. A cinésica é a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimento dos membros, meneios de cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais.

As configurações faciais demonstram estados afetivos, tendo sido algumas descritas por Ekman apud Silva²⁶: alegria, raiva, nojo, surpresa, desprezo, interesse.

As pálpebras levantadas, o sorriso, o ‘olhar brilhante’, o levantamento da bochecha com fechamento do olho e o levantamento da boca, indicam alegria. A raiva pode configurar a testa enrugada verticalmente pela junção das sobrancelhas, olhos fechados e tensos ou abertos e firmes, boca tensa, mandíbula cerrada, pupila contraída. O lábio superior levantado, com acompanhamento ou não do lábio inferior e a sobrancelha acentuada, indicam nojo. A surpresa expressa-se com a abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas. O lábio superior com um dos cantos levantados ou olhar de cima para baixo, denotam o desprezo. O interesse configura o olhar na direção do objeto ou da pessoa, sorriso e meneio positivo da cabeça.

A postura do corpo pode indicar acolhida e aproximação ou desafio e rejeição. A acolhida e a aproximação se manifestam quando nos voltamos para alguém com o corpo, com os ombros e ‘nos descruzamos’ (braços, pernas, mãos); ficamos, dessa forma, com o corpo aberto para o outro. Isso pode se dar em diferentes graus. Desafio e rejeição são expressos pela postura contrária à de acolhimento.

A proxêmica é o uso que o homem faz do espaço, como a distância mantida entre os participantes de uma interação.

Dois conceitos são importantes no que se refere a proxêmica: espaço pessoal e territorialidade. O espaço pessoal representa o quanto nosso corpo aguenta a proximidade de alguém. A territorialidade é a área que o indivíduo determina como sua, defendendo-a de outras pessoas.

A tacêtica abrange tudo que envolve a comunicação tátil; pressão exercida; local onde se toca; duração do contato; velocidade de aproximação; intensidade e frequência do toque; sensação provocada; idade e sexo dos comunicadores.

Na área da saúde, temos os toques: instrumental, expressivo ou afetivo e terapêutico.

O toque instrumental constitui o contato físico necessário para o desempenho de uma tarefa específica, como verificar a temperatura. O toque expressivo ou afetivo é o contato espontâneo e afetivo com a finalidade de demonstrar carinho, empatia, apoio, segurança e proximidade em relação ao paciente. Porém, todo toque, mesmo que ocorra no momento em que se realiza um procedimento, pode ser afetivo, à medida que transmite afeto, segurança e proteção²⁷. O toque terapêutico designa ao uso das mãos como técnica terapêutica²⁶. Ou seja, através do toque pode-se transmitir cuidados, apoio e conforto²⁸.

Dessa forma todo toque, instrumental e afetivo, constitui-se como toque terapêutico visto que, pode ser utilizado nos momentos em que o paciente está tenso, deprimido ou para ajudá-lo a se sentir melhor²⁹.

Assim, para Silva³⁰ as funções da comunicação não-verbal nas relações interpessoais incluem: complementar à comunicação verbal; reforçando, reiterando ou completando, por meio de sinal não-verbal o que foi dito verbalmente; substituir a comunicação verbal, com sinais que substituem palavras; contradizer o verbal, quando o sinal não-verbal não é congruente com o que está sendo dito verbalmente; demonstrar sentimentos e emoções por meio das expressões faciais.

Como portadores de significados universais e culturais, os sinais não-verbais são percebidos e interpretados pelos comunicadores e acabam por influenciar as relações interpessoais.

Dentre outras habilidades, Horta³¹ destaca a comunicação como um dos instrumentos básicos da profissão de enfermagem. Os profissionais de enfermagem estão constantemente em contato com o paciente numa relação de troca, de vínculo e de confiança estabelecidos por meio do processo comunicacional.

A comunicação verbal e não-verbal são elementos fundamentais no estabelecimento das relações interpessoais, consistindo em ferramentas que podem potencializar ou enfraquecer as ações no que se refere à humanização e à ética na assistência de enfermagem.

3.2 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A comunicação entre o enfermeiro e o usuário não é apenas social, mas também terapêutica. Na interação com o paciente fazemos uso do conhecimento das formas verbais e não verbais de comunicação com finalidade terapêutica.

Na comunicação terapêutica é fundamental a flexibilidade e a coerência entre verbal e não verbal, pois muitas vezes é necessária a associação de uma estratégia com outra³².

A comunicação terapêutica é definida por Valverde³³ como a comunicação que ocorre em uma relação onde uma pessoa desempenha o papel de ajudar a outra. Constitui maneira do profissional de enfermagem ver seu papel junto ao usuário, como um norte para ‘saber estar’^{33:19} na relação de ajuda.

A compreensão de Stefanelli³² vai na mesma direção e define a comunicação terapêutica como a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para estabelecer uma relação de ajuda ao outro, de maneira que possa descobrir e utilizar sua capacidade para enfrentar os desafios e ajustar-se ao que não pode ser mudado.

A comunicação terapêutica, então, apresenta-se como instrumento para o enfermeiro assistir o usuário considerando a totalidade multidimensional do ser humano.

A comunicação terapêutica é um instrumental das tecnologias leves que proporciona ao enfermeiro ferramentas para acompanhar o paciente na sua experiência existencial de sofrimento como uma ‘testemunha empática’^{33:20}. As pessoas estão em constante processo de mudança, a qual se agregam os desafios trazidos pela doença.

Os fatores emocionais, psicológicos, culturais, sociais e familiares têm grande influência no processo de experiência da doença e na qualidade de vida. Estes fatores são o foco da comunicação terapêutica³³.

O objetivo principal da comunicação terapêutica é aumentar a qualidade de vida do paciente. Para isso, propõe-se como meio para que o usuário sinta-se como o centro dos cuidados e do processo de enfermagem; perceba que sua experiência de doença é importante para o enfermeiro; possa contar suas vivências e ser escutado; note que seu sofrimento físico e emocional é considerado e levado a sério; sinta-se acompanhado e menos solitário; tenha capacidade de decidir se quer, e como, mudar a forma que vive sua situação com vistas à enfrentar os desafios da doença, conseguir melhoras na sua situação, encontrar maneiras de ser e recursos pessoais mais satisfatórios, desenvolver o sentido de vida nas situações novas que vêm com a doença e as incapacidades³³.

Dentre as premissas essenciais para que o enfermeiro adquira competência em comunicação terapêutica, encontra-se a compreensão de que a comunicação configura-se como eixo integrador que permite ao enfermeiro exercer a profissão como ciência e arte; favorece a integração do ser pessoa com o ser profissional; é essencial no cuidado humanitário; é fundamental na educação em saúde e essencial à saúde da pessoa³².

Para o profissional de enfermagem a comunicação terapêutica tem como objetivo: criar uma relação terapêutica eficaz com o usuário; aumentar a eficiência e a satisfação dos usuários; desenvolver o ‘saber estar’^{33:19} profissional por meio do pensamento terapêutico; diminuir sua própria frustração; aceitar que o sofrimento é um tema central em enfermagem; aumentar o interesse pela complexidade e singularidade de cada usuário; sentir-se mais humano³³.

Por ser a comunicação terapêutica utilizada em uma relação de ajuda, Valverde³³ afirma que esta requer uma metodologia específica para que o

enfermeiro mantenha o seu papel e seus objetivos terapêuticos. A responsabilidade de manter a qualidade da comunicação é do enfermeiro, pois ele é o profissional nesta relação. Aos usuários dos serviços cabe expressar seu desconforto para que o enfermeiro possa ajudá-lo da melhor maneira possível. A forma como o usuário se expressa proporciona informações para que o enfermeiro possa estabelecer uma comunicação terapêutica.

O comportamento e a conduta de todo ser humano estão pautados no modo como percebe, ou seja, dá sentido aos acontecimentos a sua volta³², e é preciso comunicar essa percepção e sentido para relações de vínculo e corresponsabilização na assistência à saúde.

O enfermeiro deve estar atento aos seus objetivos terapêuticos e ser sensível para perceber, na forma como o paciente se expressa e se manifesta, elementos de suas experiências que podem compor o caminho de uma comunicação terapêutica³³.

Em enfermagem, é necessário que o profissional pense a partir de um enfoque terapêutico, refletindo sobre o quê, o porquê, e o para quê do que faz e diz o paciente³³.

Grande parte da frustração que têm os profissionais de enfermagem com os pacientes e da insatisfação deles com os profissionais se deve ao fato da enfermeira não ter conhecimento em comunicação³³.

3.2.1 Elementos da Comunicação Terapêutica

Constituem elementos básicos da comunicação terapêutica, segundo Valverde³³: o pensamento terapêutico; a empatia; a escuta; a atenção as emoções do usuário; o acompanhamento do usuário em suas reflexões; a ajuda para aumentar sua dignidade; a autorreflexão e a auto-observação.

Stefanelli³² também refere que sentimentos como a empatia, o respeito e a confiança interferem benéficamente no processo de comunicação, sendo componentes básicos da comunicação terapêutica.

Alguns elementos da comunicação terapêutica como a empatia, o respeito e o acompanhamento, possivelmente levam o usuário a aumentar sua

confiança no profissional. A continuidade do cuidado e a confidencialidade também contribuem para o estabelecimento da relação de confiança³³.

Segundo o objeto de estudo e os objetivos definidos, destacam-se a seguir, alguns dos elementos da comunicação terapêutica.

3.2.1.1 Empatia

A empatia consiste no enfermeiro mostrar que se importa com a situação que vive o usuário; que está se esforçando para compreendê-lo e que valoriza as preocupações trazidas por ele. A empatia se observa na face e nas palavras do enfermeiro. Cria um ambiente seguro que contribui para o paciente confiar no enfermeiro. Diferentemente da simpatia que, na comunicação social, é uma reação, a empatia é uma ferramenta da comunicação terapêutica. Mostrar a empatia não significa estar de acordo ou não com o que diz o usuário, pois não nos cabe julgar os atos e as decisões do paciente, expressando concordância ou discordância com as escolhas³³.

Demonstrar empatia é uma forma de estabelecer uma relação de confiança. Quando o enfermeiro percebe o mundo do outro, suas experiências e como as vivencia, transmitindo ao usuário essa percepção de forma verbal ou não verbal, ocorre a empatia na comunicação³².

Ao responder verbalmente ao usuário, com empatia, sobre sua situação de doença, o enfermeiro há de estar atento a como se expressa, sem minimizar ou exagerar suas manifestações. Para demonstrar empatia, antes de tudo, é preciso o real desejo do enfermeiro para entender o paciente. É a atitude empática que possibilita a demonstração, por meio das palavras, que ouvimos o que sente e vive o usuário³³.

Com base em Valverde^{33:39} apresenta-se no quadro 1, alguns exemplos de diálogos tipificados segundo a presença e ausência de expressões de empatia na comunicação entre enfermeiro e usuário.

O usuário diz:	Não é empático o enfermeiro responder:	É empático o enfermeiro responder:
É muito difícil para mim, fazer esta dieta e tomar a medicação.	Sim, mas você sabe que tem que fazer.	Entendo que é um grande esforço para você. Como posso ajudá-lo?
Não melhora minha saúde. Não sei onde isso vai acabar.	Anime-se. Outro dia será melhor.	Sim, vejo que tem medo.
Estou nervosa pelo exame que vou fazer amanhã.	Não é para tanto, não se preocupe. É um exame de rotina.	Sim, vejo que está preocupada. Como posso ajudar?
Hoje estou um pouco pior que ontem.	Bem, há dias piores e dias melhores.	Sinto muito. O que você acha que precisa?
Estou cansado de ficar ruim.	Não deveria ficar assim.	Sinto que tenha que viver essa situação. É compreensível que se sintá assim.

Quadro 1 – Diálogos entre enfermeiro e usuário, segundo a presença do elemento empatia da comunicação terapêutica.

3.2.1.2 Respeito

O respeito é fundamental na comunicação terapêutica. Sem ele, a própria relação terapêutica não se estabelece. A forma mais elementar de respeito é o enfermeiro tratar o usuário como gostaria de ser tratado. Entretanto, é preciso avançar no sentido de atender os direitos do usuário como indivíduo e cidadão; sujeito de sua própria vida e centro do sistema de saúde, das ações de cuidado³³.

Faltar com o respeito ao usuário significa minimizar o que ele diz, o que vive e como se expressa. Assim, demonstram falta de respeito do profissional para com o usuário expressões, às vezes, bastante comuns na assistência de enfermagem: ‘Não é para tanto’; ‘Não é nada’; ‘Anime-se’; ‘Não é tanto assim’; ‘Não se adiante aos acontecimentos’^{33:54}.

Ainda representam falta de respeito para com o usuário: não chamá-lo pelo nome, tratando-o por apelidos supostamente carinhosos como ‘vovô’ ou ‘amor’, não dar-lhe crédito e não olhá-lo nos olhos^{33:54}.

Comentários como: ‘Outra vez por aqui?’; ‘Que acontece agora?’; ‘Tenho muito trabalho’; ‘Você pensa que é o único paciente?’^{33:56} também demonstram falta de respeito para com o usuário ao fazê-lo sentir-se um incômodo.

O relato que o paciente faz de sua vivência é fundamental para prestar uma assistência que atenda as suas necessidades. Dessa forma, é falta de respeito dar a entender ao usuário que ele está exagerando. Isso ocorre quando utilizamos expressões: ‘Realmente dói tanto?’; ‘Há pessoas que estão piores’^{33:56}.

Cada um provem de culturas distintas que influenciam sua maneira de ver as coisas e de agir. Por isso, comparações ou generalizações que rejeitam o comportamento singular de cada usuário consistem falta de respeito. Como se vê em: ‘Ciganos são tão barulhentos’; ‘Equatorianos são tão passivos’^{33:57}.

Quando durante a consulta o enfermeiro fala sobre o paciente como se ele não estivesse ali se constitui falta de respeito, que pode ser prejudicial ao relacionamento enfermeiro-paciente³³.

Não julgar o outro é uma atitude importante na relação de ajuda e na comunicação terapêutica. É necessário aceitar o que o usuário traz sem emitir juízo de valor ou opiniões. Os julgamentos podem se mostrar nos olhos e na comunicação não-verbal, comprometendo a comunicação terapêutica, a relação de ajuda. Igualmente a comprometem dar ordens, ironizar, dar conselhos, usar fórmulas prontas e rotular expressões que demonstram julgamento: ‘Com certeza não está fazendo dieta’; ‘Deve fazer sua parte’^{33:60}.

O respeito pelo usuário se manifesta quando a enfermeira o aceita, independentemente do seu comportamento, acredita em seus valores, sem julgá-lo. Porém, isso não significa que concorde com tudo, mas entende que por algum motivo se comporta de forma não aprovada socialmente¹⁶ ou diferente do que lhe foi recomendado.

Por ser a atenção básica porta de entrada preferencial do SUS, o enfermeiro pode atuar como ‘defensor do paciente’, já que muitas vezes, diante da complexidade do sistema seria falta de respeito abandoná-lo a sua própria sorte^{33:60}. Seriam situações que exemplificam isso: ajudar o usuário a entender as informações relativas à sua saúde dadas por outros profissionais; explicar o papel de cada profissional especialista com quem o paciente terá

contato; colaborar na elaboração de um plano de autocuidado; estimular a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamentos; verificar a situação socioeconômica do usuário e encaminhá-lo ao profissional mais apropriado para sua melhor assistência sobre estas questões; conversar com o paciente sobre seu estado emocional em relação ao seu problema de saúde; compartilhar, com o usuário, informações sobre os tratamentos, e outros recursos disponíveis para sua situação de saúde; ajudar o usuário a tomar decisões sobre sua saúde para atingir uma adesão ao plano de cuidados que considere o que o paciente deseja e o medicamento indicado; ajudar o usuário a definir que necessidades terá durante a doença e como vai se organizar para atendê-las; auxiliar o paciente a identificar que pessoas, a sua volta, poderiam ajudá-lo.

3.2.1.3 A Escuta Receptiva

A escuta é uma ferramenta importante na comunicação terapêutica e para as pessoas, é sempre mais difícil escutar do que falar.

