

**LISIANE CASSOL RAGUZZONI DUTRA**

**O PROCESSO COMUNICACIONAL  
EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR:  
UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**PELOTAS  
NOVEMBRO, 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE Mestrado EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**Mestrado INTERINSTITUCIONAL – UFSC / UFPEL**

**O PROCESSO COMUNICACIONAL**  
**EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR:**  
**UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**LISIANE CASSOL RAGUZZONI DUTRA**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Universidade Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do título de Mestre em Assistência de  
Enfermagem**

**ORIENTADOR: DR. ARI NUNES ASSUNÇÃO**

**CO-ORIENTADORA: DRA. ELIANA MARILIA FARIA**

**PELOTAS**  
**NOVEMBRO, 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**


**O PROCESSO COMUNICACIONAL EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: UM  
OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**LISIANE CASSOL RAGUZZONI DUTRA**

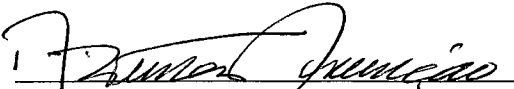
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para  
obtenção do título de

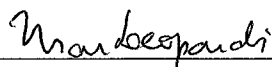
**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

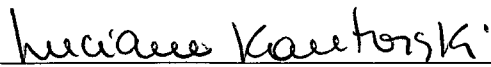
e aprovada em 07 de novembro de 2000, atendendo as Normas da Legislação vigente do Curso  
de Pós Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem  
da Universidade Federal de Santa Catarina.

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof Dr Ari Nunes Assunção  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciane Prado Kantorski  
Membro

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>.Valéria L. Lunardi  
Suplente

**Dedico este trabalho:**

***Aos trabalhadores da enfermagem que acreditam  
em uma prática transformadora,  
que consiga enxergar no usuário do  
Serviço de Saúde um ser humano  
com direitos, deveres e acima de tudo sentimentos.***

*“... na medida em que humanizamos a assistência tornamo-nos mais humanos;  
na medida em que nos conhecemos melhor somos mais livres para  
viver uma vida plena e favorecer este mesmo caminho para o outro;  
na medida em que houver congruência entre o modo do enfermeiro ser e encarar a vida  
e sua atitude profissional, provavelmente a assistência será mais humana;  
na medida em que o enfermeiro for capaz de colocar o paciente  
no centro de sua atenção profissional, seu desempenho será mais ético,  
mais maduro, mais seguro, mais flexível e mais criativo;  
na medida em que criamos um ambiente que favoreça a confiança, a liberdade e a  
transformação, nossas atitudes serão corretamente percebidas pelo paciente, reagindo de  
acordo com esta percepção;  
na medida em que aceitamos nossas limitações e reconhecemos nossas potencialidades  
estimulamos no paciente a expressão de seus mais verdadeiros sentimentos.  
A satisfação mútua será então a expressão da compreensão humana”.*

*(Antonia Regina Furegato)*

## AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta dissertação não poderia deixar de agradecer a colaboração, o apoio e o carinho de muitas pessoas que contribuíram para o desenvolvimento e a conclusão da mesma.

Aos meus pais, Valmo e Raquel, pela presença, pelo carinho, pelo modelo e estímulos constantes.

Ao Fabiano, o companheirismo, a estrutura, o amor, a compreensão, o respeito, a valorização pessoal e o entendimento da ausência.

À Luca, colega de todas as horas: viagens, estudos e madrugadas, responsável por inúmeras reflexões e sólidas transformações.

À Solange, pela acolhida na sua casa.

Ao Departamento de Enfermagem da UFPel, pela colaboração e interesse.

À Universidade Federal de Santa Catarina - PEN, por oferecer esta modalidade de curso expandido.

À Universidade da Região da Campanha, por possibilitar a oportunidade.

Ao meu orientador, Ari, pela paciência e interesse.

À Eliana, co-orientadora, pelo estímulo e contribuições.

À Luciane, Coordenadora Operacional do Curso, pela força e incentivo constantes.

À Regina, minha professora de graduação.

Aos sujeitos participantes da Prática Assistencial e da pesquisa, pela disponibilidade e colaboração.

Aos professores do curso, pelo crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido a partir da minha preocupação com as questões relacionadas ao processo comunicacional existente entre a equipe de Enfermagem e o usuário do Serviço de Saúde em nível hospitalar. Esta pesquisa foi desenvolvida em um hospital de médio porte no interior do Rio Grande do Sul, com 24 sujeitos trabalhadores de enfermagem, distribuídos nas unidades de internação obstétrica, clínica e tratamento intensivo. O caminho metodológico norteou-se pela abordagem qualitativa. Antecedendo à coleta de dados a etapa denominada "Prática Assistencial" (desenvolvida na unidade obstétrica do referido hospital) com base em um marco conceitual, onde a comunicação e relacionamento interpessoal corresponderam a base da assistência, baseado na Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee. Na pesquisa utilizou-se o referencial de Eliana Marília Faria onde, após ser realizado a observação não-participante e entrevista estruturada com os profissionais da enfermagem, procurou-se desvelar as questões referentes a comunicação Enfermagem/usuário do Serviço de Saúde no âmbito hospitalar. Observou-se que o estabelecimento do processo comunicacional encontra-se muito diferenciado nas três unidades. Os aspectos administrativos se mostraram influenciadores nas possibilidades de estabelecimento de um processo relacional/comunicacional adequado.



