**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELIARA PILECCO MACHADO

**OS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA
RELAÇÃO CLÍNICA ENFERMEIRO-USUÁRIO NA ATENÇÃO
BÁSICA EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**SÃO PAULO
2011**

ELIARA PILECCO MACHADO

**OS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA
RELAÇÃO CLÍNICA ENFERMEIRO-USUÁRIO NA ATENÇÃO
BÁSICA EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

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:
Prof^a. Dr^a. Elma Lourdes Campos
Pavone Zoboli

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
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

Machado, Eliara Pilecco

Os elementos da comunicação terapêutica na relação clínica
enfermeiro-usuário na atenção básica em São José dos
Campos / Eliara Pilecco Machado. -- São Paulo, 2011.
95 p.

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

Orientadora: Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone
Zoboli

1. Comunicação em saúde 2. Enfermagem
3. Atenção básica a saúde I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Eliara Pilecco Machado

Título: Os elementos da comunicação terapêutica na relação clínica enfermeiro-usuário na atenção básica em São José dos Campos.

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, Elder,

*...meu amigo e cúmplice, fortaleza presente nesta
conquista...*

*...sem seu companheirismo, amor e incentivo, ainda
que fosse possível minha trajetória até aqui, nada disso
valeria à pena. Amo você!*

Agradecimentos

À Deus, pelo dom da vida, o qual me concedeu em Sua infinita bondade, força e coragem para seguir em frente nesta jornada.

Aos meus amados pais, Iara e Élio, pessoas simples que souberam mostrar o melhor caminho a percorrer.

Ao meu amado irmão Ico, por me acompanhar e incentivar mesmo que distante dessa jornada.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, por dividir comigo seus saberes, pela sua competência ímpar de, na seriedade e franqueza, levar-me a produzir muito mais do que julgava ser capaz.

Ao Prof. Dr. Paulo Antônio Fortes e Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida pelo incentivo à pesquisa e por acreditar em meu potencial para que pudéssemos trabalhar juntos na construção de um Sistema Único de Saúde humanizado.

À minha querida colega de pós-graduação Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad pelas conversas ao telefone, pelas trocas de idéias, pelas escutas acolhidas, pelos sofrimentos compartilhados.

Aos meus colegas de FEUSP Alder Mourão de Sousa, Gabriela Ferreira Granja e Maíara Rodrigues pelo apoio na construção deste processo, pelas conversas e pelos sorrisos descontraídos.

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

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

À todos que estiveram presentes neste processo e, que em cada foram essenciais para que a construção deste sonho se tornasse realidade.

Meu muito obrigada!

“Ora, a fé é a certeza das coisas que se esperam, e a prova das coisas que não se vêem” Hebreus 11:1

Machado EP. Os elementos da comunicação terapêutica na relação clínica enfermeiro-usuário na atenção básica em São José dos Campos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal de natureza compreensiva. Teve como objetivo discutir os aspectos comunicacionais da relação enfermeiro-usuário na atenção básica, tendo em vista o princípio do vínculo. Teve como base as produções científicas sobre comunicação terapêutica em saúde. O método utilizado foi a triangulação de métodos. O processo compreendeu três momentos distintos: no primeiro, a 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; no segundo, a observação do atendimento de enfermagem com base em um roteiro sobre os aspectos comunicacionais (verbais e não-verbais); e no terceiro, entrevista aberta, com as enfermeiras cujo atendimentos foram observados, na sequência da observação. A análise permitiu evidenciar o uso da comunicação terapêutica pela enfermeira através da utilização de seus elementos como a empatia, a escuta receptiva, respeito e o acompanhamento do paciente em suas reflexões discutidos no marco teórico desta pesquisa. Em vista do que foi percebido nas condutas das enfermeiras, desvela-se que a comunicação deve ser percebida como base para o cuidar em enfermagem mas, entretanto, por alguns momentos, é apenas entendida como algo inerente à prática e como processo mútuo de troca de informações técnicas a fim de estabelecer um plano terapêutico ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação em saúde. Enfermagem. Atenção básica a saúde.

Machado EP. The elements of therapeutic communication in clinical nurse-user relationship in primary care in São José dos Campos [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

It is a comprehensive research that aimed to discuss communicational aspects of primary-care patient-nurse relationship, focusing on bond and therapeutic communication. Data collection used a triangulation of methods with distinct stages: (i) application of the Inventory of Ethical Problems in Primary Health Care (IPE-APS) to an overview of ethical issues in nurse-patient relation and to select the services and nurses for observation of nursing care actions. The observation focus was communication aspects (verbal and nonverbal) during the care action. After observation, nurses should talk about their communication in the action. The analysis used the elements of therapeutic communication: empathy, receptive listening, respect and accomplish of patients in their thoughts, feelings, fear, and believes. The results pointed out that the nurses realize the importance of communication for their actions, however, they consider it inherent to nurse practice and as an exchange of technical information to get patients' accomplish to treatments.

KEYWORDS: Health communication. Nursing. Primary care health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Elemento empatia na observação de E1	50
Quadro 2 – Elemento empatia na observação de E2	50
Quadro 3 – Elemento empatia na observação de E3	51
Quadro 4 – Elemento respeito na observação de E1	52
Quadro 5 – Elemento respeito na observação de E2	53
Quadro 6 – Elemento respeito na observação de E3	54
Quadro 7 – Elemento escuta na observação de E1	56
Quadro 8 – Elemento escuta na observação de E2	57
Quadro 9 – Elemento escuta na observação de E3	58
Quadro 10 – Elemento acompanhamento na observação de E1	61
Quadro 11 – Elemento acompanhamento na observação de E2	62
Quadro 12 – Elemento acompanhamento na observação de E3	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese dos elementos da comunicação terapêutica nos
ACO 65

Figura 2 - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica nos
AVO 66

LISTA DE SIGLAS

ACO	Atendimento Comum Observado
AVO	Atendimento Variado Observado
AB	Atenção Básica
IPE-APS	Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	22
3 MARCO REFERENCIAL	24
3.1 A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM SAÚDE	24
3.2 ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA	30
3.2.1 A empatia	31
3.2.2 O respeito	32
3.2.3 A escuta receptiva	33
3.2.4 O acompanhar o paciente em suas reflexões	35
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
4.1 TIPO DE ESTUDO	38
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	38
4.3 SUJEITOS DE PESQUISA	41
4.4 COLETA DE DADOS	42
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
5 RESULTADOS	49
5.1 ELEMENTO EMPATIA.....	50
5.2 ELEMENTO RESPEITO.....	52
5.3 ELEMENTO ESCUTA RECEPTIVA.....	56
5.4 ELEMENTO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE.....	61
5.5 SÍNTESE DOS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO ACO.....	65
5.6 SÍNTESE DOS ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO AVO.....	66
6 DISCUSSÃO	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	84
ANEXOS	93

APRESENTAÇÃO

Como acadêmica de enfermagem, foi na prática do estágio curricular que adensei o primeiro contato com a saúde coletiva que havia ocorrido no terceiro semestre de faculdade, durante minha primeira vivência em serviços de saúde. Pude presenciar muitas ações de atuação da enfermeira junto aos usuários e variadas maneiras de multiplicar os saberes como acadêmica junto àquela população. Essas experiências firmaram meu compromisso com a saúde coletiva e me mostraram a necessidade de ampliar meus conhecimentos sobre a temática. Especialmente, no que se refere a relação enfermeiro-usuário, interessou-me a comunicação.

Em 2008, recém-graduada em Enfermagem, ingressei no Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com enfoque no Programa Saúde da Família da EEUSP, o qual me direcionou a adensar meus conhecimentos sobre a relação enfermeiro-usuário através da 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 a comunicação efetiva nesta relação?

A promoção da saúde depende da relação que se estabelece no primeiro contato do usuário com os profissionais da atenção básica. E esse contato estabelece-se por meio do processo comunicacional, ou seja, o cuidado permeia-se de uma rede de conversas. Desta maneira, justifico e apresento a relevância do estudo para a Saúde Coletiva e a partir da comunicação terapêutica.

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.

INTRODUÇÃO

1 Introdução

A Atenção Básica (AB) e as especificidades de suas questões éticas podem ser compreendidas como um conjunto de ações que exige dos profissionais de saúde um olhar ampliado, pois se deparam com peculiaridades decorrentes da assistência prestada. Essa, devido a seu caráter geral é, de fato, trabalhar com um quadro complexo, de grande magnitude e diversidade de situações socioeconômicas da população assistida (Soares, 2010).

A Atenção Básica, um nível de atenção que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) opera, na sua prática, com diferentes dimensões sociais e subjetivas que implicam comportamentos e atitudes éticas distintas.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, a Atenção Básica se define por:

...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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades do sujeito viver de modo saudável (Brasil, 2006, p.10).

Conforme o MS (Brasil, 2006), a Atenção Básica tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, efetivar a integralidade; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população; valorizar os profissionais de saúde; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social.