A escuta receptiva, o respeito e a empatia por parte do enfermeiro proporcionam ao usuário dos serviços de saúde, dentre outros benefícios: estabelecimento de relação de confiança; acompanhamento do usuário, fazendo com que ele sinta-se menos sozinho; melhor conhecimento do paciente, por parte do profissional; expressão de suas emoções; reconhecimento, por parte do enfermeiro, do que o paciente está vivenciando em sua condição de saúde; conhecimento por parte do profissional, acerca das opiniões que o usuário tem sobre o tratamento e seus efeitos³³.

Por meio da escuta receptiva, a partir do que o usuário diz e como diz, o enfermeiro pode elaborar cuidados que lhe proporcione melhor qualidade de vida. Ao falar de sua experiência, o usuário, por meio da escuta de sua própria narrativa, pode entender como vê o seu problema de saúde, como esta situação influencia sua vida e de sua família, podendo se tornar capaz de indicar um processo de adaptação às mudanças frente a essa nova realidade. Para isso, o profissional tem de estimular o paciente a falar livremente, pois

se utilizar perguntas normativas para dirigir a conversa, poderá não ter uma história tão verdadeira quanto à que terá com narrativas livres. Assim, indicam-se perguntas abertas e desprovidas de julgamento, por exemplo: ‘Como a diabetes afeta a sua vida?’; ‘Como vê o diabetes?’; ‘Por que você acha que está com esta doença?’; ‘O que você pensa sobre as recomendações que são feitas?’^{33:69}.

O silêncio também tem importância na comunicação terapêutica. Não é um vazio, mas sinal de que a pessoa está dedicando um tempo para pensar e interpretar o que está sendo falado. Este tempo é necessário para que as emoções e o sofrimento sejam expressos, sentidos e transformados³³.

O enfermeiro precisa ter discernimento para saber quando falar e quando permanecer em silêncio. Caso o silêncio seja muito longo, poderá provocar ansiedade. Nesses momentos há frases que podem ajudar a comunicar uma escuta receptiva: ‘Estou a disposição’; ‘O senhor gostaria de falar sobre alguma coisa?’; ‘E então?’; ‘Estou aqui para ajudá-lo’^{34:82}.

O silêncio tanto quanto sua interrupção são estratégias de uso terapêutico na comunicação que estimulam a expressão verbal de ideias ou sentimentos. O profissional por meio da comunicação verbal e não-verbal há de transmitir ao paciente seu sentimento empático; sua atenção e prontidão para escutá-lo³⁴.

Para utilizar o silêncio terapêuticamente, é preciso que o enfermeiro esteja atento para a comunicação não-verbal do paciente, a fim de decodificar seu significado e compreender melhor o que está ocorrendo. É importante validar com o paciente, tão logo seja possível, a interpretação da manifestação não-verbal. Isso evita que o enfermeiro atue com base em seus próprios valores e crenças, atribuindo-os ao usuário³⁴.

3.2.1.4 Acompanhar o Paciente em Suas Reflexões

Toda pessoa confronta-se com desafios ao tentar adaptar-se a seu problema de saúde: convivência com as emoções que o problema lhe provoca; decisões quanto à maneira de viver a situação; rearranjo de seus papéis na

família e na sociedade; comunicação com seu ambiente; reformulação de sua autoimagem sobre seu corpo e vitalidade³³.

Na comunicação terapêutica, o enfermeiro tem que acompanhar mais do que ensinar o usuário. Embora os profissionais de saúde conheçam a patologia é o paciente que a vivencia como experiência de vida³³.

Entretanto, muitas vezes na enfermagem, a comunicação se resume em dizer ao usuário o que deve ou não fazer, e como deve fazê-lo. Entretanto, isso é insuficiente para relação de ajuda e a comunicação terapêutica. A relação de ajuda há de propiciar que o enfermeiro acompanhe a pessoa de quem cuida em reflexões sobre sua situação de saúde e como melhor viver com ela. Isso não quer dizer que o enfermeiro soluciona o problema pelo usuário e sim que ele facilita uma comunicação na qual, com seu apoio, o paciente possa refletir sobre a questão de maneira autônoma³³.

Dar conselhos ou tentar convencer a pessoa a ter determinadas atitudes não é acompanhar o usuário em suas reflexões. O acompanhamento implica propiciar um processo de reflexão que produza as decisões autônomas do usuário³³.

O foco do acompanhamento na comunicação terapêutica volta-se também para os aspectos emocionais que a situação de doença provoca, pois parte dos problemas que as pessoas enfrentam para se adaptar às mudanças provocadas pelas alterações em sua saúde são menos pela falta de informação do que pela dificuldade em lidar com as emoções e os sentimentos que experimentam com a doença³³.

Acompanhar o usuário não é dar conselhos. As opiniões que o enfermeiro venha a emitir não são para convencimento, com insistência e constrangimento à expressão autônoma do usuário. O acompanhamento observa certa neutralidade na comunicação, sem que isso signifique indiferença. Ao contrário, é respeito ativo às decisões dos paciente³³.

Assim, se o paciente demonstra dúvida diante de uma situação com a expressão 'Não sei se devo dizer ao meu marido o que disse o médico', o enfermeiro pode lançar mão de frases para estimular a reflexão do usuário, acompanhando-o: 'Diga-me como vê a ideia de contar ao seu marido?' 'Quais as vantagens e desvantagens de dizer a ele?' 'Como você se sentiria se não contar?'^{33:102}.

Com base na produção de Valverde^{33:104} reproduz-se diálogo que ilustra a neutralidade requerida para estimular a reflexão e conduzir o acompanhamento:

Enfermeiro: Como vai?

Usuário: Desanimado.

Enfermeiro: Sinto. O que mais te desanima?

Usuário: Eu não vejo o fim do túnel.

Enfermeiro: Qual seria par você 'o fim do túnel'?

Usuário: Curar-me. Bem, pelo menos melhorar. Melhorar um pouco. Seria um alívio.

Para o acompanhamento das reflexões do usuário é primordial acreditar no que este fala. Embora muitos vivenciem situações iguais, cada um tem interpretações e verdades que podem ser diferentes, pois refletem a realidade individual³³. Por exemplo, diante da afirmação do paciente: 'É que eu mal posso vir aqui, especialmente nos dias que estou pior', o enfermeiro demonstra dar-lhe crédito com frases como: 'Sim, eu entendo que pode ser trabalhoso.' 'O que ajudaria a torná-lo mais fácil?'^{33:10}.

Na comunicação terapêutica, o diálogo se desenvolve de maneira a permitir que o enfermeiro vá, paulatinamente, inteirando-se da situação do usuário, do que lhe faz sentido, dos significados que atribui à situação e de suas potencialidades e dificuldades. Com tudo isso há de se demonstrar compreensão e empatia³³.

Como se vê, a relação entre enfermeiro e usuários na atenção básica há de se constituir como encontro de agentes autônomos e morais para se efetivar como relação de ajuda, por meio da comunicação terapêutica. Por isso, a proposta desse estudo foi pesquisar o processo de trabalho da enfermagem durante o atendimento, explorando seus aspectos comunicacionais e sua tendência a operacionalizar os elementos essenciais da comunicação terapêutica, tomada como tecnologia leve importante para humanização da atenção básica.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de natureza compreensiva.

A abordagem compreensiva foi escolhida porque privilegia a inteligibilidade e a compreensão como propriedades específicas dos fenômenos sociais, sendo o significado e a intencionalidade, inerentes a estes, características que os separam dos fenômenos naturais³⁵.

A abordagem compreensiva, na saúde, contém elementos comuns nos diferentes métodos e desenhos para sua operacionalização: a) foco na experiência vivencial e o reconhecimento da complexidade da realidade humana; b) o contato com as pessoas acontece em seus próprios contextos sociais; c) ênfase no encontro intersubjetivo, face a face, e na empatia, na relação entre o investigador e os sujeitos investigados; d) os resultados objetivam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos em estudo; e) os textos originados das análises compreensivas mostram a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista dos vários atores ante um projeto social em constante construção e projeção para o futuro; f) suas conclusões não são universalizáveis, ainda que a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das micro realidades e comparações³⁶.

Por atender às finalidades de ordenação e sistematização dos dados almejados para abordagem compreensiva desse estudo, optou-se pelo referencial metodológico da hermenêutica-dialética para análise dos dados.

A hermenêutica dialética permite superar o formalismo das análises de conteúdo e de discurso, e é pertinente aos estudos no campo da saúde por incorporar aspectos das relações interpessoais e institucionais das práticas. Trata-se de instrumental capaz de resgatar as diferentes dimensões que compõem as representações sociais do sujeito em estudo³⁵.

Gadamer* (1999), apud Minayo³⁶, define a hermenêutica como a busca de compreensão de sentido expresso na comunicação entre seres humanos,

---

* Gadamer H. Verdade e Método. Petrópolis:Vozes. 1999.

sendo a linguagem o núcleo central. Trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, atendendo aos pressupostos de que o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação e sua linguagem, também limitada, ocupa um ponto no tempo e no espaço. Por isso é preciso compreender também seu contexto e sua cultura.

A dialética “é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia”, buscando nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios e assim, realizar uma crítica sobre eles^{36:167}.

Habermas* (1987a), apud Minayo, articula a hermenêutica e a dialética, referindo que “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”^{36:167}.

A tarefa interpretativa do método hermenêutico-dialético pressupõe a análise sobre o contexto sócio histórico do grupo que constitui o foco da investigação, a partir do marco teórico que fundamenta a análise, e a elaboração de categorias analíticas para desvendar as relações essenciais alicerçadas em categorias empíricas e operacionais³⁶. No estudo, a adoção do referencial hermenêutico dialético permitiu ver a relação clínica enfermeiro – usuário no cerne de um determinado modelo tecno-assistencial, atenção básica, a fim de considerar a interface da comunicação com as peculiaridades de tal modelo e sua operacionalização numa realidade específica.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se em unidades de saúde da rede de atenção básica do município de Itajubá, Minas Gerais. Incluíram-se unidades básicas de saúde ‘tradicionais’ e reorganizadas pela ESF.

Itajubá está localizada às margens do rio Sapucaí, na Serra da Mantiqueira, situando-se no sul de Minas Gerais. Faz divisa com os municípios de São José do Alegre, Maria da Fé, Wenceslau Braz, Piranguçu, Piranguinho e Delfim Moreira. Pertence a bacia hidrográfica do rio Sapucaí, cuja nascente fica na cidade de Campos de Jordão.

---

* Habermans J. Dialética e Hermenêutica. POA: LPM. 1987a

A população do município em 2010 é de 90.658 habitantes³⁷. O índice de desenvolvimento humano do município está estimado em 0,815, sendo um dos mais altos em Minas Gerais. Possui uma população predominantemente urbana, com quase 92% dos habitantes vivendo na sede municipal³⁷.

Itajubá é também reconhecida nacionalmente por ter um dos melhores sistemas de ensino universitário do país. Possui seis estabelecimentos de ensino superior: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt), Centro Universitário de Itajubá (UNIVERSITAS), Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Sul de Minas (FACESM) e Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC).

Provavelmente por isso possui uma das menores taxas de analfabetismo em todo País e é uma das cidades com maior número de pesquisadores pós-graduados por número de habitantes.³⁸ Há uma grande população estudantil, principalmente em cursos de graduação e pós-graduação.

Além do sistema de ensino universitário, a cidade conta com dezessete escolas particulares, treze estaduais e vinte e cinco municipais no ensino fundamental e médio. No ensino técnico-profissionalizante, há quatro escolas. Está presente, também, o CESEC (Centro de Estudos Supletivos de Educação Continuada “Padre Mário Penock”); as escolas mantidas pelo sistema S (SESI, SENAI, SENAC) e a Fundação Bradesco.

Na saúde, o município de Itajubá é referência para dezesseis municípios da microrregião do Alto Sapucaí. Tem dois hospitais privados que atendem ao SUS: Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Hospital Escola de Itajubá, da Faculdade de Medicina de Itajubá, ambos com serviços de média e alta complexidade.

Na saúde suplementar, conta com os hospitais Odontomed, Saúde Ceam e Unimed Itajubá. O Centro de Apoio Psicossocial Bezerra de Menezes (CAPS), presta assistência filantrópica na área saúde mental.

O setor público da saúde conta com 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 ESF, 02 Policlínicas e 01 centro de Atendimento de Enfermagem concentrados, com a população, na zona urbana. Na zona rural estão 02 ESF, apenas.

Para fazer a triagem das unidades de saúde da atenção básica que seriam incluídas no estudo, usou-se o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Básica – IPE-APS (Anexo A).

4.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros das unidades de saúde da atenção básica, localizadas na zona urbana, e que consentiram em participar da pesquisa. Com isso, temos uma amostra intencional. Dezenove enfermeiros responderam ao IPE-APS, sendo selecionados três deles para a etapa de observação. Um enfermeiro estava em UBS tradicional e dois na ESF.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa usou a triangulação de métodos, mais especificamente a triangulação entre um método e outro como base para a coleta de dados³⁹.

Triangulação é um conceito que vem do interacionismo simbólico e é desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por Denzin* (1973), significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação⁴⁰.

Como esclarece Flick³⁹, a triangulação é palavra-chave que indica a combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes locais, temporais e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno.

A partir das delimitações de Denzin** (1989), Flick³⁹ distingue quatro tipos de triangulação: de dados; de investigador; da teoria e metodológica.

---

* Denzin NK. The research act. Chicago: Aldine, 1973.

** Denzin NK. The research act. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1989.

A triangulação de dados refere-se ao uso de diferentes fontes de dados, não devendo ser confundida com o uso de métodos diferentes na produção de dados, como será o caso da presente pesquisa. Na triangulação de dados, por exemplo, um fenômeno pode ser estudado em datas, locais e com pessoas diferentes. Na triangulação do investigador usam-se diferentes observadores ou entrevistadores no intuito de minimizar vieses e tendências, vinculadas à condição humana do pesquisador. A triangulação da teoria é a abordagem de dados tendo-se em mente múltiplas hipóteses e perspectivas. Na triangulação metodológica, distinguem-se: a triangulação dentro do método e a triangulação entre um método e outro. Como exemplo da primeira, estaria o uso de diferentes escalas para medir um mesmo item de um questionário e na segunda, combina-se o questionário com uma entrevista³⁹.

A triangulação enriquece e possibilita completar o conhecimento, transpondo as limitações epistemológicas decorrentes do uso de métodos individuais. Amplia o escopo, a profundidade e a consistência nas condutas metodológicas, uma vez que os métodos não constituem estratégias passivas e o uso de diferentes metodologias pode vir a esclarecer diferentes versões para interpretações^{39:43}.

O emprego da triangulação visou a assegurar a interpretação em profundidade do fenômeno estudado. Não se desconhece que a realidade objetiva não pode ser apreendida em sua totalidade, há sempre uma inadequação entre a apreensão da realidade e a própria realidade. Por isso, a triangulação não foi tomada como uma ferramenta, mas enquanto alternativa à validação, acrescentou rigor, amplitude e profundidade à investigação. Também contribuiu para elucidar a realidade a partir de diferentes focos e ângulos, empunhando maior clareza e aprofundamento para as discussões.

As etapas da triangulação incluíram:

Etapa 1: Aplicação do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS) para uma primeira visão dos enfrentamentos e conflitos nas relações entre os enfermeiros e usuários, e que serviu para a triagem das unidades/sujeitos para a etapa seguinte.

Etapa 2: Observação do atendimento de enfermagem com base em um roteiro sobre os aspectos comunicacionais (verbais e não-verbais). (Apêndice A).

Etapa 3: Entrevista aberta, com os enfermeiros cujo atendimentos foram observados, na sequência da observação.

Etapa 1: A Aplicação do IPE-APS foi descrita no item 4.2.

O IPE-APS é um questionário, validado e testado, auto aplicado que explora os conflitos éticos e intersubjetivos que os profissionais vivem em três domínios: as relações com o usuário, as relações de equipe e as relações com o sistema de saúde. O instrumento, inicialmente foi construído com base nos problemas éticos apontados por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família em uma pesquisa realizada por Zoboli¹¹ e, desde então, vem sendo alvo de estudos de validação⁴¹. O instrumento tem se mostrado de fácil aplicação e compreensão e é sensível e propicia que o respondente reflita sobre sua prática cotidiana. Assim, ao mesmo tempo que investiga, provoca nos atores um movimento de revisão de suas ações na atenção básica.