## ABSTRACT

This work was developed from my preoccupation with the related subjects to the existent communicational process between a Nursing staff and the usuary of the Health Service on a hospital level. This search was developed at a midium size hospital inland of Rio Grande do Sul State, with twenty-four workers of Nursing, distributed in obstetric internation units, clinic and intensive treatment. The methodologic way was guided by the qualitative approach. Anteceded the data collect the stage denominated "Assistential Pratics" (developped at the obstetric unit of the reported hospital) based on na appraisal mark where the communication and relationship interpersonnel suited to the base of attendance, based on Interpersonnel Relationship Theory of Joyce Travelbee. On the search was used the referencial of Eliana Marilia Faria, where after being realized the no partaker observation and structural interview with the nursin professionals, we tried to expose the subjects refering to Nursing communication/usuary of the Health Service at hospitalar ambit. We observed that the stablishment of communicational process is too much different in its three units. The administrative aspects displayed influencers in the possibilities of stablishment of na appropriate relational/communicational process.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE QUADROS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xiv
I. INTRODUÇÃO.....	01
II. CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA.....	06
III. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
IV. METODOLOGIA.....	28
V. RESULTADOS E ANÁLISE.....	33
TEMA 1 – FATORES QUE CONCORRERAM PARA O INGRESSO NA ENFERMAGEM.....	42
TEMA 2 – O QUE REPRESENTA O TRABALHO NA ENFERMAGEM.....	48
TEMA 3 – PROCESSO COMUNICACIONAL: VISÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO....	52
TEMA 4 – MANEIRA INDIVIDUAL DE SE COMUNICAR COM O USUÁRIO.....	55
TEMA 5 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA A COMUNICAÇÃO EFETIVA NO ATO TERAPÊUTICO.....	58
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	69

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 – Identificação dos sujeitos participantes da pesquisa. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>32</b>
<b>QUADRO 2 – Horário de trabalho da equipe de Enfermagem na instituição pesquisada. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>34</b>
<b>QUADRO 3 – Distribuição do total de instalações, leitos por instalação e total de leitos por instalação da Unidade Obstétrica ou Posto 2 pesquisada. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>34</b>
<b>QUADRO 4 – Distribuição do total de instalações, leitos por instalação e total de leitos por instalação da Unidade Clínica ou Posto 3, pesquisada. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>35</b>
<b>QUADRO 5 – Categoria profissional segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>36</b>
<b>QUADRO 6 – Distribuição por sexo, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>36</b>
<b>QUADRO 7 – Distribuição por idade, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>37</b>
<b>QUADRO 8 – Distribuição por tempo de trabalho na Enfermagem, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>37</b>
<b>QUADRO 9 – Distribuição por tempo de trabalho na Instituição, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>37</b>
<b>QUADRO 10 – Distribuição por grau de escolaridade, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>38</b>

<b>QUADRO 11 – O Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo-4), na Unidade Obstétrica.....</b>	<b>39</b>
<b>QUADRO 12 – O Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo-4), na Unidade Clínica.....</b>	<b>40</b>
<b>QUADRO 13 – O Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo-4), na Unidade Tratamento Intensivo.....</b>	<b>41</b>
<b>QUADRO 14 – O Processo comunicacional estabelecido pelas enfermeiras e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo-4).....</b>	<b>41</b>
<b>QUADRO 15 – Tema 1: Fatores que concorreram para o ingresso na Enfermagem, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>42</b>
<b>QUADRO 16 – Tema 2: O que representa o trabalho na Enfermagem, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>48</b>
<b>QUADRO 17 - Tema 3: Entendimento sobre comunicação com o usuário, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>52</b>
<b>QUADRO 18 - Tema 4: Maneira individual de se comunicar com o usuário, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>55</b>
<b>QUADRO 19 - Tema 5: Importância atribuída a comunicação efetiva no ato terapêutico, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.....</b>	<b>58</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>DIAGRAMA 1 - Elementos Constitutivos do Processo Comunicacional.....</b>	<b>23</b>
---	-----------

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1 – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA PROCEDER A COLETA DOS DADOS....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 2 – CONVITE FORMAL PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO 3 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 4 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 5 – ENTREVISTA.....</b>	<b>77</b>

## I. INTRODUÇÃO

Nesta dissertação, procurei desenvolver uma pesquisa que, além de fornecer dados para que eu pudesse construir o texto final, propiciasse respostas para as minhas inquietações.

Ao longo de minha trajetória profissional como enfermeira, tanto em nível hospitalar quanto em nível de saúde pública e nas atividades de docência, deparei-me várias vezes com situações acerca das questões relacionadas à comunicação na área da saúde, pois sempre foram muito visíveis as assimetrias existentes.

A preocupação com os aspectos comunicacionais que transitam no cotidiano do trabalho da Enfermagem não é fato recente. No intuito de situar o leitor no que estou falando, passo a discorrer sobre alguns aspectos dos meus antecedentes profissionais.

Concluí a graduação em Enfermagem em dezembro de 1996 e, desde então, exerço a profissão. Inicialmente, atuei como coordenadora e docente em várias disciplinas do Curso Supletivo de Qualificação Profissional Auxiliar de Enfermagem, da URCAMP (Universidade da Região da Campanha), no Campus de Dom Pedrito – Rio Grande do Sul (RS). Como primeira experiência, cresci profissionalmente diante das atividades docentes. Muito embora considere este evento um tanto prematuro na minha carreira é diante dos desafios que ocorreram as superações.

Esta experiência veio ao encontro das minhas expectativas desde o período de estudante, pois sempre me senti atraída pela atividade docente, isto porque acredito nas possibilidades de crescimento que decorrem desta prática.

Tendo encerrado o programa destinado a formação de Auxiliares de Enfermagem na cidade de Dom Pedrito, ocorreu também o término do meu contrato com a URCAMP. Na seqüência dos fatos, aceitei o convite para trabalhar numa instituição hospitalar e na Secretaria Municipal da Saúde e do Meio Ambiente deste município, onde continuo vinculada até o presente momento.

Desde o período de graduação, tive a oportunidade de conhecer os mais diversos profissionais na área da saúde. Com a observação de diferentes posturas e condutas profissionais utilizadas, pude constatar que a importância dada à comunicação efetiva e ao relacionamento profissional/cliente apresentava-se muito diversificada. Desde então, as dicotomias existentes no processo comunicacional de “cuidar”, tanto no que diz respeito ao tratamento da doença (assistência curativa), como o cuidar da saúde (assistência preventiva), foram visíveis na observação das práticas dos profissionais da área da saúde.

Algumas coisas me incomodavam na prática diária, mas o que, no momento, mais aparece em minhas inquietações é a qualidade da comunicação que permeia a relação, no trabalho, da enfermagem com os sujeitos hospitalizados na instituição hospitalar onde exerço uma das atividades profissionais.