Para desenvolver ações de vínculo e corresponsabilização no cuidado da Atenção Básica, é essencial que ocorra a copresença e a interrelação dos saberes instrumentais (técnicos) e práticos (simbólicos), como proposto por Ayres (2007, p.53):

Em geral, os profissionais de saúde estão preocupados com boas práticas de saúde por meio das técnicas, ou seja, com o alcance de bons resultados técnicos. Obter bons resultados é essencial, mas é necessário ultrapassar a busca do êxito técnico, e junto imprimir atitudes compreensivas no processo de cuidar, caminhando para a construção de novos entendimentos das situações que as famílias enfrentam. Implica dar mais vazão a uma totalidade compreensiva que busca dar sentido às demandas levadas por famílias e crianças aos profissionais e serviços de saúde. O conceito de êxito técnico está estreitamente ligado ao conceito de sucesso prático. Esse se volta para o valor que a ação de saúde tem para sujeitos e populações, engloba um conjunto de implicações simbólicas, relacionais e materiais das intervenções e recomendações de saúde na vida cotidiana dos sujeitos.

A conexão entre esses conceitos é de fundamental importância para a construção de uma totalidade compreensiva de intervenção em saúde, contribuindo para o Cuidado em saúde. Na área da saúde, é preciso repensar que o cuidado não deve ser movido exclusivamente pela técnica. É relevante que a busca do êxito técnico esteja articulada ao sucesso prático, no desafio ético de não deixar a técnica substituir o encontro e o diálogo. (Ayres, 2006).

O cuidado se constrói na relação intersubjetiva, presumidamente, deveria basear-se no respeito mútuo e incluir, nas queixas clínicas, os fatos narrados pelos usuários, as emoções e os sentimentos para ultrapassar o usual levantamento de sinais clínicos. Entretanto, perpassa esta relação a degeneração de vínculos, com omissão ou negação dos direitos dos trabalhadores e usuários; precarização das condições e dos processos do trabalho; comprometimento da resolubilidade e qualidade do cuidado prestado (Zoboli, 2009).

Conforme foi descrito, um dos fundamentos da Atenção Básica é o 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 sujeitos. Somente há construção de vínculo quando o usuário é reconhecido na condição de sujeito, que deseja, julga, valora e, principalmente fala. Tem espaço na relação e na instituição; exerce sua autonomia como cidadão emancipado para falar, expressando o que sente, o que vive, sejam os fatos, os valores, sentimentos e emoções (Schimith, Lima, 2004).

A expressão ampliada do usuário pode contribuir para que a Atenção Básica dê conta de sua finalidade de promover a saúde. Um dos eixos da promoção da saúde é a reorganização dos serviços, e para incluir as questões relativas ao diálogo e vínculo, ela há de compreender não só aspectos técnicos e estruturais de planta física e fluxogramas, mas a complexidade das relações que se estabelecem na AB. A própria (re) estruturação do SUS, como modelo de assistência e Política de Saúde, que busca atender os cidadãos brasileiros de forma integral e com equidade, exige mudança comportamental e atitudinal por parte de todos os atores sociais nele envolvidos.

Adquire, portanto, relevância na Atenção Básica, a qualidade da comunicação que ocorre na prática das unidades. É importante a sensibilidade e a capacidade de resposta dos profissionais, construindo atitudes cuidadoras que incluam o sujeito como destinatário e participe das ações de saúde. Assim, se estabelece um plano de compreensão que rompe barreiras e propicia o entendimento de atitudes, experiências e o compartilhar de realidades.

Para isso, a comunicação se apresenta como recurso essencial, já que se compõe de elementos facilitadores ou dificultadores no processo das relações interpessoais. No contexto assistencial da AB, a comunicação deve servir para veicular informações, valores e emoções (Haddad, Zoboli, 2010) . Enfim, gerar e manter vínculos.

A comunicação permite, propicia, possibilita com que as pessoas se relacionem, compartilhando experiências, idéias e sentimentos e, ao se

relacionarem, influenciam-se, modificando a realidade em que são inseridas, inclusive sua situação de saúde (Bordenave, 2004).

Nos relacionamentos interpessoais, não existe apenas a comunicação verbal, pois esta interage com a não-verbal. Se o profissional de saúde quer estabelecer vínculo de confiança, tem que reconhecer o mundo de sinais e símbolos que também, mostram o que as pessoas sentem e pensam (Silva, 2002).

No encontro entre o usuário e o enfermeiro, a comunicação serve como recurso para o estabelecimento da confiança e do vínculo necessários para a concretização dos princípios e diretrizes que norteiam a Atenção Básica. Isso confere importância à comunicação interpessoal como facilitador ou dificultador na criação de vínculo entre o profissional e os usuários. Confiança e vínculo são essenciais para que o outro se revele e sua realidade individual, familiar e comunitária transpareçam.

Na Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe-se com a criação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e/ou famílias. Isso requer uma relação de diálogo que se desenvolve entre pessoas que se reconhecem e se respeitam mutuamente 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 serviço (Silva, Zoboli, 2006).

O trabalho dos profissionais de saúde está baseado nas relações humanas que estabelece, assim, o processo comunicativo insere-se, se não em todas, na imensa maioria das atividades de seu cotidiano (Silva, 2002; 2006). Portanto, é preciso que os profissionais utilizem de forma eficaz e consciente a comunicação interpessoal como um instrumento de trabalho.

Os serviços de saúde conformam 'redes de comunicação' complexas e dinamicamente interligadas. A base do trabalho inerente à prestação de serviços de saúde é a conversa, pois todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo e a arte da conversa faz emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (Artmann, Rivera, 2006).

Por isso, a equipe de saúde tem de conhecer os mecanismos e estratégias de comunicação que podem melhorar o relacionamento com o usuário e, também, entre os profissionais (Silva, 2006).

A comunicação, na saúde não se resume à aplicação de artefatos e técnicas, mas refere-se ao estabelecimento de um nexos intersubjetivo capaz de ensinar uma sabedoria prática, no sentido de fortalecer a expressão autônoma do usuário. Esse, menos dependente e mais potente, amplia suas possibilidades de lidar com a sua saúde, vida e existência. A conversa clínica é uma forma de comunicação com possibilidade de nexos intersubjetivo e que pressupõe a mútua aceitação de compromissos. A melhor qualidade da comunicação facilita a construção de espaços de participação e de responsabilidades partilhadas na atenção à saúde (Artmann, Rivera, 2006).

A complexidade da Atenção Básica significa, dentre outros, a aceitação do Outro nas suas diferenças determinadas pelo contexto sócio-econômico e cultural, ou seja, implica em se ver o Outro, como Outro. Ambos são reconhecidos em suas experiências, vivências e conhecimentos que trazem (Zoboli, 2009).

Para comunicar-se, a escuta é primordial. Escutar significa permitir que o usuário expresse suas queixas mesmo que estas não interessem diretamente ao diagnóstico ou tratamento. É necessário ajudá-lo a compreender a doença e correlacioná-la com a vida, evitando assim, uma atitude passiva diante do tratamento (Brasil, 2004).

A proposta da atenção à saúde com a rede de relações e de comunicações pode ser via fértil para se analisar a complexa interação do enfermeiro com o usuário na AB, tendo em vista esse contexto, a presente pesquisa visou a comunicação na relação do enfermeiro com o usuário na Atenção Básica do município de São José dos Campos.

OBJETIVOS

2 Objetivos

- Discutir os aspectos comunicacionais da relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica para efetivação do vínculo, como diretriz da PNAB.
- Distinguir os elementos da comunicação terapêutica na prática do enfermeiro na Atenção Básica.

MARCO REFERENCIAL

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM SAÚDE

Esta pesquisa tem como eixo norteador o conhecimento sobre comunicação terapêutica produzidos por Travelbee (1979), Stefanelli (1993, 2005), Silva (1996, 2002, 2003, 2006) e Valverde (2007). A opção pela utilização das autoras deve-se ao fato de suas obras trabalham a questão da comunicação enfocando a enfermagem. Na enfermagem, pode-se verificar o valor da comunicação entre enfermeiro-paciente na sustentação do desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, independentemente das especialidades da área da saúde, permitindo a personalização da assistência e, ao mesmo tempo, o oferecimento do cuidado necessário, competente e humanitário, àquele que merece a atenção como ser humano e pessoa que é (Stefanelli, 2005).

Todos que trabalham com seres humanos devem possuir conhecimento sobre comunicação humana e comunicação terapêutica. (Stefanelli, 1993).

A comunicação terapêutica é a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver de forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia (Stefanelli, 2005).

A comunicação terapêutica pode ser vista como habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à auto-realização (Silva, 2006).

Sobre isso, lê-se em Valverde (2007) que a comunicação terapêutica é uma relação específica de comunicação em que uma pessoa desempenha o papel de ajudar a outra. A comunicação terapêutica é uma nova

abordagem de cuidado em que o centro do trabalho é o paciente, sua narrativa (o que diz e como ele diz), sua experiência como paciente, sua experiência de sofrimento e o que ela significa para ele, inclui, ainda, como o profissional o escuta, ouve e fala com o paciente sobre essa experiência.