Solicitou-se aos enfermeiros de todas as unidades que preenchessem o IPE-APS.

Após a triagem, foram incluídas as unidades onde as enfermeiras reconheceram mais e menos problemas éticos no domínio da relação com o usuário. Como um ‘tipo de controle’ foi incluída a unidade onde a enfermeira percebeu um equilíbrio em relação ao número e frequência dos problemas. Contabilizou-se em cada instrumento, o número de itens às categorias: nunca; ocasionalmente e comumente. Incluíram-se as unidades com maior número de ‘comumente’ (E1) e ‘nunca’ (E3). A unidade ‘controle’ foi a que tinha equilíbrio entre as duas categorias nominativas da escala do instrumento (E2) Nessa condição, houve duas unidades, sendo que em uma a enfermeira recusou-se a participar da etapa de observação. Nessas unidades, observaram-se os atendimentos de enfermagem nos seus aspectos comunicacionais. Os sujeitos do estudo são referenciados, a partir de agora, como enfermeiras, por ser a amostra, depois da aplicação do IPE-APS, constituída por profissional feminino.

Etapa 2: Observação de atendimentos de enfermagem.

Para fins de estudo, entendeu-se por ‘atendimentos de enfermagem’ todas as formas de encontro de cuidado entre o enfermeiro e o usuário na atenção básica: consultas, visitas domiciliárias, tratamentos de feridas, orientações, acolhimento, ações educativas, dentre outros.

A observação foi a parte essencial do trabalho de campo, pois permitiu captar a rotina dos atendimentos no momento de sua realização.

Segundo Fagundes⁴², a observação é adequada para a obtenção de dados para uma melhor compreensão de um comportamento. A utilização da técnica de observação permite identificar relações existentes entre o comportamento e contexto onde este ocorre.

Segundo Danna e Mattos⁴³, o tipo de dado a ser coletado depende do objetivo para o qual a observação está sendo realizada.

Para esse estudo elaborou-se um roteiro de observação dos elementos constituintes da comunicação terapêutica, que foi tomada como referencial teórico da pesquisa.

Observou-se as enfermeiras em dois momentos distintos de atendimento, sendo um deles comum a todos.

O atendimento comum observado (ACO) nas três unidades foi a visita domiciliária (VD), que era a única atividade que acontecia em todas as dezenove unidades. O outro momento de observação variou segundo oferta de serviços de cada unidade, sendo denominado atendimento variado observado (AVO). Foram incluídas outra VD e dois acolhimentos. Optou-se por repetir VD, pois não comprometeria a coleta e era a agenda da enfermeira para o dia.

De acordo com Polit, Beck, Hungler^{44:267} são aspectos relevantes a serem considerados em uma observação:

O ambiente físico – ‘onde’. Onde a atividade está acontecendo? Quais as características do ambiente físico? Qual o contexto no qual o comportamento humano se revela?

Os participantes – ‘quem’. Quem está presente? Quais são as características dos presentes? Quantas pessoas existem? Quais são os seus

papéis? Quem está dando livre acesso ao ambiente – quem pertence? O que mantêm essas pessoas juntas?

Atividades – ‘o que’. O que está acontecendo? O que os participantes estão fazendo? Existe um progresso discernível nas atividades? Como os participantes interagem uns com os outros? Quais são os métodos usados por eles para se comunicar e com que frequências os fazem?

Frequências e duração – ‘quando’. Quando a atividade iniciou e terminou? A atividade é recorrente e, se for, com que regularidade ela ocorre? A atividade observada é típica? Em que grau?

Processo – ‘como’. Como a atividade está organizada? Como as pessoas estão interagindo e se comunicando? Como o evento se desdobra?

Resultados – ‘por que’. Por que a atividade está acontecendo ou por que está acontecendo dessa maneira? Que tipos de coisas resultam? O que não aconteceu e por quê?

Estes aspectos semiestruturados da observação nortearam a elaboração do diário de campo.

Etapas 3: Entrevista com as enfermeiras observadas

As entrevistas objetivaram que as enfermeiras observadas pudessem expressar opiniões, acerca da comunicação no atendimento. O propósito era verificar as impressões do grupo sobre o tema na sua prática. Assim, ao término da observação fazia-se às enfermeiras a pergunta aberta: *‘Na sua opinião, como diria que foi a comunicação entre você e o usuário neste atendimento?’*

Os depoimentos foram gravados e transcritos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os discursos das entrevistas foram analisados pela técnica da hermenêutica dialética preconizada por Minayo³⁶. Os dados da observação

foram descritos seguindo a ausência ou presença dos elementos, considerando a operacionalização da comunicação terapêutica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado respeitando-se as normas dispostas na Resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram incluídos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B, C). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EEUSP (Anexo B). Os trabalhos de campo iniciaram-se após tal aprovação e a autorização institucional dada pelo secretário da saúde de Itajubá, Minas Gerais (Apêndice D).

Solicitou-se consentimento do usuário para a observação do atendimento, embora o sujeito do estudo fosse a enfermeira (Apêndice E).

5 RESULTADOS

Com cinco anos de implantação, E1 está situada na região central da cidade. Estão cadastradas aproximadamente 700 famílias, sendo o perfil epidemiológico definido, na sua maioria, por hipertensos e diabéticos. A enfermeira, formada há onze anos e cinco meses, está atuando, desde então, em ESF. A E2 possui sete anos de implantação, situando-se na região periférica da cidade. Estão cadastradas 642 famílias, sendo a população predominante de hipertensos e diabéticos. A enfermeira possui quinze anos de formação, porém, atuando em ESF está há três anos e oito meses. A E3 tem vinte e quatro anos de implantação, localizando-se na periferia da cidade. Possui aproximadamente três mil famílias cadastradas, com uma população predominantemente de idosos e hipertensos. A enfermeira, formada há vinte e três anos e quatro meses, está atuando nessa UBS há vinte e dois anos e dez meses.

Os resultados seguem os elementos da comunicação terapêutica observados.

As caselas achuriadas correspondem às atitudes e comportamentos que permitem a concretização dos elementos da comunicação terapêutica.

5.1 ELEMENTO EMPATIA

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Demonstra que entende os sentimentos do usuário	X	X		
Demonstra que se importa com o usuário	X	X		
Tenta compreender o usuário	X	X		
Demonstra que está tentando imaginar o que o usuário vive, sofre ou sente	X	X		
Oferece ajuda para o usuário	X			X
Sorri	X	X		
Olha nos olhos do usuário enquanto conversam	X	X		
Demonstra vontade de entender o usuário	X	X		
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam			X	X
Expressa, com palavras, que entende o que o usuário está passando	X	X		
Usa expressões para animar o usuário			X	X
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta			X	X
Faz confrontação, ajudando o usuário a identificar inconsistências entre o que diz e faz			X	X
ACO				
Empático		X		Não empático
AVO				
Empático		X		Não empático

Quadro 2 – Elemento Empatia na Observação de E1.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Demonstra que entende os sentimentos do usuário			X	X
Demonstra que se importa com o usuário	X	X		
Tenta compreender o usuário			X	X
Demonstra que está tentando imaginar o que o usuário vive, sofre ou sente			X	X
Oferece ajuda para o usuário	X	X		
Sorri		X	X	
Olha nos olhos do usuário enquanto conversam		X	X	
Demonstra vontade de entender o usuário			X	X
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam			X	X
Expressa, com palavras, que entende o que o usuário está passando			X	X
Usa expressões para animar o usuário	X			X
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta	X			X
Faz confrontação, ajudando o usuário a identificar inconsistências entre o que diz e faz			X	X
ACO				
Empático			X	Não empático
AVO				
Empático		X		Não empático

Quadro 3 – Elemento Empatia na Observação de E 2.

Elementos observados		ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:		Presente	Presente	Ausente	Ausente
Demonstra que entende os sentimentos do usuário		X	X		
Demonstra que se importa com o usuário		X	X		
Tenta compreender o usuário		X	X		
Demonstra que está tentando imaginar o que o usuário vive, sofre ou sente		X	X		
Oferece ajuda para o usuário		X	X		
Sorri		X	X		
Olha nos olhos do usuário enquanto conversam		X	X		
Demonstra vontade de entender o usuário		X	X		
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam				X	X
Expressa, com palavras, que entende o que o usuário está passando		X	X		
Usa expressões para animar o usuário		X	X		
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta		X	X		
Faz confrontação, ajudando o usuário a identificar inconsistências entre o que diz e faz		X			X
ACO					
Empático	X				Não empático
AVO					
Empático		X			Não empático

Quadro 4 – Elemento Empatia na Observação de E 3.

Nas três observações do ACO registrou-se a presença de ‘demonstra que se importa com o usuário’; ‘oferece ajuda para o usuário’ e a ausência de ‘usa expressões que amedrontam ou ameaçam’. Parece que estes são os componentes mais constantes nas práticas das visitas domiciliares.

Nas observações do AVO, manteve-se ausência de ‘usa expressões que amedrontam ou ameaçam’ e registrou-se a presença do ‘sorri’ e ‘olha nos olhos do usuário enquanto conversam’. Destaca-se que dois dos AVO foram acolhimento e, talvez, isso tenha proporcionado os comportamentos de sorriso e olhar.

As diferenças dos elementos nas observações AVO e ACO podem indicar que a enfermeira modula a comunicação de acordo com o atendimento que está sendo prestado.

5.2 ELEMENTO RESPEITO

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Trata o usuário pelo nome	X	X		
Faz com que o usuário não se sinta um incômodo, um estorvo	X	X		
Crítica o comportamento do usuário			X	X
Faz julgamentos acerca do usuário			X	X
Emite opinião pessoal			X	X
Dá conselhos para usuário	X			X
Ajuda o usuário a entender as informações	X			X
Estimula o usuário a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento	X			X
Ajuda o usuário a tomar decisões sobre o tratamento.	X			X
Colabora na elaboração de um plano de cuidado.	X			X
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			X	X
Dá a entender que o paciente exagerou			X	X
Minimiza o que o paciente diz.			X	X
Estimula o usuário expressar seus sentimentos.	X			X
Trivializa as queixas que traz o usuário			X	X
Duvida do usuário			X	X
Personifica o usuário por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			X	X
Respeita a intimidade e privacidade do usuário	X			X
Demonstra respeito pela cultura do usuário	*	*	*	*
Demonstra respeito pela crença religiosa do usuário	*	*	*	*
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o usuário não estivesse presente			X	X
Interrompe a consulta para fazer outras coisas			X	X
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta	*		*	X
Balança a cabeça como sinal de positivo	X	X		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)		X	X	
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			X	X
Oferece opções, alternativas ao usuário	X			X
Tenta fazer o usuário 'ver', impõe			X	X
Trata o corpo do usuário com respeito	X	*		*
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do usuário			X	X
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.			X	X
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			X	X
*Esse elemento não foi exigido pela situação				
ACO				
Respeitoso	X			Não Respeitoso
AVO				
Respeitoso		X		Não Respeitoso

Quadro 5 – Elemento Respeito na Observação de E1.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Trata o usuário pelo nome	X	X		
Faz com que o usuário não se sinta um incômodo, um estorvo		X	X	
Critica o comportamento do usuário			X	X
Faz julgamentos acerca do usuário			X	X
Emite opinião pessoal			X	X
Dá conselhos para usuário			X	X
Ajuda o usuário a entender as informações	X			X
Estimula o usuário a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento	X			X
Ajuda o usuário a tomar decisões sobre o tratamento.	X			X
Colabora na elaboração de um plano de cuidado.	X	X		
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			X	X
Dá a entender que o paciente exagerou			X	X
Minimiza o que o paciente diz.			X	X
Estimula o usuário expressar seus sentimentos.			X	X
Trivializa as queixas que traz o usuário			X	X
Dúvida do usuário			X	X
Personifica o usuário por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			X	X
Respeita a intimidade e privacidade do usuário	X	X		
Demonstra respeito pela cultura do usuário	*	*	*	*
Demonstra respeito pela crença religiosa do usuário	*	X	*	
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o usuário não estivesse presente		X	X	
Interrompe a consulta para fazer outras coisas			X	X
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta	*	*	*	*
Balança a cabeça como sinal de positivo			X	X
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)			X	X
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			X	X
Oferece opções, alternativas ao usuário	X	X		
Tenta fazer o usuário 'ver', impõe			X	X
Trata o corpo do usuário com respeito	X	X		
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do usuário			X	X
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vó, etc.			X	X
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			X	X
*Esse elemento não foi exigido pela situação.				
ACO				
Respeitoso	X			Não Respeitoso
AVO				
Respeitoso		X		Não Respeitoso

Quadro 6 – Elemento Respeito na Observação de E2.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Trata o usuário pelo nome	X	X		
Faz com que o usuário não se sinta um incômodo, um estorvo	X	X		
Critica o comportamento do usuário			X	X
Faz julgamentos acerca do usuário			X	X
Emite opinião pessoal			X	X
Dá conselhos para usuário			X	X
Ajuda o usuário a entender as informações	X	X		
Estimula o usuário a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento	X			X
Ajuda o usuário a tomar decisões sobre o tratamento.	X	X		
Colabora na elaboração de um plano de cuidado.	X	X		
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			X	X
Dá a entender que o paciente exagerou			X	X
Minimiza o que o paciente diz.			X	X
Estimula o usuário expressar seus sentimentos.	X			X
Trivializa as queixas que traz o usuário			X	X
Duvida do usuário			X	X
Personifica o usuário por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			X	X
Respeita a intimidade e privacidade do usuário	X	X		
Demonstra respeito pela cultura do usuário	*	*	*	*
Demonstra respeito pela crença religiosa do usuário	*	X	*	
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o usuário não estivesse presente	X			X
Interrompe a consulta para fazer outras coisas			X	X
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta			X	X
Balança a cabeça como sinal de positivo	X	X		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobranceiras erguidas e afastadas) (anotar o contexto)			X	X
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			X	X
Oferece opções, alternativas ao usuário	X	X		
Tenta fazer o usuário 'ver', impõe			X	X
Trata o corpo do usuário com respeito	X	*		*
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do usuário			X	X
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.			X	X
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			X	X
*Esse elemento não foi exigido pela situação.				
ACO				
Respeitoso	X			Não Respeitoso
AVO				
Respeitoso	X			Não Respeitoso

Quadro 7 – Elemento Respeito na Observação de E3.

Em todas as observações as enfermeiras trataram o usuário pelo nome e não usaram expressões de intimidade supostamente afetivas como 'tio', 'vô', 'mãe'.

Nas três observações ACO as enfermeiras ajudaram o usuário a compreender as informações. Nas observações AVO, este comportamento foi observado apenas em E3.

O respeito concretizou-se, também, nas seis observações quando as enfermeiras não trivializaram ou minimizaram as queixas, não duvidaram dos usuários, não demonstraram ironia, não fizeram julgamentos e, tampouco, demonstraram desprezo. Entretanto houve demonstração de surpresa na observação de E1, quando o usuário relatou que dormiu “bem” e acordou “mal” (Anexo C). Vale esclarecer que o usuário também estava surpreso com o ocorrido e pode ter envolvido a enfermeira nesse clima.

Em uma das observações (E1-AVO) não se respeitou a privacidade do usuário, mas muito mais por conta da estrutura da Unidade do que da atitude do enfermeiro. O atendimento era um acolhimento feito em uma sala que servia de passagem para outros locais da Unidade. Era uma sala aberta onde se realizavam outras atividades, sendo então um local de trânsito de funcionários e até mesmo de outros usuários (Anexo C). Isso nos reporta ao IPE-APS utilizado na triagem, que registrou referencia à dificuldade para preservar a privacidade por problemas na estrutura física da ESF.

Na observação em E2, a enfermeira conversa com os cuidadores sobre os medicamentos e a adesão ao tratamento, sem se direcionar ao usuário (Anexo D). Isso pode ser explicado porque a paciente era idosa, sendo os netos seus cuidadores. A enfermeira elaborava uma cartela contendo todos os dias do mês e fixava, em cada dia, os medicamentos que deveriam ser utilizados, como uma forma de facilitar a adesão ao tratamento prescrito. Foi nisso que se focou a conversa com os cuidadores.