Observando o dia-a-dia desses profissionais, que desenvolvem atividades junto às pessoas internadas, percebo que a assistência da enfermagem fica comprometida, devido aos ruídos existentes na forma como os profissionais se comunicam com colegas de trabalho, chefia, com os sujeitos hospitalizados e seus familiares, acompanhantes, enfim usuários do sistema de saúde.

Na área da saúde, é fundamental saber lidar com os sujeitos usuários, objetos da prática assistencial. A todo momento, nas instituições hospitalares, nos ambulatórios, salas de emergência e na beira dos leitos dos sujeitos hospitalizados, surgem conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada.

Ao mesmo tempo em que constato que as formas de comunicação são instrumentos da Enfermagem, também sinto que, além do profissional comunicar-se inadequadamente, este não interage com os sujeitos usuários dos Serviços de Saúde. Evidencia-se aí, então, sob o meu ponto de vista, uma grande lacuna na assistência.



Por ocasião do meu ingresso no mestrado, percebi através de leituras mais intensas sobre o ser humano, a importância desta temática que ora me proponho a aprofundar. Além da descoberta de um novo paradigma que se contrapunha ao já existente, um modelo cuja relação é monológica, prevalecendo a questão da tarefa. Isso proporcionou-me rever minha atuação na área.

Em uma das disciplinas do Mestrado<sup>1</sup> foi desenvolvida uma atividade prática em que se aplicava um referencial teórico, na perspectiva de verificar a sua aplicabilidade. Nesta experiência, desenvolvi um projeto, tendo por objeto central a comunicação e as questões referentes ao relacionamento interpessoal. A partir dos conhecimentos adquiridos nesta Prática Assistencial, foi possível unir duas questões, as quais considero fundamentais para o trabalho da enfermagem: a comunicação e a relação interpessoal.

A opção por esta temática tem origem no meu caminhar profissional conforme já relatado anteriormente. Adotei, nesta Prática Assistencial, a Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee, por identificar-me com as suas concepções acerca da comunicação e relação interpessoal.

Como proposta metodológica, este trabalho foi desenvolvido com uma equipe de enfermagem de uma unidade obstétrica em um hospital do interior do Rio Grande do Sul.

Esta experiência proporcionou-me perceber as mudanças ocorridas na assistência prestada por estes profissionais, ou seja, a formação de um grupo de trabalho mais coerente, unido; mais consciente do papel do profissional, da importância do estabelecimento de interações/relações adequadas com os sujeitos usuários dos Serviços de Saúde e com a própria equipe.

O desenvolvimento desse trabalho proporcionou a este grupo de profissionais de enfermagem um despertar para esta problemática, o que confirmou o meu entendimento, pois existia uma lacuna no fazer da enfermagem com relação a estas questões.

Com o intuito de intervir nesta realidade, a dissertação que ora apresento teve como propósito, além de cumprir uma atividade acadêmica, constituir-se também num instrumento real de ação da enfermagem.

Diante disso, optei por trabalhar com as questões de comunicação, pois entendo que é pela e através da comunicação estabelecida com o usuário do Serviço de Saúde, que se pode compreendê-lo em seu todo, em sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir, enfim, conhecê-lo e cuidá-lo.

Assim, poderemos identificar os problemas por ele sentidos com base no significado atribuído aos fatos que lhe ocorrem, e tentar ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde. E, ainda, ajudá-lo a sair da situação de doença/sufrimento mais amadurecido e fortalecido pela experiência vivida, porque cada experiência de vida constitui uma aprendizagem, podendo implicar em mudança comportamental.

Penso que, pela comunicação efetiva, é que o profissional poderá ajudar o sujeito hospitalizado a identificar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência de uma internação hospitalar e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.

Encontramo-nos num processo tão acelerado de desenvolvimento técnico-científico, a chamada era da comunicação, que o ser humano já não consegue acompanhá-lo, mesmo com todo aparato eletrônico de comunicação e informação existente.

Apesar da comunicação ser reconhecida, preconizada e, às vezes, utilizada como instrumento básico da Enfermagem, o seu estudo ainda está para ser aprofundado, de modo a ser melhor conhecido e utilizado pela equipe de enfermagem em sua prática diária, na comunicação com seus pares, com os membros da equipe de saúde, supervisores, usuários dos Serviços de Saúde, família, comunidade, entre outros. O profissional de Enfermagem deve ser um educador por excelência e a educação é, principalmente, comunicação.

Estudos realizados por Stefanelli (1993) dizem que a capacidade no cuidado interpessoal do enfermeiro é um fator significativo para o bem estar do paciente e que essa pode ser adquirida por meio do uso de estratégias (técnicas) de comunicação terapêutica.

---

<sup>1</sup> Mestrado em Enfermagem. Área de Concentração: Assistência de Enfermagem – PEN / UFSC / UFPel

A Enfermagem deve desenvolver sua “competência interpessoal” e, para tanto, é conveniente que adquira base teórica sobre comunicação geral e comunicação interpessoal, para que se possa implementar aspectos teóricos na concepção da prática, visando uma comunicação efetiva para pessoas que participam do processo, na condição de cuidadores ou receptores destes cuidados.

Stefanelli (1993, p. 30) refere-se aos aspectos da comunicação e pontua que:

**“a comunicação é entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, a curto, médio ou longo prazo; esta mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram isoladas, distantes umas das outras ou do contexto”.**

Tenho observado que a forma e o atendimento ao ser humano denota, muitas vezes, a despreocupação dos profissionais com as reais necessidades dos sujeitos usuários dos Serviços de Saúde. As desarticulações visualizadas entre a importância que é dada às relações interpessoais e a comunicação efetiva e adequada comprometem o atendimento ao cidadão.

No entendimento de Silva (1996, p. 9):

**“a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada. Temos de aprender a ser artistas, no sentido de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente”.**

Assim, este estudo tem a intenção de aprofundar algumas questões que, acredito, sejam ainda necessárias, como conhecer as características do processo comunicacional e a importância que se dá à comunicação no ambiente hospitalar.