O objetivo principal da comunicação terapêutica é aumentar a qualidade de vida do paciente. Para isso, a comunicação propõe-se como meio para que o usuário: sinta-se como o centro dos cuidados e assistência 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 incapacidades (Valverde, 2007).

A comunicação terapêutica está baseada na idéia que o principal de toda relação de ajuda é a comunicação e esta, por sua vez, está centrada no paciente. A comunicação não é apenas dar informação. Esta é uma parte muito pequena do processo. A comunicação é uma maneira de relacionar-se, na qual o profissional de enfermagem está presente com todo seu ser, como testemunha empática, com um compromisso de ajudar e acompanhar o paciente em sua realidade (Valverde, 2007).

Para o profissional de enfermagem a comunicação terapêutica tem como objetivos: criar uma relação terapêutica eficaz com o usuário; aumentar a eficiência e a satisfação dos usuários; 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 humano (Valverde, 2007).

Por ser a comunicação terapêutica uma ferramenta a ser utilizada na relação de ajuda, Valverde (2007) 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 na relação com o usuário. Ao paciente 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.

Com a mesma concepção, Stefanelli (1993) aponta que o profissional de enfermagem tem de adquirir competência no uso de técnicas de comunicação terapêutica, em busca de formação de atitudes que permitam a aquisição de conhecimentos das questões inerentes a uma assistência de enfermagem humanizada. Embora a autora enfoque em seus escritos a atenção ao paciente psiquiátrico, assinala que a comunicação terapêutica também se aplica nos outros âmbitos da assistência de enfermagem. O enfermeiro deve saber utilizar a comunicação terapêutica para estabelecer o relacionamento com o paciente de forma efetiva, com o objetivo de oferecer-lhe apoio, conforto, informação, e despertar seu sentimento de confiança e de autoestima, bem como propiciar o desenvolvimento de modos de comunicação que lhe permitam convívio social.

Segundo Stefanelli (2005), para que o profissional de enfermagem desenvolva 'competência interpessoal', ele necessita adquirir uma base teórica sobre comunicação humana e comunicação terapêutica, para que possa implementá-la a sua prática profissional. A autora ressalta que os profissionais de enfermagem necessitam estar conscientes da importância de reavaliar constantemente sua prática a fim de vislumbrar novas maneiras de tornar sua comunicação com o paciente o mais terapêutica possível, assim evita-se que o momento de interação com o paciente constitua um mero emitir de palavras desprovidas de sentido verdadeiro, para ser uma partilha de mensagens significativas no cotidiano do cuidar.

O enfermeiro há de ser 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 terapêutica. 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 paciente (Valverde, 2007).

Para Sadala e Stefanelli (1996), o reconhecimento por parte dos profissionais de enfermagem da importância do uso da comunicação terapêutica e o seu uso consciente, direciona-os a usá-la em cada situação de relacionamento com o paciente, tornando terapêuticos estes encontros.

Para uma relação de comunicação, o profissional tem que desenvolver sua humanidade, que é a qualidade que, em numerosos estudos, os pacientes dizem apreciar mais no profissional de saúde. Outras qualidades que os pacientes dizem que esperam dos profissionais de saúde e que fomentam o enfoque da comunicação terapêutica são: uma boa comunicação e que o profissional tenha interesse por eles (Valverde, 2007).

O paciente, sua dor e a experiência que tem com sua dor, não são problemas que devem 'organizados', mas uma situação que deve ser descoberta com interesse verdadeiro pelo outro. Não se pretende que o profissional de enfermagem compreenda o paciente em sua totalidade, isso não é possível dada à complexidade do ser humano, mas que faça o esforço de tentar compreender o outro, escutando-o com verdadeiro interesse (Valverde, 2007).

A comunicação realiza-se por meio das formas verbal e não-verbal, que incluem inúmeros elementos que interagem e se influenciam mútua e continuamente. A comunicação verbal é aquela que se dá por meio da linguagem escrita e falada, ou seja, envolve os sons e as palavras utilizadas na comunicação. Faz uso da linguagem, que sofre constantemente influência da cultura de cada pessoa (Stefanelli, 2005).

As técnicas de comunicação verbal constituem recurso que permite criar uma rede de conexão que torna a comunicação efetiva e favorece a compreensão entre as pessoas.

As manifestações de comportamento não expressas por palavras são denominadas comunicação não-verbal. A comunicação verbal nunca acontece sozinha. A mensagem é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não-verbal. As relações humanas emergem sobre o solo firme da comunicação não-verbal que se encontra além das palavras. A

comunicação não-verbal é tudo que pode ter um significado para o emissor ou receptor, com exceção das palavras (Stefanelli,2005) .

Apesar da comunicação não-verbal se manifestar continuamente, nós nem sempre estamos conscientes de que ela ocorre e como acontece. Quando a comunicação não-verbal confirma a mensagem verbal emitida, pode-se afirmar que ha coerência entre ambas, o que denota a efetividade na comunicação; a ausência de coerência entre elas denota que algo mais precisa ser explorado (Stefanelli,1993).

Stefanelli (2005) e Silva (2006) afirmam que há situações em que a comunicação não-verbal contradiz o que foi dito verbalmente. Muitas vezes, concorda-se com palavras, porém as expressões faciais demonstram desacordo sem que se perceba. Esse desencontro entre verbal e não-verbal imprime à comunicação uma dupla mensagem. Quem percebe essa duplicidade fica em situação de desconforto, porque uma mensagem confirmada contraria ou suprime a outra.

Como profissionais de enfermagem, temos de estar atentos a para uma percepção adequada da comunicação não-verbal, pois ela não tem o mesmo significado para as pessoas e situações. Isso exige a validação verbal da compreensão dos sinais não-verbais percebidos (Stefanelli,1993).

Stefanelli (2005), desenvolveu várias estratégias ou técnicas de comunicação terapêutica, reunidas didaticamente, em três grupos: expressão, clarificação e validação.

As estratégias que compõem o primeiro grupo – expressão – são as que têm o objetivo de ajudar o outro a demonstrar ou exteriorizar idéias e sentimentos, assim como descrever fatos experienciados. Refere-se a transmissão da informação. Dentre outras, considerando a Atenção Básica, destacam-se:

- Usar terapeuticamente o silêncio, interrompendo-o em tempo de forma a estimular a expressão do paciente.

- Ouvir reflexivamente, ou seja, ouvir atentamente e tentar entender o significado que a mensagem possui para o paciente, sem emitir julgamento sobre o que ele diz.
- Verbalizar aceitação para que o paciente se sinta livre para falar e ser aceito como pessoa.
- Verbalizar interesse, que é uma das formas mais simples de mostrar respeito pelo outro como pessoa. É demonstrar percepção do paciente, do que ele faz.
- Usar frases incompletas, repetindo a informação dada ou parte desta com inflexão de voz que denote um convite ao paciente a continuar a falar.
- Repetir comentários feitos pelo com a finalidade de fazer com que ele perceba que estamos atentos ao que expressa e se sinta estimulado a continuar falando sobre o assunto. Os comentários equivalem a um eco para que o paciente ouça o que diz e pense a respeito.
- Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente, para ajudá-lo a dar continuidade ao assunto ou relato de experiência.
- Fazer perguntas relativas aos dados comunicados, perguntas podem ser utilizadas com a finalidade de levar o paciente a melhorar sua comunicação verbal.
- Usar frases descritivas, pois são úteis para explicar ao paciente rotinas do serviço, procedimentos de enfermagem, fatos ocorridos, fornecer orientações. Não se trata de dar conselhos, mas esclarecer.

O segundo grupo – clarificação – contém as técnicas que têm por objetivo ajudar o profissional a tornar claro, entender o que o paciente quer expressar, ou seja, tornar mais explícita a mensagem emitida pelo paciente. Considerando a Atenção Básica, nesse grupo, destacam-se:

- Estimular o paciente a perceber semelhanças e diferenças entre as experiências por ele vivenciadas.
- Solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns, quando o paciente usa termos que são comuns no seu linguajar, porém desconhecidos para o profissional de enfermagem, dando margem a diferentes interpretações.

No terceiro grupo – validação – são reunidas as técnicas que permitem verificar a existência de significação comum da mensagem expressa, ou seja, permitem ao profissional constatar que a mensagem expressa pelo paciente foi corretamente entendida. Tendo em vista a Atenção Básica, destacam-se:

- Repetir a mensagem do paciente, a fim de validar, por meio da observação e discussão, se a compreensão profissional sobre a mensagem tem a mesma significação para o paciente.
- Pedir ao paciente para repetir o que foi dito
- Sumarizar o que foi dito na interação, para paciente tenha a oportunidade de concentrar sua atenção nos principais tópicos. Esta técnica útil ainda, para validar a interação e fazer correções da informação, se necessário.