Também em E3, a enfermeira perguntou pelos remédios para o filho da paciente e chegou a mexer na caixa onde ficavam os medicamentos (Anexo E). Porém, como E2, faz isso devido às dificuldades da paciente que para tomar os medicamentos, precisa que seu filho os administre. A enfermeira também conversou com a pesquisadora, dada sua expertise em tratamento de feridas. A paciente tinha uma ferida que precisava de cuidados e que vinha evoluindo bem com os tratamentos.

5.3 ELEMENTO ESCUTA

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Permite que o usuário fale livremente	X			X
Interrompe o usuário			X	X
Permite que o usuário expresse suas emoções e sentimentos	X	X		
Permite que o usuário expresse suas preocupações e medos	X	X		
Permite que o usuário expresse suas crenças			X	X
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente	X			X
Acompanha com atenção a narrativa do usuário	X	X		
Oferece ajuda ao usuário para suas dificuldades	X			X
Faz perguntas abertas	X	X		
Está sentado enquanto conversa com o usuário	*		*	X
Escreve enquanto escuta o usuário		X	X	
Balança (bate) a caneta enquanto o usuário fala ou usa qualquer outro gesto adaptador			X	X
É breve quando fala	X	X		
Olha no rosto e meneio positivo a cabeça	X	X		
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa	X			X
Tenta mudar o sentimento do usuário			X	X
Dá falsas esperanças ao usuário			X	X
Dá sermão			X	X
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório		X	X	
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)			X	X
Assegura ao usuário a confidencialidade do que for falado ou identificado na consulta			X	X
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do usuário			X	X
Coloca tempo / término da conversa, fechando-a			X	X
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do usuário	X			X
Reaciona às colocações do usuário			X	X
Pergunta sobre outras preocupações que o usuário tem em sua vida			X	X
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas		X	X	
Completa as frases do usuário antes que ele as finalize			X	X

*Esse elemento não foi exigido pela situação

ACO								
Escuta com receptividade			X					Não escuta com receptividade

AVO								
Escuta com receptividade						X		Não escuta com receptividade

ACO								
Escuta com atenção			X					Fala em demasia

AVO								
Escuta com atenção						X		Fala em demasia

Quadro 8 - Elemento Escuta na Observação de E1.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Permite que o usuário fale livremente			X	X
Interrompe o usuário			X	X
Permite que o usuário expresse suas emoções e sentimentos			X	X
Permite que o usuário expresse suas preocupações e medos			X	X
Permite que o usuário expresse suas crenças		X	X	
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente			X	X
Acompanha com atenção a narrativa do usuário		X	X	
Oferece ajuda ao usuário para suas dificuldades	X	X		
Faz perguntas abertas			X	X
Está sentado enquanto conversa com o usuário	*	*	*	*
Escreve enquanto escuta o usuário			X	X
Balança (bate) a caneta enquanto o usuário fala ou usa qualquer outro gesto adaptador		X	X	
É breve quando fala	X	X		
Olha no rosto e meneio positivo a cabeça			X	X
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa	X	X		
Tenta mudar o sentimento do usuário			X	X
Dá falsas esperanças ao usuário			X	X
Dá sermão			X	X
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório	X	X		
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)			X	X
Assegura ao usuário a confidencialidade do que foi falado ou identificado na consulta			X	X
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do usuário			X	X
Coloca tempo / término da conversa, fechando-a			X	X
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do usuário	X			X
Reaciona às colocações do usuário			X	X
Pergunta sobre outras preocupações que o usuário tem em sua vida			X	X
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas			X	X
Completa as frases do usuário antes que ele as finalize	X			X

*Esse elemento não foi exigido pela situação

ACO									
Escuta com receptividade						X		Não escuta com receptividade	

AVO									
Escuta com receptividade						X		Não escuta com receptividade	

Escuta com atenção							X	Fala em demasia	

Escuta com atenção							X	Fala em demasia	

Quadro 9 – Elemento Escuta na Observação de E2.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Permite que o usuário fale livremente	X	X		
Interrompe o usuário			X	X
Permite que o usuário expresse suas emoções e sentimentos	X	X		
Permite que o usuário expresse suas preocupações e medos	X			X
Permite que o usuário expresse suas crenças	*	X	*	
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente	X	X		
Acompanha com atenção a narrativa do usuário	X	X		
Oferece ajuda ao usuário para suas dificuldades	X	X		
Faz perguntas abertas	X			X
Está sentado enquanto conversa com o usuário	*	X	*	
Escreve enquanto escuta o usuário			X	X
Balança (bate) a caneta enquanto o usuário fala ou usa qualquer outro gesto adaptador			X	X
É breve quando fala	X	X		
Olha no rosto e meneio positivo a cabeça	X	X		
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa	X	X		
Tenta mudar o sentimento do usuário			X	X
Dá falsas esperanças ao usuário			X	X
Dá sermão			X	X
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório		X	X	
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)			X	X
Assegura ao usuário a confidencialidade do que foi falado ou identificado na consulta			X	X
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do usuário	*		*	X
Coloca tempo / término da conversa, fechando-a	*		*	X
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do usuário	X	X		
Reaciona às colocações do usuário			X	X
Pergunta sobre outras preocupações que o usuário tem em sua vida			X	X
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas			X	X
Completa as frases do usuário antes que ele as finalize			X	X

*Esse elemento não foi exigido pela situação

ACO							
Escuta com receptividade		X					Não escuta com receptividade

ACO							
Escuta com atenção		X					Fala em demasia

AVO							
Escuta com receptividade			X				Não escuta com receptividade

AVO							
Escuta com atenção			X				Fala em demasia

Quadro 10 – Elemento Escuta na Observação de E3.

Em E1, durante o AVO a paciente falou sobre a prescrição de dieta leve. A enfermeira reforçou “*dieta leve, né?*”, porém, não questionou se a paciente sabia o que isso significava. Procurou dar apoio, reafirmando as

queixas da paciente de “incômodo”, e “mal-estar”, no entanto permaneceu conversando em pé e apressadamente (Anexo C).

A ausência do componente ‘escreve enquanto escuta o paciente’ em ambas as observações de E2 pode se justificar pelo fato dos atendimentos terem sido visita domiciliária. A ausência do meneio positivo da cabeça, do olhar para o rosto, do estimular que o usuário se expresse, podem ser explicados pelo próprio perfil do enfermeiro, pois em sua entrevista afirmou “que gosta de falar” (Anexo F).

No AVO em E3, embora o atendimento fosse ‘não agendado’ a enfermeira não demonstrou pressa e permaneceu sentado enquanto conversava com o paciente, que foi quem pôs fim ao atendimento (Anexo G). Porém, não fez perguntas sobre as preocupações que o paciente tinha na sua vida, não permitindo que as expressasse. Isso é confirmado na entrevista, quando a enfermeira diz: *“Os olhos dele começaram a lacrimejar, eu acho que isso me incomodou, não sei, se eu acabei impedindo ele de se manifestar mais o que ele tava sentindo, porque me incomodou a reação dele de tá se emocionando muito com o que ele tava falando...é difícil de ouvir, então a gente acaba é tentando diminuir a conversa.”* (Anexo H).

Em relação a ACO, a enfermeira de E3 também não faz perguntas sobre outras preocupações, explicando-se sobre isso na entrevista: *“...de certa forma foi para ela responder com sim ou não, é também porque ela tem uma dificuldade de se expressar. Por isso que tem que conduzir a conversa dessa maneira, pela dificuldade dela de se expressar... eu não consigo entender o que ela fala. Eu tentei ficar atenta à forma de expressão dela, pra eu perceber e eu acho que ela se expressa muito assim mesmo, de uma forma não-verbal.”* (Anexo H).

O elemento ‘permite que o usuário fale livremente’ esteve presente nas duas observações em E3 e ausente em E2. Em E1 esteve presente no ACO e ausente no AVO. Esse atendimento era um acolhimento, onde espera-se que o usuário possa colocar sua situação livremente.

Nas seis observações, as enfermeiras acompanharam, com atenção, as narrativas dos usuários, sem interrompê-los. Apesar disso, no AVO em E1 houve demonstração de pressa. O AVO era acolhimento, feito no período em que a enfermeira estava a cargo de atender da livre demanda que chegasse à

Unidade. Com o excesso de atendimentos que deveria prestar, explica-se a ‘pressa’ que, inclusive, levava a enfermeira a ficar de pé enquanto atendia (Anexo C).

A confidencialidade não foi explicitamente assegurada por qualquer das enfermeiras. Parece que é tomada como algo inerente à prática, entretanto, como vimos o respeito à privacidade ficou comprometido pela planta física em uma das unidades.

5.4 ELEMENTO ACOMPANHAMENTO

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Demonstra apoio de forma a facilitar que o usuário reflita de maneira autônoma	X			X
Escuta e anota as situações difíceis em que o usuário se encontra	*			X
Tenta entender os significados de cada componente da história do usuário	X	X		
Escuta com atenção as questões pessoais do usuário	X	X		
Permite que o usuário expresse suas dúvidas	X	X		
Inicia lentamente o diálogo da consulta	X			X
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do usuário			X	X
Legitima e afirma a experiência do usuário para que não se sinta sozinho	X	X		
Demonstra neutralidade	X	*		*
Dá ordens de maneira impositiva			X	X
Fala de maneira defensiva e justificativa			X	X
Facilita que o usuário prove opções	X			X
Oferece soluções prontas			X	X
Reforça pontos fortes do usuário (oferece reforço positivo)	X			X
Tenta mudar o usuário e seu modo de vida			X	X
Permite que o usuário expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço da UBS	*	*	*	*
Utiliza linguagem acessível ao usuário	X	X		

*Esse elemento não foi exigido pela situação.

ACO							
Demonstra atitude de acompanhamento		X					Não Demonstra atitude de acompanhamento

AVO							
Demonstra atitude de acompanhamento				X			Não Demonstra atitude de acompanhamento

ACO							
Fala com o usuário		X					Fala ao usuário

AVO							
Fala com o usuário				X			Fala ao usuário

ACO							
Fala sobre a experiência da enfermidade		X					Fala sobre sintomas e tratamentos

AVO							
Fala sobre a experiência da enfermidade				X			Fala sobre sintomas e tratamentos

Quadro 11 – Elemento Acompanhamento na Observação de E1.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Demonstra apoio de forma a facilitar que o usuário reflita de maneira autônoma			X	X
Escuta e anota as situações difíceis em que o usuário se encontra			X	X
Tenta entender os significados de cada componente da história do usuário			X	X
Escuta com atenção as questões pessoais do usuário		X	X	
Permite que o usuário expresse suas dúvidas	X			X
Inicia lentamente o diálogo da consulta	X			X
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do usuário			X	X
Legitima e afirma a experiência do usuário para que não se sinta sozinho	X			X
Demonstra neutralidade	X	X		
Dá ordens de maneira impositiva		X	X	
Fala de maneira defensiva e justificativa			X	X
Facilita que o usuário prove opções	X			X
Oferece soluções prontas		X	X	
Reforça pontos fortes do usuário (oferece reforço positivo)	X			X
Tenta mudar o usuário e seu modo de vida			X	X
Permite que o usuário expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço da UBS	*	*	*	*
Utiliza linguagem acessível ao usuário	X	X		

*Esse elemento não foi exigido pela situação.

ACO								
Demonstra atitude de acompanhamento					X			Não Demonstra atitude de acompanhamento

AVO								
Demonstra atitude de acompanhamento							X	Não Demonstra atitude de acompanhamento

ACO								
Fala com o usuário						X		Fala ao usuário

AVO								
Fala com o usuário							X	Fala ao usuário

ACO								
Fala sobre a experiência da enfermidade						X		Fala sobre sintomas e tratamentos

AVO								
Fala sobre a experiência da enfermidade							X	Fala sobre sintomas e tratamentos

Quadro 12 – Elemento Acompanhamento na Observação de E2.

Elementos observados	ACO	AVO	ACO	AVO
O enfermeiro durante a consulta:	Presente	Presente	Ausente	Ausente
Demonstra apoio de forma a facilitar que o usuário reflita de maneira autônoma	X			X
Escuta e anota as situações difíceis em que o usuário se encontra	*	X	*	
Tenta entender os significados de cada componente da história do usuário	X	X		
Escuta com atenção as questões pessoais do usuário	X	X		
Permite que o usuário expresse suas dúvidas	X			X
Inicia lentamente o diálogo da consulta	X	X		
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do usuário			X	X
Legitima e afirma a experiência do usuário para que não se sinta sozinho	X	X		
Demonstra neutralidade	X	X		
Dá ordens de maneira impositiva			X	X
Fala de maneira defensiva e justificativa			X	X
Facilita que o usuário prove opções	X	X		
Oferece soluções prontas		X	X	
Reforça pontos fortes do usuário (oferece reforço positivo)	X	X		
Tenta mudar o usuário e seu modo de vida			X	X
Permite que o usuário expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço da UBS	*	*	*	*
Utiliza linguagem acessível ao usuário	X	X		

*Esse elemento não foi exigido pela situação.

ACO							
Demonstra atitude de acompanhamento		X					Não Demonstra atitude de acompanhamento

AVO							
Demonstra atitude de acompanhamento		X					Não Demonstra atitude de acompanhamento

ACO							
Fala com o usuário		X					Fala ao usuário

AVO							
Fala com o usuário		X					Fala ao usuário

ACO							
Fala sobre a experiência da enfermidade		X					Fala sobre sintomas e tratamentos

AVO							
Fala sobre a experiência da enfermidade		X					Fala sobre sintomas e tratamentos

Quadro 13 – Elemento Acompanhamento na Observação de E3.

No AVO em E1, a paciente tentou falar sobre seu mal-estar, as dificuldades na internação, o incômodo, porém a enfermeira limitou-se a ouvir o relato sem investigar a experiência da doença para o usuário (Anexo C).

No AVO em E2, a enfermeira conversou com os netos, que eram os cuidadores, mais do que com a paciente. Esse comportamento pode ter sido favorecido, talvez, por se tratar de uma pessoa idosa, com dificuldades para o autocuidado. Ao falar com os netos, o fazia de forma impositiva (Anexo D). Já em relação ao ACO, desenvolveu um diálogo maior com a paciente que era menos idosa e que permanecia sozinha, sendo capaz para muitos itens de seu autocuidado. O marido se retirou do cômodo logo no início da visita e a neta só chegou no final para ouvir as orientações. A paciente perguntou várias vezes se podia usar neomicina e a enfermeira custou a responder (Anexo I).

A dificuldade da enfermeira em E3 para permitir ou estimular a paciente a expressar suas dúvidas e emoções pode ser explicada pela dificuldade que tinha para entender o que esta lhe falava e por ter se sentido incomodada quando o paciente se emocionou ao relatar sua história (Anexo H).

Nas seis observações, utilizou-se linguagem acessível, entretanto, em uma delas a enfermeira deu ordens de maneira impositiva (E2). Provavelmente, porque falava com os cuidadores sobre como deveriam agir com a medicação e curativo (Anexo D).

5.5 SÍNTESE DOS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO ACO

5.6 SÍNTESE DOS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO AVO

Nos ACO, as enfermeiras em E1 e E3 foram as que mais se aproximaram de uma comunicação terapêutica. Nos AVO, a enfermeira de E3 manteve-se na tendência à comunicação terapêutica, enquanto que a de E1 afastou-se. A enfermeira em E2, também apresentou tendências similares nos ACO e AVO, e estas foram distantes da comunicação terapêutica.

6 DISCUSSÃO

A empatia consiste também em mostrar com palavras que entendemos a situação de doença que o paciente relata³³. Vários autores definem empatia como uma habilidade de apreciar as emoções e os sentimentos dos outros, um atributo que permite entender as experiências dos pacientes e comunicar este entendimento⁴⁵. Não se observou esse comportamento em ambas observações em E2, quando o paciente relata a dor que a ferida lhe causava (Anexo D, I).

Fomentar a atitude de empatia em forma de habilidade, constitui uma resposta empática. Esta supõe captar o mundo interno do outro no âmbito dos fatos, das emoções e dos valores. Mas, também implica a capacidade de expressar que se captou esse mundo interno. Sem uma resposta empática, ainda que eu tenha escutado atentamente, como não há uma devolução adequada da minha escuta essa provavelmente não terá um resultado terapêutico⁴⁶.