Focando estes dois aspectos, provavelmente, esteja caminhando na direção certa, isto é, preparando instrumentos e achando formas de comunicação que sejam utilizadas pelas pessoas que prestam cuidados a outras pessoas.

## II. CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

Para situar o leitor na visão que procuro dar a esse trabalho, parece-me necessário expressar os motivos que determinaram a escolha do tema.

Durante a minha trajetória como Enfermeira assistencial e a breve experiência como docente e, se quisermos ser mais precisos, como acadêmica de Enfermagem, a comunicação com o usuário do Serviço de Saúde, visando um processo terapêutico que desse conta de outros aspectos além dos biológicos, foi uma das principais preocupações que permearam a minha caminhada profissional. Diante dessas questões, na Prática Assistencial, procurei desenvolver atividades junto ao pessoal que trabalhava na Unidade Obstétrica de um hospital do interior do Rio Grande do Sul, o mesmo em que exerço as minhas atividades profissionais.

Procurando esclarecer a dinâmica deste trabalho, passo a descrever como ocorreram as minhas atividades nesta disciplina.

Para contextualizar o problema, optei, inicialmente, por relatar a minha Prática Assistencial, pois assim posso mostrar, em parte, a realidade deste hospital.

O desenvolvimento de uma proposta de Prática Assistencial baseada na Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee surgiu a partir de muitas inquietações vivenciadas na prática cotidiana enquanto enfermeira assistencial, como já referido.

A opção por Travelbee, como já foi dito anteriormente, para guiar essa trajetória, deveu-se ao fato de que a mesma possui uma Teoria que propõe relação pessoa-pessoa, o que proporcionou entendimento adequado ao relacionar com o processo comunicacional, o que ora se apresenta como minha maior inquietação.

Para operacionalizar a proposta, esta foi dividida em quatro momentos que estarão descritos ao longo do texto, os quais foram denominadas: Primeiro Momento, Segundo Momento, Terceiro Momento e Quarto Momento, respectivamente. A seguir, apresento como foram realizados os momentos de observação.

A prática assistencial foi desenvolvida com a equipe de Enfermagem da Unidade Obstétrica, foram oito Auxiliares de Enfermagem e uma Enfermeira de um Hospital de 165 leitos, localizado no interior do Rio Grande do Sul. O grupo, na sua totalidade, era do sexo feminino, com idade entre 27 e 45 anos. Foram identificadas como participante 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ( P1, P2, P3,... e assim sucessivamente).

A opção por trabalhar com os profissionais da Enfermagem da Unidade Obstétrica justificou-se por acreditar na importância desta unidade no âmbito hospitalar, pelo motivo de ocorrer ali uma mistura de momentos ímpares e muito peculiares na vida das pessoas, tais como, os nascimentos, que são cercados de muitas expectativas; as possíveis gestações interrompidas e os sentimentos decorrentes; enfim, uma dualidade que requer muita sensibilidade por parte das pessoas que ali prestam assistência.

O primeiro momento da Prática Assistencial foi realizar a observação sistematizada com diário de campo. Realizei as observações da equipe de enfermagem por duas semanas, em média duas horas em cada turno de trabalho, totalizando 84 horas.

Para Trentini (1999, p. 91):

**“o diário é forma antiga de registro, utilizada por psicólogos nos anos 20 e 30, e tem duas distintas finalidades. Os diários destinados a registrar as observações e percepções de si mesmo, ou seja, de auto-observação, e os diários para registrar observações referentes a outras pessoas ou a contextos sociais, ou seja, destinados à alter-observação”.**

Optei por realizar uma observação passiva, pois, naqueles momentos, o meu interesse era apenas perceber como se dava a comunicação e os relacionamentos no dia-a-dia do trabalho daquela equipe de Enfermagem.

Trentini (1999, p. 91) afirma que, na:

**“observação passiva, o pesquisador está presente na situação, mas não participa em nenhuma atividade e também não interage com as pessoas observadas; tudo o que o pesquisador necessita fazer é encontrar um posto de observação”.**

Durante este período de observação, ao mesmo tempo que observava, colocava-me no lugar, ora do profissional de Enfermagem, ora do sujeito hospitalizado, nunca esquecendo que, tanto para um quanto para o outro, esta situação poderia em alguns momentos causar desconforto. Mas, ao longo deste processo, procurei agir discretamente, para não provocar estes sentimentos. Estava sempre presente, buscando que o ambiente permanecesse como o ambiente normal de trabalho.

É provável que a minha presença, investida de dupla mensagem, ora como membro da equipe, ora como pesquisadora, tenha determinado algumas dificuldades, modificado atitudes e, até mesmo, impedido a espontaneidade das pessoas observadas.

Observei todas as possíveis situações de atendimento em uma unidade obstétrica, tais como: verificação dos sinais vitais, ausculta de batimentos cardio-fetais, partos, cesarianas, orientações de pré-operatório, orientações à puérpera, informações aos pais do estado geral de prematuros.

Em geral, percebi uma certa impessoalidade na maneira de transmitir as informações; o paciente sempre queria saber mais, e a Enfermagem se limitava a orientações para a realização dos diversos procedimentos.

Individualmente, as profissionais tinham peculiaridades no trato dos sujeitos hospitalizados. Enquanto algumas sequer davam bom dia, ou boa tarde, outras dedicavam até mais tempo a certos pacientes, dando orientações, escutando, de uma certa maneira, tentando estabelecer um vínculo.

As pacientes de parto normal, por permanecerem pouco tempo no hospital, em média vinte e quatro horas, recebiam as orientações em menor tempo, eram pouco assistidas, recebiam cuidado no momento do parto, quando este não tinha intercorrências. Senti que a puérpera parecia esquecida pela equipe.

Já as puérperas de cesariana, em geral, recebiam mais atenção. Nestas, era notável a importância das orientações pré-operatórias. Aquelas que realizavam cesarianas de urgência, sem orientações sobre anestesia, cuidados, e outros, e eram as que mais solicitavam a Enfermagem para questionamentos e conversas. Notei que o estabelecimento de vínculos com as pacientes existia nos mais diversos momentos da internação. Considero que o importante é que existia vínculo, o que vejo como um aspecto positivo da equipe.