Nos momentos comunicacionais, muitas vezes, o paciente pode estar revelando fatos íntimos de sua vida, precisando fazer um esforço para vencer os sentimentos de medo, vergonha e desconforto. Portanto, como afirma Silva (1996), o comportamento do profissional com quem o paciente interage contribuirá de forma crucial para o sucesso do estabelecimento do vínculo terapêutico.

O profissional de saúde há de empenhar-se no aprendizado das técnicas e estratégias de comunicação. Esse aprendizado constitui um processo dinâmico, no qual o aperfeiçoamento se conquista cotidianamente pelo esforço e pela dedicação motivados pela compreensão de que ao outro inclui a busca do próprio aprimoramento.

3.2 ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Conforme Valverde (2007) constituem elementos da comunicação terapêutica: o pensamento terapêutico; a empatia; a escuta; a atenção as emoções do paciente; o acompanhamento do paciente em suas reflexões; a ajuda ao paciente para aumentar sua dignidade; a autoreflexão e a auto-observação.

Neste estudo, utilizaram-se os elementos da comunicação terapêutica que se considerou mais apropriados à Atenção Básica. São eles: a empatia, a escuta receptiva, respeito e o acompanhamento do paciente em suas reflexões.

Elementos da comunicação terapêutica como a empatia, o respeito e o acompanhamento, possivelmente levam a que o paciente confie mais no profissional. A continuidade do cuidado e a confidencialidade também favorecem o estabelecimento de uma relação de confiança, ou seja, o vínculo (Valverde, 2007).

3.2.1 A empatia

A empatia se observa na face e nas palavras do enfermeiro, que mostra se importar com a situação e as preocupações trazidas pelo usuário. Cria um ambiente seguro e ajuda o paciente a 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 compete ao enfermeiro realizar julgamentos sobre as decisões do paciente (Valverde, 2007).

A empatia consiste na demonstração de que o enfermeiro se importa com a situação que o usuário está vivendo e que está se esforçando para compreendê-lo (Silva, Zoboli, 2006).

Ao responder verbalmente ao usuário, com empatia, sobre sua situação de doença, o enfermeiro tem de estar atento à forma como se expressa, sem minimizar ou exagerar suas manifestações. Para demonstrar empatia, antes de tudo, há de haver do profissional desejo de entender o paciente. A atitude empática possibilita o enfermeiro mostre que através das palavras que ouve o que sente e vive o usuário (Silva, Zoboli, 2006).

Travelbee (1979) diz que a enfermeira deve estabelecer uma relação de empatia com o doente, com a finalidade de proporcionar atenção de enfermagem; embora ela não possa sentir como o paciente, utiliza suas

próprias experiências de medo e dor e as já compartilhadas com outras pessoas para “imaginar-se” no lugar dele.

Para Stefanelli (2005), um comportamento empático é aquele em que a enfermagem tem a percepção do mundo do paciente. A empatia pode ser manifestada ao paciente, de forma verbal ou não-verbal. O profissional demonstra ao paciente que compreende a maneira como ele vivencia seu mundo. A empatia é um componente de valor extremo para a enfermagem no estabelecimento de uma relação terapêutica, uma vez que o objetivo desta é a ajuda ao usuário. A capacidade de empatia está intimamente ligada à capacidade de envolvimento emocional, confiança e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento entre pessoas.

Para Valverde (2007), a empatia se nota no rosto e nas palavras do enfermeiro. Possivelmente, em uma situação social a pessoa não nos importaria muito, mas, quando a relação é de ajuda, faz parte do trabalho do enfermeiro ter interesse pelo paciente.

3.2.2 O respeito

A forma primeira de respeito consiste em tratar o usuário como o enfermeiro gostaria de ser tratado, com todos os direitos de um ser humano, que é sujeito de sua própria vida e centro do sistema de saúde. O respeito é fundamental na comunicação terapêutica; sem ele essa não se estabelece (Valverde, 2007).

Respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, buscando interpretar o que ouvimos. Também, é ter compaixão; ser tolerante; honesto; atencioso. É entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e o outro (Fernandes, Pereira, 2005). Embora o conceito de respeito seja bastante amplo e estudado em diversas áreas do conhecimento, ao se tomar o significado da “palavra” respeito como registrado, pode-se pontuar que: ao agir de forma a considerar a individualidade e a subjetividade do paciente, tratando-o com atenção, consideração e deferência, o enfermeiro estará agindo de forma respeitosa

e, portanto, oferecendo cuidados mais integrais e humanizados (Houaiss Villar, Franco, 2001).

Respeitar o outro inclui o respeito por sua autonomia, que implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomicamente. O desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam a igualdade mínima entre as pessoas (Houaiss, Villar, Franco, 2001).

Ser respeitado como um agente autônomo, significa que o enfermeiro tende reconhecer o direito do usuário de ter suas próprias opiniões, escolher de acordo com elas e agir com base em valores e crenças pessoais. Se o enfermeiro mantiver a comunicação terapêutica com o usuário favorecerá condições para que esse descreva suas inquietações, experiências e crenças e, conseqüentemente, estará agindo com respeito pela autonomia do outro (Houaiss, Villar, Franco, 2001).

3.2.3 A escuta receptiva

A escuta receptiva, o respeito e a empatia por parte do enfermeiro são elementos que proporcionam ao usuário dos serviços de saúde benefícios como: estabelecimento de uma relação de confiança; acompanhamento do usuário, fazendo a que se sinta menos sozinho; melhor conhecimento do paciente, por parte do profissional; expressão suas emoções; reconhecimento, por parte do enfermeiro, do que o paciente está vivenciando sua condição de saúde; conhecimento por parte do profissional, acerca das opiniões que o usuário tem sobre o tratamento e seus efeitos (Valverde, 2007).

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 teria com narrativas livres (Valverde, 2007).

Escutar o que o paciente tem a dizer é o central na comunicação terapêutica e supõe criar metodologia e ambiente favoráveis para que o paciente e o profissional possam trabalhar com a experiência do primeiro, sua enfermidade e transformando-a em algo menos difícil (Valverde, 2007).

Para elaborar o plano de cuidados para o paciente; para entender como ele vive sua enfermidade; para ajudá-lo a adaptar-se a sua situação e conseguir melhor qualidade de vida, a chave está no que do paciente diz e no como ele o diz. Por meio de sua narrativa, o usuário poderá ouvir a si mesmo, começará a entender como vê seu problema de saúde, como vive sua situação e como a doença influi em sua vida e na vida de sua família. Assim, pouco a pouco, começará o processo de adaptação e troca diante da nova realidade que a doença lhe apresenta (Valverde, 2007).

Para o profissional, ao escutar o paciente e sua narrativa, abre-se a possibilidade de trabalhar melhor com a realidade do usuário, porque no que diz há pistas relevantes para desenvolvimento dos cuidados para seu tratamento. A maneira como o profissional de enfermagem escuta e intervém, ajudará o paciente a redefinir sua realidade e, possivelmente, buscar outras maneiras para o enfrentamento do que vive. Também, ouvir o sofrimento do paciente pode ajudar o enfermeiro a ser mais humano e mais autêntico (Valverde, 2007).

Conforme descrito, a comunicação terapêutica vai além de um processo de troca de informações sobre saúde, ela colabora para que o plano de cuidado do paciente seja construído com base nas necessidades específicas de cada paciente ouvido promovendo um cuidado mais humano e eficaz. É um processo único, singular e contínuo que se inicia e, ao mesmo tempo, se mantém. O enfermeiro deve estar atento às manifestações e necessidades do usuário a cada instante.

3.2.4 O 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 da auto-imagem de seu corpo e vitalidade (Valverde, 2007).

Na comunicação terapêutica, o enfermeiro tem que acompanhar mais do que ensinar o usuário. Embora os profissionais de saúde tenham conhecimento científico sobre a patologia é o paciente que a vivencia como experiência de vida (Valverde, 2007).

Entretanto, na enfermagem, a comunicação, muitas vezes, se resume em dizer ao usuário o que esse deve ou não fazer, e como fazê-lo. Isso não corresponde ao necessário para uma relação de ajuda. Nessa, o enfermeiro tem de acompanhar e propiciar à pessoa de quem cuida uma reflexão sobre sua situação de saúde e as maneiras de melhor viver com ela. Isso não quer dizer que a função do enfermeiro seja tentar solucionar o problema pelo usuário, mas é e sim facilitar uma comunicação na qual, com o apoio, pode refletir sobre a questão de maneira autônoma (Valverde, 2007).

As decisões do usuário têm de ser produto de seu próprio processo de reflexão, por isso, não é eficiente dar conselhos ou tentar convencer a pessoa a ter determinadas atitudes. Ajudar, muitas vezes, confunde-se com dar conselhos. Mas para acompanhar o usuário em suas reflexões, o enfermeiro precisa não opinar de maneira a tentar convencer, com insistências e constrangimentos à expressão autônoma das pessoas. Isso não significa indiferença, mas respeito ativo das decisões dos outros (Valverde, 2007)

O uso da comunicação terapêutica dá espaço, nos atendimentos, para os aspectos emocionais que a situação de doença provoca. Parte dos problemas que as pessoas enfrentam para se adaptar às mudanças em sua situação de saúde não decorrem da falta de informação, mas da dificuldade para lidar com as emoções e sentimentos que surgem com a doença (Valverde, 2007).