Na observação da enfermeira em E1, que foi bastante propensa à empatia, um ponto em comum nos atendimentos (ACO e AVO) foi a falta de expressões para animar o paciente, a fim de reforçar pontos positivos. Demonstrar que percebe os progressos do paciente é demonstrar interesse. O interesse, quando verbalizado para o paciente, faz com que ele sinta que existe como pessoa e o motiva a maior participação na situação interpessoal e no processo de recuperação³⁴.

Em revisão sistemática sobre pesquisas que mediam empatia em enfermeiros, encontrou-se nove estudos, sendo que em sete deles reportou-se índices relativamente altos de empatia. Entretanto, dois estudos encontraram níveis baixos de empatia. De fato todos esses estudos apresentavam muitas limitações e grande variabilidade nas escalas utilizadas o que dificulta a comparação⁴⁷.

A relação entre empatia e cenário de cuidado foi examinada em dois estudos reunidos na revisão sistemática. Em um deles não se encontrou nenhuma relação entre o local de trabalho e a empatia para enfermeiros que assistiam pacientes com demências na comunidade, em clínicas psiquiátricas e geriátricas. O outro estudo apresentou achados similares ao comparar o nível

de empatia de enfermeiros que trabalhavam na cirurgia, na clínica e outras áreas⁴⁷.

O contexto onde ocorre o processo de comunicação deve ser considerado, pois este não acontece num vazio, envolve o ser humano em todas as suas dimensões, assim como o ambiente e a relação que se estabelece entre eles, podendo ter influência na relação que ocorre entre a enfermeira e o paciente¹⁶.

O respeito ao usuário, expresso no fato das enfermeiras não julgarem, complementa-se com uma escuta que ‘não dá sermão’. No encontro entre enfermeiro e usuário a relação deve ser horizontal, onde ambos se comportem como sujeitos no processo de produção de saúde. O profissional que se move pela ética do cuidado, caminha com a pessoa de quem cuida, fazendo conviver nos encontros a técnica, a efetividade e a eficácia em um clima de empatia, compaixão e cuidado para promover sua saúde⁴.

Em um dos atendimentos observados em E2 a enfermeira utilizou frases como “*A senhora sabe que vira açúcar?*”; “*sabe tudo que tem que evitar?*” (Anexo I). Em E3, apesar da acentuada tendência à atitude empática, em ambos os atendimentos observados, também utilizou-se perguntas indutoras de determinadas respostas: “*Evita massa, não é?*” “*Dieta não tem dificuldade?*” “*Refrigerante o senhor não lembra, não é?*” (Anexo G). No entanto, a enfermeira preocupou-se em não ser indutiva referindo: “*...fico preocupada se eu não induzo alguma resposta*” (Anexo H).

A comunicação presumida é quando se transmitem ideias pressupondo que o interlocutor esteja compreendendo a mensagem. Com isso parte-se do equívoco que o ouvinte subentenda, suponha e conclua, antecipadamente, as intenções e finalidades do falante, com a falsa percepção de concordância nos pensamentos e ações traçadas. Essas situações geram distúrbios de comunicação que comprometem a assertividade. A comunicação há de permitir a expressão clara dos pensamentos e intenções das pessoas, numa linguagem respeitosa, aberta e simplificada⁴⁸.

Indagações desse tipo não devem ser utilizadas, pois favorecem respostas como “sim” ou “não”, que não estimulam a verbalização de ideias³⁴. O paciente fica praticamente sem alternativa para dar outra resposta que não a contida na pergunta, não propiciando a expressão verbal de sentimentos,

pensamentos, dúvidas, medos e condutas diferentes das esperadas⁴⁹. A operacionalização da empatia na relação requer a ausência de perguntas que induzem à respostas determinadas.

O elemento respeito, no que tange a privacidade, foi dificultado pelas inadequações da planta física às atividades da unidade. A adequação dos serviços, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável representa uma das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Humanização, que busca a efetivação dos princípios do SUS⁵⁰. O ambiente físico preparado para conversa é o que propicia atitudes cordiais e sensíveis dos profissionais⁴⁸.

Nas observações, a escuta foi comprometida pela ‘falta de tempo’. É usual os profissionais de saúde queixarem-se da falta de tempo; o excesso de demanda não lhes deixa tempo para quase nada, muito menos para escutar. Se, além disso, ainda toma-se de antemão o que presumivelmente vai escutar (sofrimento, dores, medos, conflitos) torna-se mais difícil ainda encontrar momentos de disponibilidade para uma comunicação boa, de qualidade e eficaz. De fato, é importante a quantidade de tempo, mas ainda mais importante é a atitude frente a este. Mais que a quantidade de tempo, importa o uso que fazemos dele. É provável que por de trás da expressão ‘não tenho tempo’ estejam escondidos outros elementos. Afrontar, na relação com o paciente, temas que têm a ver com o sofrimento nos levam a consciência de nossos próprios medos e, rapidamente, aprendemos modos de negá-los ou evitá-los. Amedronta-nos, como profissionais de saúde, ficarmos sem argumentos ou respostas frente às situações de crise⁵¹.

As dificuldades para comunicar-se, na saúde, são agravadas quando se foca apenas o verbal, o conversar. Vale lembrar que somente 7% da comunicação ocorre por meio de palavras. Todo o restante efetiva-se por intermédio dos sinais corporais, faciais e paralinguísticos, incluindo a distância física mantida entre as pessoas. Códigos não verbais pré-definidos podem se constituir alternativas para o exercício da empática como elemento da comunicação terapêutica⁴⁸.

Para uma comunicação terapêutica eficaz é preciso um conjunto de habilidades que permitam aos profissionais um desempenho com soltura na relação, em especial manejando o próprio estado emotivo, acolhendo

sentimentos alheios e respeitando os direitos que o outro tem de experimentá-los⁵².

Em estudo realizado na Espanha para avaliar o perfil comunicacional de médicos residentes de medicina da família encontrou-se que a piora na qualidade da relação clínica com o paciente decorre da pouca exploração dos aspectos pessoais e contextuais da doença. Com isso a capacidade de negociação dos profissionais também piora. A fim de encurtar o tempo de duração da consulta tendiam a comprometer suas habilidades de comunicação básica para a realização de uma correta assistência aos problemas de saúde⁵³.

Porém, é possível, ainda quando se dispõe de pouco tempo, pôr em prática uma escuta eficaz, que seja útil para o paciente e para o profissional³³, por meio da utilização de palavras que expressem a atenção do profissional ao relato do paciente³⁴. Nos momentos em que é acidental a falta de tempo, pode ser de grande utilidade o uso da linguagem não-verbal. Um simples olhar, um sorriso, um aperto de mãos podem comunicar sem palavras nosso interesse e nossa compreensão real do que vive a outra pessoa, apesar da falta de tempo para acompanhar-lhe detidamente na entabulação de uma conversa.⁵¹ O não-verbal tem como uma de suas finalidades substituir o verbal, assim quando utilizamos o meneio positivo da cabeça, olhando para a outra pessoa, estamos dizendo, não-verbalmente, que ‘estou te ouvindo’ ou ‘estou atenta a você’⁵⁴.

A enfermeira na E1 reconheceu a importância da escuta quando disse: “...*não só na fala, mas no sentido de ouvir o que o outro tem a dizer*” (Anexo J). A habilidade de escuta é fundamental na viabilização de momentos de expressão dos pensamentos e sentimentos dos usuários⁵⁵. No processo de comunicação terapêutica o paciente tem que ser auxiliado para descrever a experiência que vivencia, seus sentimentos e o que pensa, respeitando como ele a expressa.³²

O ato de comunicar ultrapassa a simples transmissão de informações e inclui saber lidar com as reações emocionais dos pacientes. Assim, além de estarem dispostas a trocar informações, na comunicação, as pessoas têm que estar abertas ao exercício da compreensão mútua e apoio. Surgem, espontaneamente, na conversação expressões de natureza cognitivo-emocional

às quais o profissional tem de estar atento, considerando as palavras ditas, as evitadas e a linearidade da linguagem.⁴⁸

Uma escuta qualificada permite a percepção do usuário em suas diversas dimensões e propicia o atendimento das suas reais necessidades e além de favorecer que reflita sobre sua situação de saúde. À medida que o paciente vai contando sua experiência da situação de enfermidade vai percebendo o que essa significa para ele, suas dificuldades, seus sentimentos e suas possibilidades de opções. Enquanto narra sua experiência, reflete sobre suas alternativas e toma suas próprias decisões.³³

O ato de escutar atentamente implica compartilhar o momento e buscar significados tanto na mensagem recebida como na pessoa, com foco na relação de ajuda e no interesse por suas necessidades.⁴⁸

Estimular a expressão de sentimentos é uma estratégia que requer atenção e percepção acurada e implica em conhecimento mais profundo da pessoa, exigindo interpretação do que ela diz.³⁴

Uma dificuldade para por em prática a empatia decorre da falta de capacidade para calibrar devidamente o grau de implicação emotiva nas relações. Assim, ao ‘compreender ao outro como se fosse o outro’ passasse à simpatia, isto é, à identificação emocional que torna próprios os sentimentos do outro, levando o profissional a experimentar o mesmo que o usuário. De fato é uma dificuldade que resulta de não saber viver bem a separação emotiva ou de não saber manter a distância afetiva que permita uma maior objetividade⁵².

A comunicação terapêutica é a condição básica para a construção de relações interpessoais de segurança e sensibilidade na atenção à saúde. O desconhecimento de técnicas de comunicação terapêutica leva ao afastamento dos profissionais para com os usuários dos serviços. Por outro lado, o impacto de uma comunicação clara e apropriada é benéfico na adesão ao tratamento e no entendimento da equipe, entre si e com os usuários e famílias. Gera-se um ambiente de conforto emocional que facilita ao paciente o conhecimento de sua situação de saúde e como cuidar-se⁴⁸.

Ampliar a qualificação técnica dos profissionais nas habilidades relacionais de escuta qualificada de modo a estabelecer interações humanizadas é uma das estratégias para implantação do acolhimento,

enquanto dispositivo humanizador do SUS, entretanto, a escuta pouco qualificada está evidenciada nas pesquisas realizadas com profissionais e usuários dos serviços de saúde⁵⁶. Se faltam os elementos da comunicação não se faz o acolhimento.

No AVO na E2, a paciente pediu aos seus familiares para ser levada para o sol. Estava tremendo, com frio, porém, a enfermeira não observou isso (Anexo D). É importante que o profissional de saúde esteja atento para as mensagens emitidas não apenas pelo que é falado, mas também pelos gestos, expressões faciais e corporais²⁶, que exigem observação, ou seja, uma das ferramentas principais para a atuação da enfermagem⁵⁷ e fundamental para o desenvolvimento da escuta e respeito. Se não se observa não é possível estabelecer relações e interações comunicativas adequadas. O mais oportuno é observar, comunicar-se e agir, de maneira geral, nessa ordem⁵⁸. Na comunicação enfermeiro-paciente não deveria ocorrer a comunicação unidirecional, uma vez que não é dado ao paciente oportunidade para se manifestar¹⁶. Essa forma de comunicação permite ao profissional deter o controle da situação, fazendo com que o paciente se torne passivo no processo⁴⁹. Como princípio norteador da PNH, a comunicação tem de servir para a construção da autonomia e do protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde⁵⁰.

Quando o controle da comunicação fica unicamente com os profissionais de saúde, a comunicação não é satisfatória, dificultando-se a percepção e valorização correta da condição dos usuários e famílias. A comunicação não se impõe, mas se agrega, aproximando e construindo relações de confiança e de fortalecimento nas tomadas de decisões⁴⁸.

A informação e a confiança na relação se constroem paulatinamente em um processo de múltiplos encontros nos quais importa mais o nível de comunicação afetiva e efetiva que se consegue do que o nível de informação que se transmite⁴⁶.

As enfermeiras entrevistadas apontaram que não costumam pensar e não percebem, no seu cotidiano, como a comunicação com o usuário ocorre, quando referiram: *“Eu nunca parei para pensar nisso não.”* (Anexo J); *“Hoje que eu tô parando pra vê o que eu faço.”*; *“...a gente nunca vê o trabalho da gente”* (Anexo F); *“...a gente vai fazendo isso de uma forma tão mecânica,*

tão rotineira que a gente não vê a comunicação como um ponto que a gente precisa se desenvolver.” (Anexo H).

Porém, reconheceram a importância da comunicação na relação enfermeiro-usuário, quando disseram: *“...a comunicação muito importante, porque ninguém tá entendendo o que tá acontecendo com ela...”* (Anexo J). *“Olha, a comunicação é o elo de tudo”*. (Anexo F); *“...isso só me fez chamar a atenção pra que a gente fique mais atenta as questões da comunicação e pensar de uma forma mais profissional, se a gente está atingindo os objetivos...”* (Anexo H).

Profissionais com pouca ou nenhuma habilidade comunicativa causam impactos negativos na relação com os pacientes e familiares e sem preparo adequado podem causar mal-entendidos que abalam a confiança e a segurança do paciente com a equipe de saúde⁴⁸.

Ao reconhecerem suas limitações, protegeram-se no ‘trabalho com amor’: *“Então eu faço com amor e faço bem feito...”*; *“Também a gente tem pouco pra oferecer”* (Anexo F); *“...faz pelo preparo que a gente tem.”* (Anexo J).

É claro que a sensibilidade humana de cada profissional é uma característica humana que contribui para a boa comunicação. Porém, os protocolos de comunicação constituem ferramentas capazes de contribuir no processo de qualificação a fim de aprimorar suas habilidades comunicativas. Se estes protocolos forem aplicados com a tríade sensibilidade, interesse e respeito pelo outro, servirão para que a comunicação se efetive como instrumento humanizador da atenção à saúde. Por outro lado, se forem aplicados como um mero acessório da competência informativa, minimizando-se seu caráter relacional e interpessoal, podem fracassar⁴⁸.

As enfermeiras entrevistadas acreditam, ainda, que a comunicação é algo que ocorre naturalmente, que não requer técnica ou fundamentação científica. Isso foi percebido nas falas *“...a gente faz isso tão natural...”*(Anexo J); *“A comunicação tem que ser assim, sem meio científico, sem técnica, sem nada...”*(Anexo F); *“...a gente vai fazendo isso de uma forma tão mecânica, tão rotineira que a gente não vê a comunicação como um ponto que a gente precisa se desenvolver.”* (Anexo H).

A participação no estudo chamou a atenção de uma das enfermeiras participantes para a comunicação que estabelece com os usuários, despertando

seu interesse para estudar o assunto: “...isso só me fez chamar a atenção pra que a gente fique mais atenta às questões da comunicação...”; “Até despertou o interesse pra estudar, sabia?” (Anexo H).

A comunicação é uma habilidade que deve ser desenvolvida. É uma competência a ser adquirida. Constitui-se como tecnologia leve, instrumento para viabilizar a qualidade e a humanização da assistência ao usuário dos serviços de saúde.

Mesmo como atividade intrínseca da natureza humana, a comunicação demanda o aprendizado de diferentes formas de linguagem com seus códigos, sinais e símbolos para a tradução dos conteúdos e emoções do comportamento humano. Assim, mesmo parecendo tão natural, a comunicação envolve um refinado e complexo processo de vivências e aprendizagens para as expressões verbais e não verbais que identificarão a particularidade do indivíduo nas relações interpessoais. E na área da saúde, a comunicação assume importância crucial na relação dos profissionais com os usuários dos serviços para qualidade do cuidado humanizado. Por isso, é imprescindível a capacitação e a qualificação das habilidades comunicativas para a construção de vínculos empáticos e da efetividade da comunicação terapêutica. A aquisição e desenvolvimento dessas habilidades não se dão apenas pelo acúmulo de experiências; requer o emprego continuado e constantemente aprimorado de tecnologias leves no sentido de uma prática eficiente e humanizada na atenção à saúde⁴⁸.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa que se caracterizou por um estudo de natureza compreensiva do tipo transversal, teve como objetivo compreender os aspectos comunicacionais da interação enfermeiro-usuário na atenção básica, com a finalidade de discuti-los a partir do referencial da comunicação terapêutica, distinguindo seus elementos na prática do enfermeiro neste nível de atenção. Para tal, foi utilizado um roteiro para observação da comunicação terapêutica nos atendimentos de enfermagem. Ao final das observações, foi feita uma pergunta às enfermeiras para saber como elas perceberam a comunicação com o usuário nestes atendimentos. O IPE-APS foi utilizado para triar as unidades onde os atendimentos seriam observados, sendo selecionadas três unidades, uma unidade básica tradicional e duas reorganizadas pela ESF.