Observei que nos momentos de parto normal era quando a equipe se mostrava mais mal preparada. Pouco conversavam ou orientavam a paciente, principalmente as primigestas que estavam passando por aquele momento, às vezes, tão difícil. Quando o parto era rápido e sem intercorrências, até me sentia aliviada junto com a paciente, mas, inúmeras vezes, os partos eram demorados, a paciente ficava muito nervosa, não sabia como proceder, situações que poderiam muito bem ser evitadas, com uma simples conversa com o profissional, antes deste momento.

Estas situações mais graves foram levantadas por mim nos momentos dos encontros com a equipe, e procurei propor momentos de simulação de atendimento, justamente daquelas situações que necessitavam mais urgentemente serem revistas.

O primeiro momento, foi precedido de uma conversa informal e individual com cada uma das pessoas que trabalhavam naquela unidade. Coloquei brevemente como seria desenvolvido o trabalho e fiz o convite para participar do primeiro encontro.

No primeiro momento compareceram todas as pessoas convidadas. Acredito que a aceitação foi total por eu já estar em contato com todas as colegas, de todos os turnos, já que vinha fazendo a observação sistematizada por duas semanas, independente do meu horário de trabalho neste hospital, que é noturno.

O momento iniciou com a apresentação individual de cada membro do grupo, o que, conforme Antunes (1987, p. 80):

**“é uma técnica para o aprofundamento do conhecimento interpessoal. Na verdade, constitui um convite para que se interiorize o outro, descobrindo-o através de características nem sempre perceptíveis quando da simples vivência social”.**

Utilizei um fundo musical para cada apresentação individual. Como o grupo estava um pouco disperso, comecei por me apresentar, respondendo à pergunta: quem sou eu? Após a minha apresentação, espontaneamente, cada uma foi fazendo o mesmo. Interessante que, com o término de cada fala, foi revelado um lado escondido de cada uma, apesar de todas nós já nos “conhecermos”, ou trabalharmos juntas há algum tempo, pois, às vezes, o local de trabalho não desvela a pessoa, e sim, apenas, o profissional.

Após, realizei a apresentação detalhada da minha proposta de trabalho. Utilizei o retroprojetor para elucidar melhor, o que, até então, tinha apresentado apenas por uma conversa individual.

Com o término da apresentação, vieram os questionamentos, principalmente no que se refere à ética, principalmente quanto ao possível reconhecimento das identidades, se os seus nomes iriam aparecer. Aí, então, forneci a cada componente o convite formal para participação do trabalho e o consentimento livre e esclarecido do participante. Após um tempo para a leitura do documento, todas assinaram o mesmo.

Depois, procedi a apresentação da Teoria de Joyce Travelbee, pois esta era a maior “curiosidade” do grupo, até o momento. Tinha pensado em apresentá-la no segundo momento, porém, como foi apelo geral e estava com o material, este foi o próximo passo.

Feitos os esclarecimentos, algumas pessoas fizeram questionamentos, e disseram o que pensavam sobre o trabalho.

Ficou evidente a satisfação no rosto de cada uma, pois a chefia de Enfermagem da instituição oferece poucos momentos para reunião, encontro, treinamento, e este momento pareceu-me como uma maneira de valorização do profissional, enquanto pessoa, ser humano que cuida de outro ser humano, cheio de expectativas e angústias que, na maioria das vezes, não são verbalizadas, sequer divididas.



Foi um momento muito especial; embora já conhecesse todas as pessoas anteriormente, nosso encontro atual teve uma conotação diferente, ou seja, a de abrir espaço para o grupo poder agir, ter poder de intervenção a partir de suas próprias idéias.

No segundo momento, sugeri que cada colega colocasse a respeito de como a comunicação ocorria no seu local de trabalho. Observe as falas:

*“Em primeiro lugar devemos ser atenciosos com os pacientes, ter calma de ouvir suas queixas, ajudá-los sempre que for solicitado a nossa presença”. (P 1)*

*“A comunicação é muito importante em qualquer situação ou, quero dizer, principalmente na área da saúde. Devemos ser sempre comunicativos, para um melhor relacionamento”. (P 2)*

Nestas colocações pode-se denotar o descolamento que se faz da comunicação, como se ela fosse uma coisa, que faz parte do ser humano, que lhe possibilita ser e viver melhor; é como se a comunicação pudesse existir somente às vezes.

*“Comunicação na enfermagem para mim, é muito importante, pois o paciente se sente mais seguro com uma equipe de enfermagem que dê atenção, que respondam as suas perguntas. Os pacientes gostam muito de conversar com a enfermagem, e através dessa conversa paciente e enfermagem, o paciente consegue ficar mais tranqüilo, muitas vezes mais feliz. A enfermagem tem que se sentir segura nessa conversa, nessa comunicação com o paciente. Dentro da área da enfermagem existem muitos profissionais que não se comunicam com os pacientes, como deveriam. O diálogo entre enfermagem e paciente deveria ser sempre franco, aberto e amigo”. (P 3)*

Este depoimento demonstra que ao mesmo tempo que tem clareza da importância da comunicação, vê que esta poderia ser melhor, e coloca-se em uma posição de facilitadora da vida do paciente hospitalizado, conseguindo percebê-lo acima de tudo como um ser humano.

*“A comunicação é a base para o bom funcionamento do trabalho da enfermagem. Deve ser clara, precisa, sem entre linhas, de fácil assimilação ao paciente”. (P 4)*

*“Comunicação é fundamental para a realização da enfermagem pois trabalhamos diretamente com vidas, seres humanos”. (P 5)*

*“A comunicação é o diálogo que o profissional de enfermagem mantém com o paciente que interna no hospital”. (P 6)*

Nestas falas, transparece, de certa maneira, a pouca importância que o profissional dá a estas questões, separa a sua vida cotidiana do trabalho, como se somente se comunicasse no local de trabalho.