No 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 individual (Valverde, 2007).

Na medida em que o diálogo se desenvolve, o enfermeiro vai se inteirando da situação do usuário, dos significados e de suas dificuldades. Neste momento, deve mostrar compreensão e empatia (Valverde, 2007).

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

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 naturais (Minayo, 2007).

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 microrrealidades e comparações (Minayo, 2007).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se em unidades de saúde da rede de atenção básica do município de São José dos Campos, São Paulo. Incluíram-se neste estudo apenas Unidades Básicas de Saúde (UBS) 'tradicionais' pois o processo de implantação da ESF no Município encontra-se em percurso.

Em 2010, a população de São José dos Campos era de 627.544 habitantes, sendo que 302.394 homens e 320.150 mulheres. Possui uma população predominantemente urbana, com 615.610 habitantes vivendo na sede municipal e 11.944 habitantes na área rural. A média de moradores por domicílio é de 3,32, sendo que a taxa de crescimento anual entre 2000 a 2010 foi estimada em 1,53%. A estimativa da densidade demográfica em 2009 foi de 575,20 habitantes por km² (São José dos Campos, 2011).

São José dos Campos possui uma área total de 1.099,6 km², sendo 361,95 km² urbana e 734,39 km² rural. A área de expansão urbana, incluindo o distrito de São Francisco Xavier é de 3,26 km². A área de proteção ambiental é 52, 36% do território (São José dos Campos, 2011).

A cidade de São José dos Campos está inserida na bacia hidrográfica do rio Paraíba do Sul. Faz divisa com os municípios Camanducaia, Sapucaí-Mirim, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Caçapava, Igaratá, Joanópolis e Piracaia (São José dos Campos, 2011).

São José dos Campos é um município do estado de São Paulo, localizado no Vale do Paraíba. É importante tecnopólo de material bélico, metalúrgico e sede do maior complexo aeroespacial da América Latina (São José dos Campos, 2011).

Estão instaladas na Cidade importantes empresas como Panasonic, Johnson & Johnson, General Motors (GM), Petrobras, Ericsson, Monsanto, Mectron, Embraer (sede), entre outras. Possui importantes centros de ensino e pesquisas como: o Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial (DCTA), o Instituto de Controle do Espaço Aéreo (ICEA), o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), o Instituto de Estudos Avançados (IEAv), o Instituto de Aeronáutica e Espaço (IAE), o Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA), o Instituto de Fomento Industrial (IFI), Centro de Computação da Aeronáutica de São José dos Campos (CCASJ), o Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento (IP&D), a Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), Universidade Paulista (UNIP), Universidade Federal de São

Paulo (UNIFESP), Escola Técnica Professor Everardo Passos (ETEP), Faculdade de Tecnologia de São Paulo (FATEC) e a Universidade do Estado de São Paulo (UNESP) (São José dos Campos, 2011).

Na saúde, São José dos Campos é pólo de referência no atendimento médico-hospitalar de alta complexidade para o Vale do Paraíba, litoral norte e sul de Minas Gerais. A rede municipal dispõe de 03 hospitais, 05 Unidades de pronto atendimento (UPA), 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 unidades especializadas. A rede de saúde ainda conta com unidades e hospitais contratados e conveniados (São José dos Campos, 2011).

A Atenção Básica é composta por 40 UBS onde são desenvolvidos os programas de prevenção: grupos de hipertensão, diabetes, asma, gestantes e planejamento familiar. Também prestam-se, serviços básicos como: curativos, inalação, vacinas, entrega de medicamentos, testes do pezinho, preventivo ginecológico, teste de gravidez, verificação de pressão arterial, peso, altura, entre outros (São José dos Campos, 2011).

A Secretaria de Saúde do Município tem por objetivo: estudar, planejar, supervisionar e prestar assistência em saúde pública nos níveis primários, secundário e terciário de referência para a população. A missão é atender cada vez melhor o cidadão joseense (São José dos Campos, 2011).

Na área da promoção da saúde, o Programa de Saúde da Mulher destina-se a mulheres de todas as faixas etárias e objetiva atender integralmente à saúde da mulher, com enfoque na prevenção de doenças, assistência ao pré-natal, planejamento familiar, diagnóstico e tratamento de queixas de doenças ginecológicas. A Saúde do Adulto e do Idoso destina-se às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): hipertensão, diabetes, neoplasias, doenças osteoarticulares e pulmonares. Sua finalidade é promover a saúde e prevenção das complicações das DCNT. Oferece-se aos adolescentes entre 12 e 19 anos, a Saúde do adolescente, com objetivo de desenvolver ações que promovam a saúde dessa população com ênfase na prevenção. A Saúde da Criança destina-se a atender crianças de 2 a 18 anos com consultas de rotina para acompanhamento em pediatria com a finalidade de promover a saúde,

acompanhar e orientar o desenvolvimento normal das crianças. O programa Materno Infantil destina-se às gestantes, aos recém-nascidos e às crianças até 2 anos de idade e visa promover a saúde das gestantes e crianças por meio da orientação e assistência ao pré-natal. O programa de Nutrição direciona-se do a todos os ciclos da vida: gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Seu objetivo é prevenir doenças crônicas decorrente da nutrição; as carências nutricionais e auxiliar no tratamento dos indivíduos que já apresentem estas complicações. A Saúde Bucal é oferecida à população de diversas faixas etárias com quadro de dor aguda, atendendo, nos finais de semana, os pacientes em quadro de urgência odontológica. A Atividade Física destina-se à população em geral a fim de proporcionar a prática da atividade física na promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de agravos. A Saúde Mental é oferecida às crianças, aos adolescentes e adultos com sofrimento psíquico, com o objetivo de dar qualidade e continuidade ao tratamento do portador de transtorno mental e evitar as internações psiquiátricas. A Reabilitação, disponível para pessoas com deficiências físicas e múltiplas, tem como foco prevenção, avaliação, tratamento individual, em grupo, atendimento ao paciente e familiares (São José dos Campos, 2011).

4.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram as enfermeiras das unidades de saúde da Atenção Básica, localizadas na zona urbana e que consentiram em participar da pesquisa. Com isso, temos uma amostra intencional. Vinte enfermeiras responderam ao IPE-APS, sendo selecionadas três delas para a etapa de observação.

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 dados (Flick, 2004).

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 comparação (Denzin, 1973; Minayo et al., 1999).

Como esclarece Flick (2004), 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), Flick (2004) distingue quatro tipos de triangulação: de dados; de investigador; da teoria e metodológica.

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 entrevista (Flick, 2004).

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 (Flick, 2004; Fine et al., 2006).

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 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 (Anexo A) 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. O IPE-APS abarca 40 problemas éticos da AB, distribuídos em três domínios: relação com os usuários e família; relação de equipe e relação com o sistema de saúde.

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

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

Etapa 1: A Aplicação do IPE-APS:

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 do Município de São Paulo em uma pesquisa realizada por Zoboli (2003) e, desde então, vem sendo alvo de estudos de validação (Amado 2010; Zoboli, Silva 2005; Zoboli, Silva, Borges 2005; Silva, Zoboli 2006; Silva, Zoboli 2007; Silva 2008; Lima et al., 2009). O instrumento tem se mostrado de fácil aplicação e compreensão, 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 de saúde de São José dos Campos 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 e famílias. Como um 'tipo de controle' foi incluída a unidade onde a enfermeira percebeu um equilíbrio em relação ao número e freqüência dos problemas. Contabilizou-se em cada instrumento o número de itens as 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). Nessas unidades, observaram-se os atendimentos de enfermagem nos seus aspectos comunicacionais.

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

Segundo Fagundes (1981), a observação é adequada para a obtenção de dados a fim de melhor compreender os comportamentos. A utilização da técnica de observação permite identificar relações existentes entre o comportamento e o contexto onde este ocorre.

Segundo Danna e Mattos (1982), 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 consulta de enfermagem, que era a atividade que acontecia nas três unidades incluídas na pesquisa. O outro momento de observação variou segundo oferta de serviços de cada unidade, sendo denominado atendimento variado observado (AVO).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) 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 mantém 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 frequência os fazem?

Frequência 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 que?

Estes aspectos semi-estruturados 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 suas opiniões, acerca da comunicação no atendimento observado pela pesquisadora. O propósito era verificar as impressões das enfermeiras sobre o tema em prática. Assim, ao término da observação fazia-se as enfermeiras a pergunta aberta: *‘Na sua opinião, como diria que foi a comunicação entre você e o usuário neste atendimento?’*

Como as enfermeiras não permitiram a gravação, os depoimentos foram anotados pela pesquisadora durante a entrevista. Esse foi um limite do estudo, embora a parte central do trabalho de campo fosse a observação. Por isso, a permissão para observar e não gravar a entrevista era o critério necessário para a inclusão da enfermeira neste estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da observação foram descritos seguindo a ausência ou presença dos elementos 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 EEUSP (Anexo B). Os trabalhos de campo iniciaram-se após tal aprovação e a autorização institucional dada pela supervisora de Políticas Públicas de Saúde de São José dos Campos (Apêndice D).