O roteiro utilizado para observação da comunicação terapêutica nos atendimentos permitiu concluir que nos ACO e AVO a enfermeira de E3 manteve-se na tendência da comunicação terapêutica. A enfermeira em E1 no ACO tendeu-se à comunicação terapêutica, porém, no AVO distanciou-se dela. Em E2 a enfermeira teve tendências similares, porém, distantes da comunicação terapêutica.

Os resultados mostram que as enfermeiras entrevistadas não pensam e não percebem, na sua prática, como a comunicação com o usuário ocorre e acreditam que a comunicação é algo que ocorre naturalmente, no entanto, reconhecem a importância da comunicação na relação enfermeiro-usuário na atenção básica. Em E2 a enfermeira refere que a comunicação não requer técnica ou fundamentação científica, porém, reconhece suas limitações, assim como a enfermeira em E1. A participação no estudo chamou a atenção da enfermeira em E3, para a comunicação que estabelece com os usuários e despertou o interesse em estudar o assunto.

Os elementos da comunicação terapêutica promovem a criação de vínculo entre o enfermeiro e o usuário e o reconhecimento do usuário como sujeito autônomo, fundamental na atenção básica, pois a empatia, o respeito, a escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões, são instrumentos para a realização do acolhimento.

Por meio da comunicação terapêutica o usuário se sente acolhido. Cria-se uma relação de confiança, favorecendo a revelação do outro. Neste momento é possível vislumbrar o estabelecimento de ações efetivas em direção à adesão ao tratamento, a partir da individualização do cuidado.

Tendo em vista a comunicação terapêutica como promotora de vínculo e autonomização, configura-se como habilidade a ser desenvolvida e competência a ser adquirida, que se traduz em comportamentos e atitudes éticas.

O conhecimento sobre comunicação proporciona ao enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda, que auxilie os usuários no atendimento de suas necessidades de saúde. Constitui-se como tecnologia leve, sendo a comunicação terapêutica ferramenta para viabilizar a qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde.

O estudo permitiu perceber a necessidade de capacitação das enfermeiras para desenvolverem a comunicação terapêutica nos atendimentos de enfermagem na atenção básica.

Consideramos que a capacitação das enfermeiras em comunicação terapêutica pode constituir-se em instrumento para promover o giro ético necessário na atenção básica.

REFERÊNCIAS*

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2006. 59 p.
- 2- Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o Giro Ético Necessário na Formação do Enfermeiro. Rev. O Mundo da Saúde. 2010; 34(1):86-91.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série Pactos pela Saúde. V. 7. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2006. 54 p.
- 4- Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética Clínica ampliada. Rev. O Mundo da Saúde. 2009;33(2):195-204.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada. Equipe de referência e projeto terapêutico singular. Série B. textos básicos de saúde. 2ª ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2008.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. 56 p.
- 7- Silva LT da, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. Cogitare Enferm. 2006 Mai-Ago;11(2):133-42.
- 8- Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2004 Nov-Dez;20(6):1487-94.
- 9- Ministério da Saúde. Documento Base. 3ª ed. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado em 2009 Fev 03]. Disponível em:
www.saude.rr.gov.br/humanizaus/definicao_humanizaus_01.doc
- 10- Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003, cap. 2, p. 39-53.

---

* De acordo com Estilo Vancouver

11- Zoboli: ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004;20(6):1690-9.

12- Zoboli ELCP. Ética do cuidado uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Saúde Coletiva. 2007 Set-Out; 04(17):158-63.

13- Silva MJP. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? Rev. Soc. Brás. Cancerol. 1999;2(8):3-8.

14- _____. Cuidando com qualidade, consciência e confiança – reflexões teóricas. Rev. Paul Enf. 2002;21(1):5-11.

15- _____. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.

16- Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe. 1993.

17- Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. Rev. Esc. Enferm USP. 2007;41(3):419-25.

18- Silva MJP. “Ela volta todo dia. O que ela quer?” Comunicação na atenção primária à saúde. In: Santos AS. Miranda SMR. Org. A enfermagem na gestão da atenção primária à saúde. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 355-74.

19- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

20- Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da Atenção Básica [tese livre docência]. São Paulo (SP); Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

21- Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

22- Merhy EE. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

23- Moreira JB. Tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do cuidado – enfermeiros e usuários. [monografia] Campos Gerais (MG): Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

24- Zoboli ELCP, Sartorio NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. Mundo Saúde. 2006;30(3):382-97.

25- Braga EM, Silva MJP. Competent communication – a view of nurse experts in communication. Rev Acta Paul Enferm. 2007 Oct-Dec;20(4):410-414.

26- Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 11ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.

27- Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e unidade semi-intensiva cirúrgica. Rev.Esc Enferm USP. 2003;37(1):52-61.

28- Dias AB, Oliveira L, Dias DG, Santana MG. O toque afetivo na visão do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. 2008 Set-Out;61(5);603-7.

29- Dell’Acqua MCQ, Araújo VA, Silva MJP. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? Rev. Latino-am. Enferm.1998 Abr;6(2):17-22.

30- Silva MJP. A percepção dos enfermeiros sobre a comunicação não-verbal dos pacientes. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1989.

31- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

32- Stefanelli MC. Introdução à comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005, cap. 5, p. 62-72.

33- Valverde C. Comunicación Terapéutica em Enfermería. Madri: DAE; 2007.

- 34- Stefanelli MC. Estratégias de comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005, cap 6, p. 73-104.
- 35- Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 36- _____. O Desafio de Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 37- IBGE Censo 2010. Sinopse do Censo Demográfico. Brasil; 2010 [citado em 2011 out 06]. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br.
- 38- Prefeitura Municipal de Itajubá. Itajubá (MG); 2010 [citado em 2010 nov 20]. Disponível em: www.itajuba.mg.gov.br
- 39- Flick U. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- 40- Minayo MCS, Souza E, Assis SG, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva CMPF. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da Região Nordeste. Caderno de saúde Pública;1999;15(1):355-367.
- 41- Silva LT da. Construção e validação de um instrumento para avaliação de ocorrência de problemas éticos na atenção básica. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
- 42- Fagundes, AJFM. Descrição, definição e registro de comportamento. Edicon, São Paulo: 2006.
- 43- Danna, MF; Matos, MA. Ensinando observação: uma introdução. Edicon, S. Paulo: 1982.
- 44- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

- 45- Smajdor A, Stöck A, Salter C. The limits of empathy: problems in medical education and practice. *J Med Ethics*. 2011 jun; 37(6):380-3. doi:10.1136/jme.2010.039628.
- 46- Gutiérrez JB. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(3):19-27.
- 47- Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *J Adv Nurs*. 2008; 64(5):440-454. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04831.
- 48- Bertachini L. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In: Bertachini L, Pessini L, org. *Encanto e Responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo; 2011.
- 49- Stefanelli MC. Comunicação não-terapêutica e barreiras à comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. *A comunicação em diferentes contextos da enfermagem*. Barueri (SP): Manole; 2005, cap 7, p.105-117.
- 50- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- 51- Bermejo JC, Carabias R. *Relacion de Ayuda y Enfermeria*. 3ª ed. Tres Cantos Madrid: Sal Terrae; 1998.
- 52- Bermejo JC. *Apuntes de Relacion de Ayuda*. 9ª ed. Tres Cantos Madrid: Sal Terrae. 1998.
- 53- Ruiz Moral R, Rodriguez Salvador JJ, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Rev. Aten Primaria*, 2002 Feb;29(3):132:144.
- 54- Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev. Bioética*. 2002;10(2):73-88.

55- Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. Rev. Esc Enferm USP. 2006; 40(3):329-35.

56- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 42 p.

57- Lobo ML. Florence Nightingale. In: Georgia JB e Colaboradores. Teorias de Enfermagem: Dos Fundamentos à Prática Profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

58- Juan C, Sánchez A, Balsa C. Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda em Ciencias de la Salud. Madrid: ELSEVIER; 2003.

Elementos a serem observados	Presente	Ausente
Elementos a serem observados	Presente	Ausente
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM SUAS REFLEXÕES- o enfermeiro durante a consulta:		
Demonstra apoio de forma a facilitar que o usuário reflita de maneira autônoma		
Escuta e anota as situações difíceis em que o usuário se encontra		
Tenta entender os significados de cada componente da história do usuário		
Escuta com atenção as questões pessoais do usuário		
Permite que o usuário expresse suas dúvidas		
Inicia lentamente o diálogo da consulta		
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do usuário		
Legitima e afirma a experiência do usuário para que não se sinta sozinho		
Demonstra neutralidade		
Dá ordens de maneira impositiva		
Fala de maneira defensiva e justificativa		
Facilita que o usuário prove opções		
Oferece soluções prontas		
Reforça pontos fortes do usuário (oferece reforço positivo)		
Tenta mudar o usuário e seu modo de vida		
Permite que o usuário expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço da UBS		
Utiliza linguagem acessível ao usuário		

Demonstra atitude de acompanhamento								Não demonstra atitude de acompanhamento

Fala ao usuário								Fala com o usuário

Fala sobre a experiência da enfermidade								Fala sobre sintomas e tratamentos

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRIMEIRA ETAPA

Eu Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad, mestrande da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob a orientação da Professora Doutora Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, estou realizando uma pesquisa intitulada “A Comunicação Como Tecnologia Leve na Relação Clínica do Enfermeiro com o Usuário da Estratégia Saúde da Família em Itajubá: Aspectos Éticos e Operacionais”. O estudo tem como objetivo geral compreender a influência dos aspectos da comunicação enfermeiro-usuário nos problemas éticos vividos pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família em Itajubá.

Ainda que a realização da pesquisa tenha sido autorizada pela Prefeitura, sua participação é livre e voluntária e consiste em responder a algumas perguntas fechadas de um questionário validado, o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Básica (IPE-APS). Para assegurar sua liberdade de participação, tanto seu aceite como sua recusa em participar, serão mantidas em sigilo.

Serão garantidos o seu anonimato e o sigilo das informações. Todas elas ficarão sob nossa responsabilidade e trabalharemos com os dados de forma global, isto é, reunindo os dados de todas as pessoas que participarão do estudo, sem a identificação individual dos respondentes. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Este termo de consentimento pós-informado é documento que comprova a sua permissão. Possui duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador. Precisamos de sua assinatura para oficializar o seu consentimento.

Agradecemos desde já por sua valiosa colaboração e nos colocamos à sua disposição para outros esclarecimentos necessários

Para eventuais necessidades, estamos à disposição na:

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, localizada na Avenida Cesário Alvim, 566, centro, na cidade de Itajubá-MG. Telefone: (35) 3622 0930.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizada na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, na cidade de São Paulo. Telefone: (11) 3066 7503. E-mail: edipesq@usp.br

Diante do que foi exposto acima, concordo em participar desta pesquisa e para oficializar minha participação, assino o presente documento.

Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: _____

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SEGUNDA ETAPA

Eu Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob a orientação da Professora Doutora Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, estou realizando uma pesquisa intitulada “A Comunicação Como Tecnologia Leve na Relação Clínica do Enfermeiro com o Usuário da Estratégia Saúde da Família em Itajubá: Aspectos Éticos e Operacionais”. O estudo tem como objetivo geral compreender a influência dos aspectos da comunicação enfermeiro-usuário nas situações eticamente significativas ou problemáticas vividas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em Itajubá, especialmente com a Estratégia Saúde da Família.

Ainda que a pesquisa tenha sido autorizada pela Prefeitura, sua participação é voluntária e sua recusa será mantida em sigilo. Caso consinta em participar, vou observá-lo em dois momentos distintos durante o atendimento aos usuários, a fim de poder compreender as situações que vive no dia a dia do seu trabalho. Ao final da observação, pedirei que responda a uma pergunta aberta sobre o atendimento prestado.

Serão garantidos o seu anonimato e o sigilo das informações. Todas elas ficarão sob nossa responsabilidade e trabalharemos com os dados de forma global, isto é, reunindo os dados de todas as pessoas que participarão do estudo, de forma a não ocorrer a identificação individual dos participantes. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Este termo de consentimento pós-informado é documento que comprova a sua permissão. Possui duas vias, sendo que uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador. Precisamos de sua assinatura para oficializar o seu consentimento.

Agradecemos desde já por sua valiosa colaboração e nos colocamos à sua disposição para outros esclarecimentos necessários.

Para eventuais necessidades, estamos à disposição na:

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, localizada na Avenida Cesário Alvim, 566, centro, na cidade de Itajubá. Telefone: (35) 3622 0930.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizada na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, na cidade de São Paulo. Telefone: (11) 3066 7503. E-mail: edipesq@usp.br

Diante do que foi exposto acima, concordo em participar desta pesquisa e para oficializar minha participação, assino o presente documento.

Participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____.

APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Exmo. Secretário da Saúde de Itajubá

Evaldo José Corrêa Tótora

Eu, Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad, mestrande do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), desenvolvi um projeto e almejo realizar uma pesquisa junto às(aos) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família de Itajubá, Minas Gerais.

A pesquisa tem como objetivo geral compreender a influência dos aspectos da comunicação enfermeiro-usuário nas situações eticamente significativas vividas pelos enfermeiros da Atenção Básica em Itajubá.

Solicito então, a autorização de V. S^a. para realizar a pesquisa acima citada. A coleta de dados será por meio de: um questionário validado para identificação de situações eticamente significativas; observação da comunicação enfermeiro – usuário na assistência de enfermagem, utilizando um roteiro e entrevista com a enfermeira, feita logo após a observação, para conhecer como percebem a comunicação entre elas e os usuários.

Os profissionais, após esclarecimentos sobre a pesquisa, serão livres para consentir participar, independentemente do aval institucional. Também será solicitado o consentimento do usuário para a observação dos momentos de assistência.

Os princípios éticos serão resguardados conforme Resolução nº 196/96 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, manteremos o anonimato dos profissionais entrevistados e dos serviços incluídos. Os dados obtidos serão guardados em segredo profissional e somente serão utilizados para os propósitos da pesquisa. As entrevistas e observações serão agendadas e realizadas de forma a não perturbar as atividades dos profissionais e da unidade de saúde.

Uma vez terminada a pesquisa, comprometo-me a devolutiva dos resultados sob a forma de seminários, jornada ou qualquer outro evento científico ou meio, mais propício ao Município.

Contando com sua colaboração, desde já agradeço.

Consinto com a realização da pesquisa.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá

Cargo: Secretário de Saúde

Data e assinatura: 02/Fevereiro/2011

Evaldo José Corrêa Tótora
Sec. Mun. Saúde
Prefeitura de Itajubá

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Eu sou Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad. Sou enfermeira e professora da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Para me aperfeiçoar, estou fazendo um curso de pós-graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Nesse curso, estou fazendo uma pesquisa com a orientação da Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli.

Nessa pesquisa, quero estudar a comunicação da enfermeira com o usuário nos atendimentos. Para poder fazer isso, tenho que observar a enfermeira enquanto ela atende o Sr. (Sra.). Por isso, venho pedir sua autorização para acompanhar o enfermeiro durante o seu atendimento.

O Sr. (Sra.) é livre para aceitar ou recusar que eu fique com a enfermeira enquanto ela faz seu atendimento. Se aceitar, pode pedir que eu me retire a qualquer momento do atendimento. O Sr. (Sra.) não será prejudicado seja qual for a decisão que tome. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre minha pesquisa.

Todas as informações que eu coletar serão tratadas de uma maneira que guarde o anonimato de sua identidade e do enfermeiro que lhe atendeu.

Este termo de consentimento é um documento para que o Sr. (Sra.) ponha sua permissão para minha observação. Ele tem duas vias. Uma ficará com o Sr. (Sra.) e a outra ficará comigo.

Agradeço e estou à disposição para outros esclarecimentos necessários.