*“A comunicação é uma expressão entre o paciente e o funcionário desde que seja bem clara e utilizado o diálogo funcionário de enfermagem com o paciente”. (P 7)*

*“A comunicação deverá ser feita após apresentar-se ao paciente, mostrar o leito, explicar os procedimentos que serão tomados em relação ao seu caso. Depois manter um diálogo direto, simples, aberto, para que o paciente possa sentir-se mais tranquilo, confiante, sem medo. Só assim o paciente terá liberdade de expressão e confiará na enfermagem”. (P 8)*

A apresentação ao paciente acontece sem comunicação, a visão da colega separa a comunicação da prática diária de Enfermagem.

*“todas as ordens, informações, mudanças de procedimentos, de rotinas devem ser dadas em primeira instância verbalmente, aos funcionários. Orientações e comunicações aos pacientes deve ser um diálogo franco e alegre, inspirando confiança e bem estar ao paciente. Procedimentos e ordens mais complexas devem ser enviadas aos setores, por escrito, quando abrangem todos os funcionários. Sempre é melhor conversar com as pessoas para deixá-las informadas. Comunicação, em enfermagem, é o meio mais importante, para que o serviço tenha resultado eficiente. Pessoa informada, trabalho realizado com eficiência, é dialogando que se obtém a melhoria dos serviços”. (P 9)*

Esta fala relaciona-se a comunicações de serviço; mesmo com o entendimento do questionamento principal, a colega deixou claro que dá mais importância às ordens de serviço, na Enfermagem.

No início deste encontro, fui mais ouvinte do que falante; observei como as colegas iam se colocando; a diferença do posicionamento frente ao grupo e do posicionamento observado por mim na prática de trabalho; não descolado, mas com uma postura de insegurança, medo de colocar-se frente ao colega.

Relatei várias situações vivenciadas e percebidas por mim, enquanto observadora. Ressaltei a importância da empatia, do olhar, dos gestos, do tom de voz, da maneira de conversar/orientar, enfim, do modo como se dava o cuidado as pacientes.

No final do encontro, propus que o próximo fosse realizado na Unidade Obstétrica, para realizarmos simulações de situações de atendimento, visando desenvolver a empatia no grupo.

Como diz Stefanelli (1993, p. 58):

**“esta comunicação empática é vital para o desenvolvimento do processo de comunicação quando se tem o objetivo de ajudar alguém. Há a necessidade da enfermeira possuir um nível de maturidade que lhe permita experimentar a empatia sem se deixar levar por um envolvimento emocional prejudicial aos objetivos, portanto, não terapêutico”.**

A capacidade de empatia está intimamente relacionada ao envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal.

Conforme o combinado, este momento seria realizado com simulações de atendimento. Foi um momento ímpar. Simularam-se vários tipos de situação, como: orientações de pré-operatório de cesariana, verificações de sinais vitais, ausculta de batimentos cardíaco-fetais, orientações à puérpera, orientações no momento do parto, informações aos pais do estado geral grave de prematuros e preparo da paciente para cesariana.

No início, observou-se que muitas se sentiam intimidadas, mas, no decorrer do trabalho, realizaram-se simulações bem próximas à realidade.

Nos momentos de simulação de parto constatava-se períodos de um profundo silêncio, e ao mesmo tempo um grande ruído na comunicação, a equipe parecia não saber o que orientar, o que também ocorreu nas observações feitas por mim. Então eu começava a fazer uma recapitulação dos momentos do parto, o que acontecia em cada momento, o que e como poderia ser orientado.

Para minha surpresa, pareciam novidades, coisas que, sequer elas sabiam que deveriam ser feitas. Os erros de comunicação, muitas vezes, podem ocorrer devido à falta de conhecimento e, na grande maioria das vezes, de empatia mesmo. Se a equipe sabe a seqüência lógica dos momentos de um parto, deveria ter a sensibilidade de pensar que a paciente, como ser humano que é, também gostaria de saber e que estas informações são imprescindíveis para o bom desencadeamento da assistência de Enfermagem.

Ficou combinado que, no próximo e último encontro, cada uma teria a tarefa de relatar como foi estar na posição de paciente, de profissional de Enfermagem, de familiar. Até este dia, deveriam refletir sobre essas ações, incluindo sua prática diária na Unidade Obstétrica.

Conforme Stefanelli (1993, p. 58):

**“para que a interação com o paciente se torne terapêutica a enfermeira tem de tentar ou se esforçar para perceber a experiência do outro, como ele a vivencia, estando sempre atenta para não perder seu papel de profissional ou mesmo sua identidade”.**

Quando esta percepção sobre o mundo do outro ocorre, pode-se dizer que está ocorrendo a empatia, que pode ser transmitida ao paciente de modo verbal ou não verbal, sendo chamada comunicação empática. Esta só ocorre quando conseguimos transmitir ao outro que compreendemos como ele vivencia seu mundo.

No último encontro, iniciei falando da empatia, localizando momentos práticos realizados anteriormente. Finalizei a minha fala, dizendo que estar envolvido, experimentar a empatia e manter o respeito mútuo, numa interação, significa muito para a prática da Enfermagem e que temos de centrar nossa atenção no cliente e no ambiente, para ouvir reflexivamente as mensagens emitidas verbalmente e “ouvir o silêncio” do paciente, compreender o que ele expressa de modo não-verbal, para compreendê-lo em todas as suas dimensões de ser humano e respeitá-lo como tal.

Parecia que as minhas colocações haviam provocado tão fortemente o grupo, que todas as funcionárias que integram a equipe de estudo, espontaneamente verbalizaram seus sentimentos.