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

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Localizada na região sul do Município, E1 tem aproximadamente 36.000 pessoas cadastradas, sendo que em seu último senso, verificou-se a presença de 34.612 pessoas. A grande parte de sua clientela é de idosos, crianças e adolescentes. Seu perfil epidemiológico é definido, na sua maioria, por hipertensos, diabéticos e DSTs. A enfermeira está nesta unidade há cerca de três anos.

Com aproximadamente 74.600 pessoas cadastradas, E2 está localizada na região sul da Cidade. Seu perfil epidemiológico apresenta, na grande maioria, hipertensos, diabéticos e asmáticos. A enfermeira está há quinze anos trabalhando na unidade o que a torna referência de muitos atendimentos.

Localizada na região norte do município, E3 possui aproximadamente 40.000 mil pessoas cadastradas. A maior parte da população é de idosos e crianças. O perfil epidemiológico é definido, na sua maioria, por hipertensos e diabéticos. A região é bastante carente de acesso aos serviços públicos e, também de condições sócio-econômicas favoráveis. A enfermeira é formada há quinze anos e está nesta unidade há três anos.

Os resultados seguem os elementos da comunicação terapêutica observados.

5.1 ELEMENTO EMPATIA

Quadro 1 – 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 2 – Elemento Empatia na Observação de E2.

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	*
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	*
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	

*Esse elemento não foi exigido pela situação.

ACO								
Empático							X	Não empático
AVO								
Empático		X						Não empático

Quadro 3 – Elemento Empatia na Observação de E3.

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

Em E1 e E3, tanto no ACO e AVO identificou-se a presença de ‘demonstra que se importa com o usuário’; ‘oferece ajuda para o usuário’ e ‘tenta compreender o usuário’. Registrou-se a ausência de ‘usa expressões que amedrontam ou ameaçam’ nas seis observações. Parece que estes elementos são componentes constantes nos atendimentos de enfermagem, ensejando-se confiança, vínculo e empatia.

Pode-se considerar que ACO, E2 foi um atendimento privado do elemento empatia, pois se constatou apenas ‘ausência de expressões que ameaçam ou amedrontam’, ‘ausência de faz perguntas que induzem ou impõe determinada resposta’ e ‘oferece ajuda ao usuário’.

Na observação do AVO, E2 mostrou-se tendência à empatia sendo registrada apenas a ausência do item ‘expressa, com palavras, que entende o que o usuário está passando’.

As diferenças dos elementos nas observações ACO e AVO do E2 pode indicar que o profissional observado modula a comunicação de acordo com o atendimento que está sendo prestado.

5.2 ELEMENTO RESPEITO

Quadro 4 – 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
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	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	*	*	*	*
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 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	*	*	*	*
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, 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
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 E3.

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	*	*	*	*
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, 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	*	*	*	*
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

Em todas as observações os enfermeiros 'trataram o usuário pelo nome' e não usaram expressões de intimidade supostamente afetivas como 'tio', 'vô', 'mãe'. Também 'ajudaram o usuário a compreender as informações' o que demonstra a preocupação com entendimento que o usuário tem do tratamento e das orientações.

Nas seis observações, registrou-se a ausência de: 'crítica o comportamento do usuário'; 'faz julgamentos acerca do usuário'; 'emite opinião pessoal' e 'demonstra desprezo'. Isso aponta para a concretização do respeito nos atendimentos.

Em uma das observações ACO-E2 duvidou-se do usuário. A enfermeira, repetiu, várias vezes, as mesmas perguntas sobre a realização dos exames pré-cirúrgicos e participação do usuário nas reuniões de planejamento familiar. O ACO era uma consulta de enfermagem para encaminhamento à cirurgia de vasectomia.

A comunicação não-verbal foi pobremente utilizada, pois em todas as observações registrou-se a ausência do 'balançar a cabeça' como demonstração de compreensão e positividade.

5.3 ELEMENTO ESCUTA RECEPTIVA

Quadro 7 - 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	X		*	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 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			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	*
Dá falsas esperanças ao usuário		*	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	*
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 9 – Elemento Escuta na Observação de E3.

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	*	*	*	*
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	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
Escuta com atenção			X					Fala em demasia
Escuta com atenção		X						Fala em demasia

Nas seis observações, constatou-se que se ‘permite que o usuário fale livremente’, sem interrupções. Em todas, ainda registrou-se a presença de ‘acompanha com atenção a narrativa do usuário’ e ‘oferece ajuda ao usuário para suas dificuldades’ o que demonstrou a preocupação das enfermeiras em ouvir atentamente os pacientes a fim de ajudá-los diante de sua narrativa e experiência de sofrimento.

Nos três ACO, registrou-se que as enfermeiras dirigiram a conversa por intermédio do uso de protocolos, roteiros e fichas. Isso é comum nas consultas de enfermagem e os ACO foram consultas de pré-natal e uma de encaminhamento para cirurgia de vasectomia. Os atendimentos, especialmente os que ainda guardam características do tipo programático, exigem o preenchimento de informações para alimentar os sistemas de informação locais e nacionais. Apesar de se deterem a protocolos e guias, as enfermeiras fizeram perguntas abertas aos usuários, o que facilita abrir a conversa a partir das informações que devem ser obtidas para fins programáticos e de planejamento.

Nos três AVO, não houve o uso de protocolos, pois se tratavam de atendimentos de livre demanda que não exigiam a aplicação de roteiros. Nesses atendimentos, as enfermeiras não usaram perguntas fechadas, o que corrobora a tendência a dar espaço para o usuário se expressar livremente.

O item ‘assegura ao usuário a confidencialidade do que for falado’ esteve ausente nas seis observações. Apesar do respeito à privacidade e a observância da confidencialidade serem inerentes à prática dos enfermeiros, pode-se observar durante a coleta de dados, que muitas vezes, isso não ocorreu. Em ACO-E1 esse item foi prejudicado, pois houve a interferência de outro profissional no momento do atendimento para que a enfermeira assinasse alguns documentos. As condições do local onde

aconteceu o atendimento também prejudicaram a privacidade, pois a sala localizava-se no corredor central da Unidade, junto à sala de espera na qual os usuários aguardavam suas consultas. Havia muitos ruídos e conversações provenientes dos corredores.

5.4 ELEMENTO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Quadro 10 – 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			X	X
Utiliza linguagem acessível ao usuário	X	X		

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 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	*
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 sint sozinho	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		*	X	*
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 E3.

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	*
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			X	X
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

A necessidade de seguir protocolos, ainda que não tenha comprometido o respeito, pode ter interferido no elemento 'Acompanhamento'. No ACO – E1, por vários momentos a enfermeira mostrou-se bastante presa ao preenchimento dos formulários requeridos pelos protocolos padronizados para as consultas..

No AVO, E1 como o atendimento se tratava de um curativo pós-cirúrgico a enfermeira manifestou melhor acompanhamento do usuário, pois esteve desprendida do uso de formulários e protocolos. Isso remete que E1 manifestou atitude de acompanhamento de acordo com o atendimento que efetuou.

Em E2, tanto no ACO como AVO a enfermeira conseguiu transmitir as informações tranquilamente o que pode-se comprovar pela presença: 'Demonstra apoio de forma a facilitar que o usuário reflita de maneira autônoma'; 'escuta com atenção as questões pessoais do usuário e ' permite que o usuário expresse suas dúvidas'. Atitudes que fortalecem o vínculo e a confiança no atendimento.

Em todas as observações, as enfermeiras desenvolveram um padrão de linguagem, na conversação de fácil entendimento para os usuários atendidos. Em ACO-E1, por alguns momentos, a comunicação ficou prejudicada, pois havia alguns ruídos dos corredores próximos a sala de atendimento e, além disso, o atendimento foi interrompido pela interferência de outros profissionais..

5.5 Síntese dos Elementos da Comunicação Terapêutica no ACO

5.6 Síntese dos Elementos da Comunicação Terapêutica no AVO

Nos AVO, E1 e E3 mostraram tendências similares, com propensão a comunicação terapêutica. Em ACO e AVO, E2 modulou a comunicação de acordo com o atendimento prestado, sendo que em ACO, foi a que mais se distanciou da comunicação terapêutica. Nas observações de ACO, E1, foi a que mais se aproximou da comunicação terapêutica e, E3 foi a que mais se distanciou dela.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A empatia é atitude necessária nas ações de enfermagem e se evidencia no rosto e nas palavras do enfermeiro que demonstra interesse pelo paciente, por sua situação e preocupações (Valverde, 2007). Os resultados apontam que isso ocorreu, mais concretamente, no ACO-E1; AVO-E2 e nos dois atendimentos de E3. Com isso, esse enfermeiro manifesta mais empatia, podendo tender mais à comunicação terapêutica.