Se quiser mais informações sobre a pesquisa, estamos na:

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, localizada na Avenida Cesário Alvim, 566, centro, na cidade de Itajubá-MG. Telefone: (35) 3622 0930.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizada na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, na cidade de São Paulo. Telefone: (11) 3066 7503. E-mail: edipesq@usp.br

Diante do que foi exposto acima, concordo em participar desta pesquisa e para oficializar minha participação, assino o presente documento.

Nome do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador (a)

Data: ____/____/____.

ANEXO A – Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS)

Estamos desenvolvendo pesquisa que visa reconhecer problemas éticos que ocorrem no cotidiano de trabalho de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em Itajubá, MG. Para isso estamos usando esse instrumento que foi construído a partir dos resultados da pesquisa feita por Zoboli (2003), na qual enfermeiros e médicos do PSF relataram os principais problemas que viviam em seu trabalho na unidade de saúde. Entendemos como problema ético uma situação difícil que requer uma solução eticamente adequada.

Caso você concorde em participar desse estudo, gostaríamos, primeiramente, de conhecê-lo (a):

1) Sexo: F ( ) M ( ) 2) Idade: __ __ anos. 3.) Há quanto tempo está formado? ____ anos ____ meses.

4) Há quanto tempo trabalha em UBS? ____anos ____ meses. 5) Vc trabalha na ESF? ( ) Sim ( ) Não Se sim, há quanto tempo? ____ anos ____ meses.

Agora, pedimos que assinale com um X a alternativa que melhor expressa a sua opinião. Caso não considere o exemplo dado um problema ético, marque um X na 1ª coluna. Caso considere o exemplo dado um problema ético, marque um X na frequência com que se deparou com este problema em seu cotidiano na unidade de saúde. Procure não deixar nenhuma alternativa em branco. Não é necessário se identificar.

Exemplo de problema ético já identificado	Não considero o exemplo um problema ético	Considero o exemplo um problema ético e o encontro no meu trabalho		
		Nunca	Ocasionalmente	Comumente
1. Dificuldade para estabelecer os limites da relação profissional-usuário				
2. Pré-julgamento dos usuários dos serviços por parte das equipes				
3. O profissional trata o usuário com falta de respeito				
4. Prescrições inadequadas ou erradas				
5. Prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar				
6. Prescrição de medicamentos mais caros mesmo que ele tenha eficácia igual a dos mais baratos				
7. Usuário solicita ao médico e ao enfermeiro os procedimentos que deseja				
8. Como convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento				
9. Não contar ao usuário informações referentes ao seu estado de saúde				
10. Acesso dos profissionais de saúde à intimidade da vida da família e do casal				
11. É difícil manter a privacidade do usuário nos atendimentos feitos em sua casa				
12. É difícil para o ACS guardar o segredo profissional				
13. Contar as informações da saúde de um dos membros da família para os demais				
14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam no PSF				
15. As equipes de saúde da família não colaboram umas com as outras				
16. Falta de respeito entre os membros da equipe				
17. Falta de preparo dos profissionais para trabalhar no PSF				
18. É difícil limitar o papel e as responsabilidades de cada profissional				

Exemplo de problema ético já identificado	Não considero o exemplo um problema ético	Considero o exemplo um problema ético e o encontro no meu trabalho		
		Nunca	Ocasionalmente	Comumente
19. Profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada				
20. Usuários pedem a um dos membros da equipe para guardar segredo de algo sobre sua saúde e para não contar nada aos demais membros da equipe de PSF				
21. Dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da USF				
22. Falta de apoio com ações intersetoriais para discutir e resolver os problemas éticos				
23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de problemas com os profissionais				
24. Excesso de famílias adscritas para cada equipe				
25. Restrição do acesso dos usuários à UBS pelos médicos que se recusam a atender os que não têm consulta marcada para o dia				
26. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF				
27. Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares				
28. Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais				
29. É difícil limitar a interferência da equipe no estilo de vida das famílias e usuários				
30. Atitude do médico diante de valores religiosos próprios e dos usuários.				
31. Menores de idade pedem à equipe procedimentos e exames sem a autorização ou o conhecimento de seus pais				
32. Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem exames				
33. A equipe discute as condições de saúde do usuário na frente dele, sem que ele participe				
34. Não solicitar a autorização da família para relatar a história do usuário em publicação científica				
35. Funcionários da USF questionam a prescrição médica				
36. Quebra do sigilo médico por outros membros que não são da equipe ao publicarem relato de casos				
37. Equipe especialista de referência para o PSF publica um relato de caso sem a autorização da equipe de PSF ou da família				
38. Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares				
39. Falta de condições na USF para atendimentos de urgência				
40. Falta de retaguarda de serviço de remoção				

Agradecemos sua participação.

ANEXO B

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 08 de abril de 2011.

Ilm.^a Sr.^a

Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad

Ref.: Processo nº 1002/2011/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“A comunicação como tecnologia leve na relação clínica do enfermeiro com o usuário da Atenção Básica em Itajubá: aspectos éticos e operacionais”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO C - DIÁRIO DE CAMPO DO AVO NA E1

Ambiente (ruídos, telefone, interceptação de outros profissionais, móveis adequados para o atendimento, limpo ou sujo, arejado, Iluminado, grande ou pequeno, outros profissionais trabalham na sala?)

Sala de atendimento aberta, com outros funcionários presentes, local de trânsito e de realização de outras atividades, limpo, arejado, bom tamanho, móveis adequados.

Tipo de Atendimento (consulta de enfermagem, imunização, grupos, triagem, coleta de preventivo, curativo, acolhimento)

Realização de glicemia capilar.

Agendado (1º atendimento, 2º atendimento, há familiaridade entre profissional e paciente?)

É um dia destinado a realização de glicemia capilar. A comunidade já está acostumada e neste dia vem, à unidade, sem precisar agendar previamente. Há familiaridade entre o profissional e a paciente. Demanda excessiva.

Primeiro contato (conduta do profissional: chama pelo nome, acolhe o paciente, deixa o paciente falar, escuta, olha para o paciente, mostra interesse ao problema de saúde do paciente)

Chama pelo nome, acolhe o paciente, me apresenta, preenche formulário, executa o procedimento, preenche formulário, olha para a paciente, investiga como vem fazendo o controle e o motivo, porém de forma apressada.

Desenvolvimento (descrição do atendimento)

Continua o atendimento na mesma sala, conversando enquanto outros transitam no ambiente. Paciente refere diagnóstico de pancreatite e internação, aumento da glicemia. A Enf.^a fica atenta a história da paciente, olha nos olhos, meneio positivo da cabeça, pergunta pelo tratamento e dieta. A paciente refere dieta leve. A Enf.^a em seguida reforça “dieta leve, né”, mas não questiona se a paciente sabe o que isso significa e não orienta que dieta é essa. Continua conversando em pé e apressadamente. Olha nos olhos, chama pelo nome, orienta quanto ao feriado devido ao controle da glicemia três vezes por semana. A paciente fala do mal-estar, as dificuldades na internação, o incômodo. A Enf.^a procurou dar apoio reafirmando as queixas da paciente “incômodo do mal-estar, foi difícil, né?” Expressão facial de espanto pela Enf.^a quando a paciente conta que dormiu bem e acordou mal, vomitando. Faz anotações no BPA. Em alguns momentos limita-se a ouvir o relato da paciente, não investigando sua experiência da doença. Fala para voltar após o feriado, até segunda-feira.

ANEXO D – DIÁRIO DE CAMPO DO AVO NA E2

Ambiente (ruídos, telefone, interceptação de outros profissionais, móveis adequados para o atendimento, limpo ou sujo, arejado, Iluminado, grande ou pequeno, outros profissionais trabalham na sala?)

Ambiente familiar. Presença de familiares (netos-cuidadores).

Tipo de Atendimento (consulta de enfermagem, imunização, grupos, triagem, coleta de preventivo, curativo, acolhimento)

Visita domiciliária para realização de curativo.

Agendado (1º atendimento, 2º atendimento, há familiaridade entre profissional e paciente?)

Agendado. Atendimento subsequente. Família vem sendo acompanhada, com frequência, pelos profissionais da unidade.

Primeiro contato (conduta do profissional: chama pelo nome, acolhe o paciente, deixa o paciente falar, escuta, olha para o paciente, mostra interesse ao problema de saúde do paciente)

Pergunta pela Paciente. Chama pelo nome. Paciente está deitada. Pergunta se não quer fazer o curativo no quarto. A paciente vem para a sala.

Desenvolvimento (descrição do atendimento)

Cumprimenta a paciente, olha , sorri e me apresenta. A técnica de enfermagem prepara para o curativo. Enquanto isso a enf.^a pede para um dos netos pegar a cartela que ela preparou. Chama a criança por “Pititico” e fala “dá aqui que vou levar tudo”, de forma impositiva. Pergunta “Cadê o de hoje?”. A criança responde que não sabe. A enf.^a diz “eu trouxe sim”. Demonstra intimidade com os familiares (netos). A cartela (cartela que a enf.^a preparou com os dias da semana e os medicamentos distribuídos em cada dia, para auxiliar a paciente a seguir as prescrições corretamente) chega, explica como vai fazer. Pergunta se tomou hoje, fica um momento de informações trocadas, a enf.^a discute o assunto com os netos e fala pouco sobre isso com a paciente. Fala sobre a lesão, para mim, mas não explica para a dona Júlia. . Pergunta pela dor e pede a receita. Diz que a paciente foi operada por Deus, e busca sua confirmação: “né dona Júlia?” Ela balança a cabeça como sinal de positivo. Conversa com os familiares sobre o tratamento de “piolho” Brinca, sorri, fala em tirar foto. Brinca com a paciente. Percebe tensão da paciente, pede para relaxar, toca no ombro. Fala sobre o antibiótico e horário que tomou, percebe a dificuldade: Hora difícil para o Sr^a., né? Auxilia no curativo.” A técnica de enf. Finaliza o curativo. Fala da falta de medicamentos na unidade, para mim, mas não explica à paciente. Não refere o frio que a paciente está sentindo , sendo que está tremendo. Não interage mais com a paciente. A paciente pede aos netos para ser levada para o sol. A enf.^a deixa a casa, despedindo-se.

ANEXO E – DIÁRIO DE CAMPO DO ACO NA E3

Ambiente (ruídos, telefone, interceptação de outros profissionais, móveis adequados para o atendimento, limpo ou sujo, arejado, Iluminado, grande ou pequeno, outros profissionais trabalham na sala?)

Ambiente familiar. Presença de um membro da família (filho).

Tipo de Atendimento (consulta de enfermagem, imunização, grupos, triagem, coleta de preventivo, curativo, acolhimento)

Visita domiciliária de acompanhamento da hipertensão arterial, paciente tem membro inferior direito amputado. Rotina da unidade.

Agendado (1º atendimento, 2º atendimento, há familiaridade entre profissional e paciente?)

Não agendado. Atendimento subsequente. Família vem sendo acompanhada, com frequência, pelos profissionais da unidade.

Primeiro contato (conduta do profissional: chama pelo nome, acolhe o paciente, deixa o paciente falar, escuta, olha para o paciente, mostra interesse ao problema de saúde do paciente)

Chama pelo nome. Pergunta se pode entrar. Pede licença para entrar. Fala que veio vê-la. Pergunta ao filho se pode vê-la.

Desenvolvimento (descrição do atendimento)

Agacha-se até a paciente que está deitada, olha nos olhos, sorri, pergunta como está. A paciente responde que está tudo bem. Continua olhando para a face da paciente enquanto esta fala, pois fala muito baixo e lentamente. Procura compreender a fala repetindo as palavras ditas (tudo bem?). Observa lesão em 2º e 3º pododáctilo E. Pergunta como aconteceu. O filho diz que apareceu. Paciente com comprometimento circulatório, a Enf.^a preocupa-se com infecção. Pergunta como o curativo está sendo realizado, qual o medicamento usado no curativo, se pode levar a médica lá (Não quer que a médica venha ver? Posso pedir. Quer que venha? O que pensa disso Paulo? Acha que pode?). Fica um pouco em silêncio e diz, mas a Dona Maria também tem que querer. Permanece um pouco em silêncio. A paciente balança a cabeça como sinal de positivo. Vou pedir para ela vir, apesar de que o Paulo está cuidado muito bem. Explica que a médica pode passar um remédio. Pergunta se está conseguindo tomar os remédios. O filho responde que ela não quis. É o filho que dá os remédios à mãe, pois esta é idosa e teve o MID amputado. Volta o olhar para D. Maria e pergunta: Por que não quis? Paciente balança a cabeça como sinal de negativo. A enfermeira pergunta ao filho pelos remédios, este responde, e ela mexe na caixa, observa que está diferente do que deixamos na última vez que estivemos lá, que tem remédio faltando, nesse momento olha para mim dizendo: não deixamos tudo arrumado da última vez? Não retiramos os copinhos com os medicamentos sem data de validade? Ele colocou de novo... Olha para o filho e dizendo “Tem que buscar hoje porque amanhã é feriado”. Olha para a paciente, toca-a no braço. O filho fala que pensa em arrumar uma acompanhante para a mãe. A Enf.^a reforça que é bom, pois é muita coisa para o filho dar conta: “É muita coisa para você

sozinho dar conta né Paulo?” A mãe diz “não tem”. A enfermeira tenta entender o que ela quer dizer: Não tem dinheiro, é isso? É? A paciente balança a cabeça como sinal²³ de positivo. Tenta entender a situação, referindo a questão financeira. Volta-se para mim e diz: Se você me falar como fazer eu venho e faço o curativo. Reforça que Paulo está cuidando muito bem. Aferi a PA . Olha para a paciente e pergunta: Como acha que está a pressão? A paciente balança a cabeça como sinal de negativo e dizendo que não sabe. A enfermeira informa que está um pouco alta e propõe: Vamos tomar os remédios? Pede ao filho os remédios, que fornece todos colocando na mão da mãe. A enfermeira pergunta se não fica difícil para ela tomar todos juntos. Ele diz que ela costuma tomar assim. A enfermeira auxilia e pergunta: “Já tomou?” A paciente diz que ele gruda na boca. A Enf^a esclarece, “ele gruda na boca?” Oferece alternativa: “Quer tomar um de cada vez?” Aqui o copo d’água. Conseguiu? Isso! Tomar para melhorar. Informa PA 180x120 mmHg. Durante todo o tempo permanece olhando para a face da paciente e a toca por diversas vezes no antebraço. Procura fazer um acordo com a paciente. Vamos combinar? Promete que vai tomar os remédios? Ajuda a paciente a refletir. Você não acha que é perigoso ficar sem tomar? A senhora sente mal? O que sente? Paciente responde, “Tontura”. Enf^a: “Acha bom ficar com tontura?” Toca, olha nos olhos. Permanece um pouco em silêncio. Verifica a caixa de remédios e diz que vai trazer na segunda-feira e que ela ou a funcionária voltarão com a médica. Fala da preocupação com a lesão em tom “ameno”. Mantém tranquilidade, sem pressa durante a visita. Pergunta para o filho como ele está. Fala que da última vez a pressão dele estava alta. Se não quer que verifique. Ele fica resistente. A Enf.^a mantém a tranquilidade, continua falando em tom “ameno”, olha nos olhos. Oferece consulta médica na unidade. Ele se mantém resistente. Dá como alternativa o dia em que a médica virá na casa. Ele acha melhor e aceita. Despede-se com um aperto de mão. Sorri.

ANEXO F – ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA DA E2

Na sua opinião, como diria que foi a comunicação entre você e o usuário neste atendimento?