*“Quando estavam me orientando para a amamentação me senti um objeto sem sentimentos, como se já tivesse experiência naquilo, mesmo já sendo mãe de 3 filhos, estava tentando imaginar como uma primigesta se sentiria ao receber as informações puras, sem demonstração, sem um toque, foi um momento puramente racional, sem emoção”. (P 1)*

*“Ao me posicionarem na mesa de parto, queria sair dali, começar tudo de novo, acho que cinco minutos de conversa prévia no quarto me salvariam da angústia que senti naquele momento, faz força aqui, respira, não grita, tudo sem nenhum porque, fora a exposição do corpo que não encenamos, mas que posso imaginar o quanto deve ser horrível. Eu que não tenho filhos, posso imaginar o quanto deve ser horrível”. (P 2)*

*“Eu fui a mãe daquele prematuro que não pode ir para o quarto e ficou no berçário, o vazio era imenso, pensei como estava sendo cuidado, só me diziam que estava bem, que permanecia com o soro e na fototerapia, o que é isso? Porque? Me senti sozinha, ninguém da enfermagem tinha tempo de me ouvir”.(P 3)*

As outras quatro colegas pouco se expressaram sobre sua vivência. Mesmo assim, percebemos a existência de um sentimento de alguma coisa inacabada, quase pronta, um vazio. Considerei o terceiro encontro o mais instigante, pois foi a encenação da prática diária, uma parada para rever atitudes, ações. Claro que tal dinâmica deu-se com o outro colega, não com as pacientes, mas foi um ótimo exercício de reflexão individual. O que estou fazendo? Como estou fazendo? Para quem estou fazendo? E com que objetivo?

Algumas falas apresentaram-se incompletas, pois foi o reconhecimento das próprias fraquezas, dificuldades. É difícil reconhecer que se deve mudar, que deve haver esforços para oferecer melhores cuidados, melhor assistência.

Toda a parada, reflexão, traz conflitos pessoais, que devem ser respeitados, pois nem todas as pessoas conseguem ou querem exteriorizar estes sentimentos. Respeitou-se o momento de cada uma, tanto nas suas falas, como nos seus silêncios.

Finalizando este encontro e, assim, a Prática Assistencial, sugeri que cada uma se abraçasse. Foi um momento de crescimento e ficou uma certeza: que somos um grupo com fraquezas, mas, também, com potencialidades, e que não acabou naquele momento, mas que ali tinha se formado.

Fortalecendo a idéia de que necessitamos de um canal comunicacional efetivo, diz Faria (1996, p. 83):

**“o processo comunicacional tem tido características de mero repasse monológico de informações normalizadoras tais como: “isso pode”, “aquilo não pode”, “realize tantos procedimentos”, e outros semelhantes. O processo comunicacional deve rumar numa outra direção, antes de tudo na perspectiva do próprio trabalhador ser sujeito”.**

A comunicação eficiente pode ser vista como um recurso terapêutico no cuidado de Enfermagem. Esta relação assimétrica pode e deve mudar, para que o trabalhador ofereça uma assistência eficaz e o usuário receba um cuidado que promova a sua saúde e o valorize enquanto ser humano.

Tentando avançar na temática “comunicação” e buscando subsidiar ainda mais a prática social da Enfermagem, com ética e com qualidade é que me proponho, neste sentido, responder as seguintes questões:

- a) Que importância o profissional de Enfermagem (todos os níveis de formação) dá ao processo comunicacional no ato terapêutico, no cenário hospitalar ?
- b) Quais as características deste processo ?

Para melhor responder a essas questões apresento, a seguir, os objetivos desta pesquisa:

- 1 – Identificar as características do Processo Comunicacional estabelecido entre a Enfermagem e os sujeitos hospitalizados;
- 2 – Conhecer a importância que a Enfermagem dá ao Processo Comunicacional estabelecido com os sujeitos usuários do Serviço de Saúde a nível hospitalar.

### III. REFERENCIAL TEÓRICO

O marco conceitual, que ora apresento, foi elaborado a partir das minhas vivências e leituras sobre a temática da comunicação e relacionamento interpessoal, e tem como base alguns conceitos do referencial teórico de Joyce Travelbee<sup>1</sup> e de Eliana Marília Faria<sup>2</sup>.

Para Neves e Gonçalves (1984, p. 213), *“marco conceitual é a estrutura mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação”*. O marco conceitual significa o inter-relacionamento de conceitos elaborados a partir de vivências pessoais e da análise de pesquisas anteriores.

Esses conceitos estão alicerçados em concepções, valores, crenças e princípios que eu acredito, primeiro como pessoa, segundo pela prática profissional desenvolvida até aqui.

Os conceitos destacados neste marco conceitual são: Enfermagem, Ser Humano, Saúde/Doença, Ambiente/Sociedade, Educação, Comunicação, Cidadania e Relacionamento Interpessoal.

De acordo com Fernandes (1998, p. 22):

**“pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros, são idéias que antecedem a formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor”.**

---

<sup>1</sup> Joyce Travelbee: Intervencion en Enfermeria Psiquiatrica

<sup>2</sup> Comunicação na Saúde Fim da Assimetria...?

Em relação à questão do relacionamento interpessoal utilizo os pressupostos de Travelbee, quais sejam:

- “- A relação enfermeiro/paciente é a essência do propósito da enfermagem;**
- Seres humanos são irrepetíveis e únicos. Os seres humanos são seres racionais, sociais e únicos e são mais diferentes que semelhantes;**
- Seres humanos são organismos biológicos e podem ser afetados por hereditariedade, meio ambiente, cultura e experiências de vida;**
- Pessoas experenciam conflitos e fazem escolhas;**
- Seres humanos são capazes de pensamento racional e lógico e amadurecem;**
- As pessoas possuem um sentido de intimidade, porém são capazes de se fazerem entender;**
- Como seres sociais, podem conhecer, amar e responder aos outros compreendendo sua unicidade;**
- Seres humanos têm capacidade de evoluir e mudar todo o tempo”**  
(Travelbee, apud Leopardi, 1998, p. 96)

O homem é um ser social, viver em grupo é uma tendência natural, desde os tempos mais antigos, o homem sentiu a necessidade de expressar sentimentos, emoções e transmitir suas idéias.

Para Silva (1996, p. 22),

**“a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido”.**

A comunicação é a troca de mensagens. Para haver comunicação é necessário alguém que produza informação e alguém que a receba, interprete e a devolva a quem produziu, sinal de que compreendeu a mensagem.