A empatia é a habilidade de apreciar emoções e os sentimentos dos outros; um atributo que permite entender as experiências dos pacientes e comunicar-lhes este entendimento. Assim, a empatia inclui a expressão com palavras e/ou gestos, que entende-se a situação que está sendo relatada. No ACO-E2 foi onde este comportamento menos se concretizou.

A atitude de empatia há de resultar na habilidade para respostas empáticas, que supõem captar o mundo interno do outro e, também, expressar o que se apreendeu. Sem resposta empática, não ocorre a devolução adequada da escuta, ainda que esta tenha sido feita atentamente. Com isso, pode-se comprometer o resultado terapêutico do cuidado (Stefanelli, 2005).

As observações das enfermeiras em E1 e E3 foram as que mais se aproximaram do 'empático', com vários pontos registrados tanto no ACO como no AVO: 'demonstra que se importa com o usuário'; 'tenta compreendê-lo'; 'oferece ajuda' e 'olha nos olhos do paciente'.

O enfermeiro age respeitosamente quando consegue realizar ações que consideram as características individuais de cada paciente, pois cada um possui necessidades, condições clínicas e sociais diferentes (Sgreccia, 1996). O trato respeitoso foi tendência mais presente nos AVO das três enfermeiras. No ACO, E3 manteve-se na mesma tendência, enquanto E1 e E2 afastaram-se da realização do elemento respeito.

Nas observações de E1, E2 e E3, ainda que o respeito ao usuário tenha tido tendências distintas no AVO e ACO, pode-se dizer que a realização desse elemento é reforçada pelo fato das enfermeiras não julgarem ou demonstrarem desprezo pelos usuários. Ter respeito pelo

paciente é acreditar em sua dignidade e valor, independentemente de seu comportamento. É aceitá-lo sem julgá-lo, demonstrando confiança faz com que o paciente passe a confiar e respeitar cada vez mais o enfermeiro (Stefanelli, 1993, 2005).

No encontro entre enfermeiro e usuário a relação deveria se caracterizar pela horizontalidade, sendo ambos sujeitos ativos no processo de produção de saúde. O enfermeiro respeitoso, caminha com a pessoa de quem cuida, fazendo conviver nos encontros técnica, efetividade, eficácia, empatia, compaixão e cuidado (Zoboli, 2009).

Nas seis observações E1, E2 e E3, ainda que as enfermeiras demonstraram atitudes distintas no que remete ao elemento respeito nos atendimentos, em nenhuma houve a demonstração de sinais de positividade, como o balançar a cabeça. A adoção de comportamentos que encorajam a interação entre enfermeiro-paciente e demonstram atitudes de aceitação e respeito podem ser efetivadas por meio de: manter a expressão facial 'positiva', suave e usar meneios positivos de cabeça quando estiver ouvindo o paciente (Stefanelli, 2005).

Em relação a escuta na comunicação terapêutica, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação terapêutica e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente. Para que esta possa fluir bem, a enfermeira deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas, ser honesta, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades (Pontes, Leitão, Ramos, 2007).

No AVO-E3, a enfermeira aproximou-se bastante da escuta terapêutica, pois demonstrou, especialmente, 'empatia'; 'respeito' e 'escuta com atenção e receptividade'. Para isso, permitiu que o 'paciente falasse livremente'; 'não demonstrou pressa' e 'estimulou o usuário a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento'. O atendimento era prestado a uma mãe que viera a Unidade para se informar sobre o curativo do coto umbilical.

O escutar com receptividade facilita a identificação dos problemas por parte da enfermeira e permite melhorar a assistência ao paciente. No interior de uma relação de vínculo e escuta, há de se zelar pelo estabelecimento de metas e seleção das intervenções apropriadas à elaboração do plano de cuidados à prestação de atendimentos de enfermagem bem qualificados (Doenges, Moorhouse, 2002)

Nas seis observações, a escuta esteve presente com: 'permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala ao paciente'; 'acompanha com atenção a narrativa do usuário' e 'oferece ajuda ao usuário para suas dificuldades'.

O uso terapêutico do silêncio requer paciência do enfermeiro, mas transmite ao paciente, por meio do sentimento empático, a idéia de estar atento e pronto para ouvi-lo, com respeito pela sua intimidade. Ao sentir que o enfermeiro tem disposição para ouvi-lo, o paciente experimenta a sensação que o silêncio é uma forma aceitável de comportamento. Sentindo-se aceito, respeitado e valorizado como pessoa, tende a experimentar segurança e confiança a comunicar o que sente (Stefanelli, 2005)

A comunicação terapêutica eficaz requer do enfermeiro habilidades para se desempenhar-se com soltura na relação, em especial, no manejo do próprio estado emotivo, a fim de poder acolher os sentimentos do usuário com respeito ao que experimentam. As habilidades para escuta são fundamentais na viabilização de momentos de expressão dos pensamentos e sentimentos dos usuários. No processo de comunicação terapêutica, muitas vezes, o usuário tem que ser auxiliado na descrição da experiência que vivencia, de seus sentimentos e pensamentos, com respeito a sua maneira de expressar-se (Stefanelli, 2005).

Em AVO de E1 e E3, mesmo apresentando tendências distintas em ACO, as enfermeiras mostraram tendência a escuta receptiva quando permitiram que o usuário falasse livremente, expressando suas emoções, sentimentos, preocupações e medos.

À medida que o paciente conta sua experiência da situação de enfermidade, percebe o que essa significa para ele, suas dificuldades, seus sentimentos e suas possibilidades de opções. Enquanto narra sua

experiência, reflete sobre suas alternativas a fim de tomar suas próprias decisões (Stefanelli, 2005).

O ato de comunicar ultrapassa 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 tem que estar abertas ao exercício da compreensão mútua e apoio, considerando as palavras ditas, as evitadas e a linearidade da linguagem (Bertachini, 2011).

Na relação de ajuda, ao acompanhar o paciente em suas reflexões, o enfermeiro acompanha e favorece acordos com paciente, no intuito de que ele observe sua situação e as maneiras que dispõe para adaptar-se (Valverde, 2007).

Nos três AVO, demonstraram-se atitudes de acompanhamento coincidentes. Entretanto, nos ACO, as atitudes de acompanhamento foram diferentes, sendo E1 o que mais tendeu a ela e E3 o que mais se distanciou.

A partir da comunicação com o usuário, o enfermeiro identifica necessidades de saúde; informa sobre os procedimentos prescritos ou as situações que o paciente deseja saber; promove o relacionamento entre os usuários nos trabalhos de grupo e, com a equipe ou familiares; promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos.

Na comunicação terapêutica, o enfoque centra-se nos aspectos emocionais da situação mais do que nos intelectuais. Muitas das dificuldades para adaptar-se a doença que as pessoas enfrentam decorrem da falta de informação e, especialmente, da falta de elaboração das emoções (Valverde, 2007).

Na falta de informação pode-se intervir com uma comunicação em linguagem apropriada ao nível intelectual e à cultura do usuário. Nas seis observações, as enfermeiras utilizaram linguagem acessível ao usuário. A resposta às expectativas dos usuários facilita-se quando o enfermeiro estabelece comunicação acessível e confiável, levando em consideração o estilo de vida e a história do usuário e sua família.

Na relação de ajuda, o enfermeiro deve utilizar linguagem com significação comum para que a mensagem seja apreendida e compreendida por ambos. Ao enfermeiro, cabe a responsabilidade de conhecer o repertório do paciente, para que seja capaz de utilizar um vocabulário adequado às suas condições de compreensão. É necessário levar em conta sua origem, escolaridade, experiências com saúde, doenças e sua cultura, com regionalismos, crenças, valores existentes (Stefanelli, 1993).

A comunicação entre enfermeiro-paciente tem eficiência quando as mensagens enviadas possuem clareza, simplicidade e sua transmissão e percepção pelo outro são efetivadas. Esta eficiência inclui ausência de termos técnicos, de jargões profissionais e de linguagem rebuscada e ambígua (Stefanelli, 2005).

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-se (Bertachini, 2011).

Para alcançar uma comunicação satisfatória, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto à realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem, diante de situações de estresse, como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica. Assim sendo, é preciso reconhecer que ficar ao lado do paciente para ouvi-lo é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde.

Neste sentido, a comunicação penetra em todas as facetas de nossas atividades diárias e relações com as pessoas. É a fundação sobre a qual construímos a compreensão e o respeito mútuos tão essenciais em nossas relações com nossos colaboradores e pacientes (Kron 1978). A

comunicação é uma ótima ferramenta para as relações terapêuticas em enfermagem.