Olha a comunicação é o elo de tudo, né? É o início o meio o fim de tudo. Porque se tem uma boa comunicação, uma orientação o paciente sabe como que ele vai lidar, como que ele vai fazer. A comunicação tem que ser assim sem meio científico, sem técnica, sem nada, tem que fala a linguagem deles e buscar deles também resposta. Você não pode ir logo dando resposta para eles. Tem que ve deles colhe deles, porque uma boa comunicação é tudo. Que nem aquele caso que eu tive que avisar a mulher que não vamos mais fazer o curativo. Falei com cautela que ela não esta precisando mais. Que do jeito que tá indo, que a neta tá fazendo tá bom. Então é isso a comunicação é tudo. Uma coisa que eu falo atrapalhado ali, já distoa a minha fala, né.... É eu acho que consegui passar o que eu tinha que passar hoje pra eles eu passei, a questão de medicação, a questão de alimentação, buscar deles também. Da minha parte, a minha parte foi bem feita eu acho. Hoje que eu tô parando para ver o que eu faço, né. Porque assim, hoje você tá me avaliando e eu tô vendo o quê que eu faço. Porque assim, a gente nunca vê o trabalho da gente, né? Porque quando você faz com amor você faz bem feito. Eu faço e eu falo para as meninas aqui vocês façam com amor se não tiver bem para fazer então não sai nem para rua para fazer. Então fica aqui dentro. Então eu faço com amor e faço bem feito e a pessoa fica satisfeita, né? Também a gente tem pouco pra oferece, né? E muitas vezes nessas visitas a pessoa quer mais é conversar, falar. E é isso e a comunicação é tudo. Eu amo fala, converso com todo mundo. Falo a mesma linguagem deles. Tem que acolhe eles, aceita eles do jeito que eles são, com os defeitos deles, problemas deles, tudo e não ter nojo também. Dou oportunidade para fala. Eles falam o quanto eles querem. Tem uns que falam até de mais, a gente às vezes tem que cortar. Então tá outro dia eu dia eu volto. A gente vê o caso, quanto é mais social, que tá pegando, o quanto a pessoa é carente.

ANEXO G – DIÁRIO DE CAMPO DO AVO NA E3

Ambiente (ruídos, telefone, interceptação de outros profissionais, móveis adequados para o atendimento, limpo ou sujo, arejado, Iluminado, grande ou pequeno, outros profissionais trabalham na sala?)

Consultório de Enfermagem. Sem ventilação, iluminado, pequeno, não possui telefone. Mantém a porta aberta. No início é interrompida por outra cliente que vai entrando na sala.

Tipo de Atendimento (consulta de enfermagem, imunização, grupos, triagem, coleta de preventivo, curativo, acolhimento)

Acolhimento.

Agendado (1º atendimento, 2º atendimento, há familiaridade entre profissional e paciente?)

Não agendado. Paciente já vem sendo acompanhado. Há familiaridade entre eles.

Primeiro contato (conduta do profissional: chama pelo nome, acolhe o paciente, deixa o paciente falar, escuta, olha para o paciente, mostra interesse ao problema de saúde do paciente)

Chama pelo nome, acolhe o paciente, deixa falar, escuta, olha nos olhos, mostra interesse ao problema do paciente, demonstra satisfação em vê-lo.

Desenvolvimento (descrição do atendimento)

Refere o contato anterior. Fala “mansa”. No início é interrompida por outra cliente que vai entrando na sala. Demonstra constrangimento pelo que está acontecendo, olhando para um e para o outro durante todo o momento que a cliente está falando. Olha para o paciente, pede desculpa pela interrupção e licença para encaminhar a cliente. Volta. Olha nos olhos. Sorri. Escuta atentamente a história do paciente que faz tratamento para o câncer. Procura animá-lo dizendo: ”Mas já melhorou, não é?” “Engordou!” Paciente refere que a glicemia sobe muito. A Enf.^a debruça um pouco o corpo sobre a mesa, olhando atentamente para o paciente enquanto este conta que toma dez comprimidos por dia para a quimioterapia. A Enf.^a se espanta (abre os olhos, levanta as sobrancelhas), diz que não conhece o tratamento. Escreve os dados relevantes enquanto escuta, para e olha. Pergunta sobre os medicamentos: Está tomando certinho? Paciente diz que está e ela confirma: Tomando certo, né. Incentiva: “O Sr. engordou, melhorou bem. Pergunta se está se alimentando direitinho. Escuta. Meneio positivo da cabeça. Fala que fica feliz em ver que ele melhorou, que está dando conta do recado , que sabe que é difícil, mas que Deus ajuda. O paciente repete” Deus me ajuda” e chora. A Enf.^a toca-o no antebraço e diz: “O Sr. se emocionou, Foi uma benção descobrir logo”, “No primeiro momento é difícil”, “Já faz meio ano e já teve uma grande melhora” O paciente procura se controlar enquanto a Enf.^a continua falando. Neste momento ela não mantém um silêncio necessário. O paciente reafirma as colocações da Enf.^a . Ela olha para ele, sorri e fala:

“Daqui pra frente é caminhar pra cura”. Oferece opções de acompanhamento. Caso falte o medicamento pode vir buscar mais. Mantém o corpo voltado para o paciente e sobre a mesa. Ele fala sobre a dieta. Ela pergunta: “Evita massa não é?” “Dieta não tem dificuldade.” “Refrigerante o Sr. não lembra, não é?” Oferece opções dieta. Procura entender as dificuldades do paciente: Todos tomam guaraná. Pede para trazer um diet. Repete que ficou feliz porque ele veio. Aferi a PA. Pergunta sobre o tratamento e se pedir para que ele venha à unidade fica difícil. Faz um acordo. Promete que vem? Dá alternativas dizendo que pode aferir a PA na farmácia. Fala sobre consulta com uma médica especialista, se pode ir. Pergunta: “Não abusa do sal não, né?” “Você acha difícil tirar um pouco do sal” Esclarece sobre alteração da pressão. Orienta dieta. Toca o paciente na hora de ir embora elogia por ter vindo, sorri.

ANEXO H – ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA DA E3

Na sua opinião, como diria que foi a comunicação entre você e o usuário neste atendimento?

Acho que eu tentei me esforçar pra que eles conseguissem me entender. Mas as vezes eu fico preocupada se eu não induzo alguma resposta, né, com a forma como eu dirijo a conversa se eu não tô acabando induzindo certas respostas, que eu acho que isso não seria legal. Eu acho que quando eu conversei com a xxxx e eu falei assim pra ela sobre o dinheiro aquele horário, então de certa forma foi para ela responder com sim ou não, é também porque ela tem uma dificuldade de se expressar. Por isso que tem que conduzir a conversa dessa maneira, pela dificuldade dela de se expressa. Eu tentei ficar atenta a forma de expressão dela, né, pra eu perceber e eu acho que ela se expressa muito assim mesmo, de um a forma não-verbal, o olhar. Eu percebo muito isso nela, né, aquela aceitação dela a presença da gente é uma forma não verbal, porque verbalmente ela se expressa muito pouco, com muita dificuldade. Dificuldade pra conversar com xxx porque eu não consigo entender o que ele fala. Muitas coisas que se a gente para para presta atenção eu vi que ele queria fala. Ele aceitou que verificasse a pressão, então ainda consegui alguma comunicação, mas é uma comunicação ainda muito falha. Vejo uma dificuldade de comunicação com ele e com o filho eu acho assim que às vezes eu sou apressada, né, e eu acabo completando a fala das pessoas ou impedindo ele de se manifestar mais. Aí então, eu acho que isso acontece também. Aí depois já aconteceu, né, não tem volta.

Em relação ao seu xxx o que eu posso falar dele. Então, eu percebi o não-verbal também, porque os olhos dele começaram a lacrimejar, eu acho que isso me incomodou, não sei, se eu acabei impedindo ele de manifestar mais o que ele tava sentindo, porque me incomodou a reação dele de tá se emocionando muito com o que ele tava falando, o tipo de coisa que ele tava contando, né é difícil de ouvir, então a gente acaba é tentando diminuir a conversa. Eu intervi na fala a apesar dele ter terminado, eu me posicionei se eu tivesse ficado quieta se eu não tivesse manifestado que eu tinha percebido a voz dele o olhar dele ele poderia ter se expressado mais, não é? Mas quando eu mostrei pra ele que eu percebi aquilo, não sei se isso foi positivo. Foi uma forma de tenta alivia ou minimizar, não sei se isso é certo. E na hora de dar orientações para diabético né, ou para hipertensão eu não sei se eu consegui assim fazer com ele refletisse sobre ações dele em vez de eu definir para ele o que ele ia fazer eu acho que a gente acaba sendo muito diretivo na conversa já indo naqueles pontos mais, né determinando o que ele poderia estar fazendo de errado em vez de faze ele refleti e analisa por ele mesmo a dieta dele e aí a hora que eu vi que a pressão estava alta eu me preocupei e comentei com ele e agora tem esse final de semana não pode tá vindo aqui na unidade vê com frequência eu achei que era importante ele tá vendo e tive que falar isso para ele Agora não sei se a forma de comunicar isso foi por isso pedi para ele voltar na segunda-feira... Uma coisa que eu tento fazer é falar na linguagem deles eu acho que a minha linguagem é bem próxima da linguagem deles, porque isso não é difícil pra mim é minha forma de ser mesmo. Então eu acho que a minha linguagem é bem próxima da linguagem deles. Isso torna mais fácil a comunicação... Eu acho que isso só me fez chamar a atenção para que a gente fique mais atenta a estas questões da comunicação e pensar de uma forma mais profissional se a gente esta atingindo os objetivos da gente, porque as vezes a gente vai fazendo isso de uma forma tão mecânica, tão rotineira que a gente não vê a comunicação como um ponto que a gente precisa se desenvolver. Ah até despertou o interesse para estuda, sabia?

ANEXO I - DIÁRIO DE CAMPO DO ACO NA E2

Ambiente (ruídos, telefone, interceptação de outros profissionais, móveis adequados para o atendimento, limpo ou sujo, arejado, Iluminado, grande ou pequeno, outros profissionais trabalham na sala?)

Ambiente familiar, poucos ruídos, sem crianças. No início o marido acompanhou e no final da visita a neta veio para ouvir as orientações.

Tipo de Atendimento (consulta de enfermagem, imunização, grupos, triagem, coleta de preventivo, curativo, acolhimento)

Visita domiciliária para realização de curativo.

Agendado (1º atendimento, 2º atendimento, há familiaridade entre profissional e paciente?)

Agendado. Atendimento subsequente. Família vem sendo acompanhada, com frequência, pelos profissionais da unidade.

Primeiro contato (conduta do profissional: chama pelo nome, acolhe o paciente, deixa o paciente falar, escuta, olha para o paciente, mostra interesse ao problema de saúde do paciente)

Cumprimenta dizendo “Bom dia”, chama pelo nome e me apresenta.

Desenvolvimento (descrição do atendimento)

A técnica de enfermagem, que acompanha, assume o curativo. A enf.^a pergunta: Tá tomando os remédios direitinho.” A paciente mostra o remédio e a enf.^a pergunta “Você sabe pra que é esse remédio”, olha e se aproxima. A paciente responde e relata a dor, a prescrição e orientações de outra profissional. A enf.^a explica sobre o agente e receita, esclarece sobre o medicamento e oferece alternativa de agente terapêutico para a lesão e que caso não consiga a pomada pode falar com ela. A paciente pergunta várias vezes se pode usar neomicina, porém custa a ter resposta. A enf.^a auxilia no curativo, pergunta se a SF está quente, explica porque deve ser quente. Justifica porque virão apenas uma vez por semana fazer o curativo e se assim está bom, se pode ser assim, eu venho e avalio. A paciente responde que a menina (neta) faz. A enfermeira valida: “combinado”, explica o uso do açúcar, questiona se tem a papaína. A paciente informa que estava ardendo com a papaína. Enf.^a “tá ardendo, né? ” Aceita a solicitação da paciente em usar neomicina. Orienta a passar com o médico quando a paciente fala em usar medicamento para micose. Pergunta se tem material e reafirma que amanhã não vem mais. Fala isso sem olhar para a neta da paciente que perguntou e que realizará o curativo. Faz anotações enquanto a técnica afere a PA. Depois olha para a paciente e pergunta pelo café: “o que comeu?” “Pão?” Diz que é bom tirar o miolo. Pergunta pelo almoço e diz não ser bom comer muito e “A Sr.^a sabe que vira açúcar” a paciente relata alguns alimentos que evita e a enf.^a diz: “A Sr.^a sabe tudo que tem que evitar”. A enf.^a fala como que concluindo junto com a paciente. A paciente fala do que gosta e ela ri junto com a paciente. Elogia o resultado do teste de glicemia. A técnica pergunta se tomou o remédio e a enf.^a já responde que viu ela tomar direitinho. A enf.^a dá atenção, ouvindo a história da paciente, mas olha pouco para ela. Afirma que o que a paciente fala é bom. Diz que volta para vê-la e sai.

ANEXO J – ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA DA E1

Na sua opinião, como diria que foi a comunicação entre você e o usuário neste atendimento?

A forma? Verbal, né. Assim? Nesse sentido? Há eu acho assim eu procuro, é, atende a queixa principal né, deles e dou ênfase nessa abordagem pra tenta resolve. É uma troca né, eu passo, por eu já conhece o paciente, já conhece a história é uma troca. Você já sabe o que você tem de dar de retorno para eles naquele momento, né... Acho que foi assim, uma troca de informações tentando, é um passar o sentimento do outro de um para o outro, né, eu senti nesse sentido é uma comunicação assim, é como que eu digo assim, total né. Então por exemplo a pessoa já te procura tendo certeza que vai ser resolvido, porque muitas vezes é o ouvi essas pessoas é mais importante que você tá resolvendo a situação dela. A comunicação no sentido assim, eu tô usando ela não só na fala, mas no sentido de ouvi o que o outro tem a dizer... Achei assim, na exposição do problema e no alívio que ele teve de tá colocando, por eles me conhecer é mais fácil né, do que uma outra pessoa. Aquela da VD, se viu que a comunicação comigo e com o médico daqui ela foi mais real e ela tá passando com outros que não conhece a dinâmica dela e ninguém resolve. Acho que houve um interesse maior, aqui nosso, como usuário e profissional, dela comunica com a gente de uma forma que a gente foi na casa, abordo ela em casa, deu atenção que num pronto socorro até mesmo numa consulta particular que a comunicação lá fora eu achei falha porque só um problema ginecológico, não é só isso né, a gente tá vendo como um todo, a comunicação com a família com o cuidador e o fato da gente dá atenção pra ela, o que acontece lá você retorna pra mim, faz com que ela se abra mais fique mais acho que comunicação no sentido de liberdade, né... sentimentos né é, é uma troca de sentimentos, né. Acho que eu nunca pensei muito sobre isso, a gente vai fazendo eu nunca pensei nisso entendeu, eu acho que a gente faz isso tão natural que não percebe assim, no momento que eu abordei aquela senhora eu percebi muito assim a comunicação muito importante porque ninguém tá entendendo o que tá acontecendo com ela, até no uso da medicação que a gente presenciou na casa, porque a gente não viu ela só na artrite, artrose. Acho que a nossa preocupação aqui, profissional, comigo com o médico meu e no pronto socorro é fundamental comunicar sim. Está se perdendo esse caminho, porque essa mulher tá com tudo, né, com convenio, dinheiro para pagar consulta e a gente sabe que ela não está sendo vista como um todo, né... Acho que compromisso né, compromisso e assim a afetividade. Cê tá querendo resolver o problema do outro. Há o comprometimento em resolve. Então cê vai passar aquilo que você sabe de verdade, se ela me procurou porque ela tem certeza que eu vou amenizar um pouquinho o que ela sente e ela só vai passa isso falando, se comunicando. A comunicação é tudo mesmo porque se o corpo da gente fala você faz uma carinha, né, gesto né e muitas vezes eu acho assim comunicação no sentido de atenção...o gesto...no sentido de estar perto do outro de dar uma caminho para ele, senti mais ou menos o drama que ele tá passando. Acho que houve essa troca, porque levanta a sobrancelha, se interessa, sorri é quando ele fala vai com deus eu acredito que ele ficou grato. Comunicação é tudo mesmo, a gente faz sem perceber, mais vale ela do que um procedimento se você atende um paciente quieto ele não fala nada pela sua cara fechada, não tem contato, não tem a continuação do verbal... eu acho que eu tive afetividade, né, me coloquei no lugar do outro, sem me envolver, só naquele momento com o meu conhecimento o que eu pude fazer, a comunicação me permitiu isso. ....Eu sei que me chamou muito a atenção eu nunca parei para pensar nisso não. A gente faz pelo preparo que a gente tem, tô vendo que ela é tudo, é o caminho do atendimento, não há atendimento mecânico não, é troca de informações, consegui fala com a família.