Como Stefanelli (1993) e Silva (1996), acredito que o uso de uma comunicação adequada não se deve restringir aos profissionais de saúde ou, ainda, a prestação de assistência ao paciente, mas envolver todo o processo de vida do ser humano, tornando-a natural e espontânea, fazendo dela um estilo de vida e desenvolvendo a consciência do quanto o ato de nos comunicarmos consigo e com o outro tem implicações na qualidade de vida que temos e poderemos vir a ter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com um atendimento humanizado por atitudes de vínculo, acolhimento e escuta moveu o processo de construção desta pesquisa. O propósito, desde, as primeiras discussões sobre a temática e o projeto era possibilitar o repensar da prática diária da enfermagem na Atenção Básica, especialmente, no que se refere à comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário.

O roteiro utilizado para observação da comunicação terapêutica nos atendimentos permitiu concluir que nos AVO, E1 e E3 mostraram tendências similares, com disposição a comunicação terapêutica. Em ACO e AVO, E2 modulou a comunicação de acordo com o atendimento prestado, sendo que em ACO, foi a que mais se distanciou da comunicação terapêutica.

As enfermeiras observadas manifestaram entendimento quanto à importância da comunicação para o processo terapêutico e para a organização de um plano de cuidados apropriado às necessidades de saúde e peculiaridades do usuário e família. As enfermeiras manifestaram sua opinião de que a comunicação deve ser direta, breve e esclarecedora. Assim, considera-se que há disposição das enfermeiras para o entendimento mútuo com o usuário, por intermédio do diálogo que ofereça espaço para o usuário expressar-se segundo suas características e linguagem. Entretanto, à despeito dessa pré-disposição e compreensão, as enfermeiras não conseguiram efetivar, na prática, um padrão de comunicação próximo do terapêutico. Ou seja, percebeu-se que o relacionamento interpessoal e a comunicação não foram efetivos em todos momentos.

Ainda que as enfermeiras muitas vezes tenham demonstrado entender a comunicação terapêutica mais como troca de informações do que tecnologia para vinculação com o usuário, a disponibilidade e percepção que manifestaram sobre a importância da comunicação indicam que há um terreno propício para se trabalhar, na formação permanente, o desenvolvimento de estratégias de relacionamento interpessoal e de efetivação da comunicação terapêutica.

Os elementos da comunicação terapêutica promovem a criação de vínculo, e confiança entre o enfermeiro e o usuário, da mesma maneira que o acolhe. Neste sentido, percebe-se que o uso da empatia, respeito, escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões, são ferramentas para que contribuam na relação enfermeiro-paciente, de forma, que preconiza uma assistência que valorize o usuário como sujeito ativo e autônomo.

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.

Os resultados permitiram constatar que a comunicação terapêutica é uma habilidade essencial a ser desenvolvida pelo enfermeiro na Atenção Básica, a fim de possibilitar um cuidado consciente e transformador, que estreite o vínculo entre usuário e equipe.

REFERÊNCIAS

Referências

Amado JDN. Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários [dissertação]. Portugal: Universidade Católica Portuguesa; 2010.

Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006 p. 205-31

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007;(17)1:43-62.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes S (org). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: 2006.p.49-83.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. p.10.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2004.

Bordenave JED. O que é comunicação?. São Paulo: Brasiliense; 2004.

Danna MF, Matos MA. Ensinando observação: uma introdução. São Paulo: Edicon: 1982.

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

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

Doenges ME, Moorhouse MF. Diagnóstico e Intervenção em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Fagundes, AJFM. Descrição, definição e registro de comportamento. Edicon, São Paulo: 1981.

Fernandes MFP, Pereira RCB. Percepção do professor sobre o respeito. Nursing 2005; 87(8): 375-9

Fine M, Weis L, Wessem S, Wong L. Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In: Dezin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Flick U. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

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.

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Kron, T. Manual de enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

Lima AC; Morales DA; Zoboli ELCP; Sartório, NJ . Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. Cogitare Enferm. 2009;14:294-303.

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.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Rev Eletr Enferm. 2004; 6(2): 41-5.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2007; 61(3):312-8.

Sadala MLA, Stefanelli MC. Avaliação do ensino de relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1996; 4(n.espec):139-152.

São José dos Campos (cidade). [homepage na Internet]. São José dos Campos (SP); [s.n.; citado 2011 out. 20] Disponível em:<http://www.sjc.sp.gov.br>

Sgreccia E. Manual de Bioética: Fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1996.

Silva, MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Rev. Bioét. 2002; 10(2):73-88.

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

Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.

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;11(2):133-42.

Silva LT, Zoboli ELCP. Bioética e Atenção Básica: um estudo exploratório de problemas éticos no Programa Saúde da Família [projeto de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Silva LT, Zoboli ELCP. Problemas éticos na Atenção Primária: a visão de especialistas e profissionais. In: Anais de IV Encontro Luso-Brasileiro de Bioética; 2006; São Paulo [CD-ROM].

Silva LT, Zoboli ELCP. Problemas éticos na atenção primária: a visão de especialistas e profissionais. Rev. Brasileira de Bioética. 2007; 3: p. 27-39.

Silva LT. Construção e validação de um instrumento para avaliação de ocorrência de problemas éticos na atenção básica. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

Soares FAC. Influência da capacitação em bioética na percepção dos profissionais para os problemas éticos da atenção básica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Schimith MD, Lima MAD S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1487-94.

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

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.

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.

Travelbee, J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Colombia: Carvajal; 1979.

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

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. Rev. O Mundo da Saúde. 2009; 33(2): 195-204.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para Observação da Comunicação Interpessoal no Atendimento de Enfermagem

- 1.) Nome do profissional: _____
- 2.) Sexo: F () M () Idade: __ __ anos 3.) UBS: _____
- 4.) Tempo de implantação: _____ Região do Município: _____
- 5.) Tempo de formado: __ __ anos __ __ m Tempo de trabalho na UBS: __ __ anos __ __ m

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

[illegible]

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, Eliara Pilecco Machado, 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 “Humanização e Ética na Relação Clínica Enfermeiro-Usuário na Atenção Básica em São José dos Campos, SP”. O estudo tem como objetivo geral discutir a interface da comunicação com a humanização enquanto atitude ética, tendo como foco a relação clínica enfermeiro-usuário na Atenção Básica em São José dos Campos.

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 que possui problemas éticos pesquisados e identificados na Atenção Básica, 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 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, Eliara Pilecco Machado, 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 “Humanização e Ética na Relação Clínica Enfermeiro-Usuário na Atenção Básica em São José dos Campos, SP”. O estudo tem como objetivo geral discutir a interface da comunicação com a humanização enquanto atitude ética, tendo como foco a relação clínica enfermeiro-usuário na Atenção Básica em São José dos Campos.

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 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

Prefeitura Municipal de São José dos Campos
Secretaria Municipal de Saúde

Liberação do Trabalho

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza o Trabalho de Pesquisa: “Humanização e Ética na Relação Clínica Enfermeiro-Usuário na Atenção Básica em São José dos Campos”, cuja autora é: Eliara Pilecco Machado, para as UBS: UBS Altos da Ponte, UBS Altos de Santana, UBS Bonsucesso, UBS Bosque dos Eucaliptos, UBS Buquirinha, UBS Americano, UBS Campos São José, UBS Campo Alemães, UBS Centro 1, UBS Centro 2, UBS Colonial, UBS Chácaras Reunidas, UBS Dom Pedro, UBS Eugênio de Melo, UBS Interlagos, UBS Jardim das Indústrias, UBS Limoeiro, UBS Jardim da Granja, UBS Jussara, UBS Morumbi, UBS Nova Detroit, UBS Novo Horizonte, UBS Oriente, UBS Paraíso do Sol, UBS Parque Industrial, UBS Putim, UBS Santa Inês, UBS Santana, UBS São José 2, UBS Satélite, UBS São Judas Tadeu, UBS São Francisco Xavier, UBS Vila Nair, UBS Vila Tatetuba, UBS Telespark, UBS Vila Paiva, UBS Vila Tesouro, UBS União, UBS Vila Maria e UBS Vista Verde a partir de 20 de junho de 2011, de acordo com o parecer e normas da Secretaria Municipal de Saúde. (memorando 250/DTA/2011 em arquivo no DTA).

São José dos Campos, 20 de junho de 2011.

Lúcia Christina Andrade Gomes
Matr. 281785/11
Supervisora / DTA
Depto. de Políticas de Saúde

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Eu, Eliara Pilecco Machado, 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 “Humanização e Ética na Relação Clínica Enfermeiro-Usuário na Atenção Básica em São José dos Campos, SP”. O estudo tem como objetivo geral discutir a interface da comunicação com a humanização enquanto atitude ética, tendo como foco a relação clínica enfermeiro-usuário na Atenção Básica em São José dos Campos.

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 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: ____ / ____ / ____

ANEXOS

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 São José dos Campos, SP. 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				
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				

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
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. Énéas 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, 29 de abril de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Eliara Pilecco Machado

Ref.: Processo nº 1003/2011/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Humanização e ética na relação clínica enfermeiro usuário na Atenção Básica em São José dos Campos, SP”**, 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