Recebemos e transmitimos mensagens o tempo todo em nosso dia-a-dia. A comunicação é uma necessidade básica do ser humano. Todos os nossos sentidos são fontes de comunicação, sem ela cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. É através da comunicação que compartilhamos experiências, idéias, sentimentos e emoções.

A respeito disso, Stefanelli (1993, p. 32) conceitua os elementos do processo de comunicação como tendo um emissor ou remetente que:



**“é a fonte da emissão da mensagem, é quem a codifica, a produz e a emite para o outro. Receptor ou destinatário é aquele que recebe a mensagem; é para quem a mensagem é enviada e este deve emitir uma resposta para que se considere que o processo de comunicação realmente ocorreu. Mensagem é aquilo que é transmitido, consiste em estímulo físico, verbal ou não verbal, produzido pelo remetente e deve ter um significado comum para ele e para o destinatário”.**

A comunicação não se dá no vazio, mas dentro de um ambiente, ela faz parte de uma situação, é um dos momentos da história.

Silva (1996, p. 23) observa que:

**“as finalidades da comunicação são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade. A comunicação é, antes de mais nada, um ato criativo. Não existe apenas um agente emissor e um receptor, mas uma troca entre as pessoas, formando um sistema de interação e reação, ou seja, um processo recíproco, que provoca, a curto ou longo prazo, mudanças na forma de sentir, pensar e atuar dos envolvidos”.**

Pai e filho, por exemplo, são interlocutores, conversando em uma comunidade que tem suas tradições, história, cultura. Passado, presente e futuro estão lá no mais simples ato de comunicação. São ainda interlocutores que trocam conhecimentos, informações, emoções. O comunicador transmite, mas também recebe e interpreta e o destinatário interpreta e também comunica.

Um músico, por exemplo, comunica-se com o público, tocando ou cantando, o público mantém o fluxo da comunicação pela atenção e palmas com que se manifesta.

Tanto pai e filho, quanto o músico têm a intenção de compartilhar mensagens. Inicialmente, esta intenção está na mente dos interlocutores e, durante a comunicação, as mensagens são externadas, podendo, então, ser ouvidas, vistas ou sentidas pelas pessoas a quem se destinam.

Palavras, gestos, olhares e movimentos do corpo são formas repletas de significação e traduzem os nossos pensamentos e sentimentos para outras pessoas. São signos da comunicação. E formam toda e qualquer mensagem da comunicação.

Quem dirige um automóvel e encontra uma placa de “proibido estacionar” deve saber que não pode estacionar ali. A placa é uma combinação de signos com uma intenção comunicativa. Sem significação não há comunicação. A função dos signos é exatamente dar significado a comunicação.

As palavras, sons, gestos, os desenhos são exemplos de signos. Signo é o que nos leva a pensar em algum objeto, ou provoca em nós alguma reação. Signo é tudo aquilo que nos fornece significação. O símbolo é um tipo especial de signo. As bandeiras são símbolos, cada país tem uma bandeira que o representa. Uma palavra ou imagem só é um símbolo quando as pessoas entendem o seu significado. Um símbolo pode ser escolhido por comparação ou associação de imagens. A relação do símbolo com o que ele representa pode ser uma simples convenção, como a aliança dos noivos. O importante é que as pessoas entendam o significado, a mensagem.

As palavras de uma língua também são símbolos. Quem diz livro não se refere a um livro determinado, mas a idéia geral que se tem de livro e que se aplica a todos os livros. Tudo na vida pode funcionar como signo a ser decodificado, e é ele que torna possível a comunicação. A roupa de uma pessoa, o clube que frequenta, o bairro onde mora, tudo tem um significado.

Quem recebe a comunicação não é um receptor passivo, mas um intérprete. O intérprete entende a mensagem de acordo com o repertório de conhecimentos acumulados ao longo da vida.

A respeito, Stefanelli (1993, p. 33) coloca que, em relação à atenção a saúde, ocorre igualmente o exposto anteriormente:

**“a enfermeira precisa esforçar-se por conhecer o repertório do paciente a fim de poder partilhar com ele suas idéias, torná-las comum, e compreendê-lo. Só assim, poderá ajudá-lo no seu processo de mudança e de recuperação da saúde, oferecendo-lhe elementos ao nível de sua compreensão, a fim de que ele possa também reestruturar sua vida”.**

Quando as pessoas se comunicam, elas usam, entre si, estes conhecimentos como uma linguagem comum. Esta linguagem comum é chamada de código. Devido aos códigos diversos, as mensagens chegam de modo diferente a cada pessoa conforme a situação vivida. As mensagens ou os códigos são transmitidos através de meios. Quando uma interferência atrapalha a comunicação, dizemos que existe um ruído. Uma forma de evitar os ruídos da comunicação é repetir a mensagem através de vários signos.

Para Stefanelli (1993, p. 41)

**“o ruído pode interferir ou distorcer nossa habilidade de enviar e receber mensagens. Comumente o ruído é associado a sons, mas ele pode originar de um desconforto físico, psicológico, da capacidade intelectual dos interlocutores ou do próprio ambiente”.**

Podemos dizer que toda a cultura de uma sociedade é um vasto sistema de signos de comunicação. O homem é um ser social, ele sempre viveu em grupo. Viver em sociedade é aprender a usar os signos da comunicação. Comunicação é a troca de mensagens. Ser social é comunicar-se. A comunicação produz diferentes efeitos nas pessoas; cada vez que uma pessoa recebe uma mensagem, ela tem uma nova reação.

É a partir deste processo comunicacional que as pessoas estabelecem os códigos que propiciam a conduta apropriada para cada realidade vivenciada. Dentro do contexto de saúde, encontra-se uma multiplicidade de códigos, haja visto que cada usuário do Serviço de Saúde traz consigo códigos particulares de suas culturas, que vão produzir uma flexibilidade na forma do pessoal de Enfermagem comunicar-se com cada pessoa.

Entendo que a problematização da comunicação na saúde ocorra a partir dos pressupostos a seguir:

- No processo comunicacional, o sujeito - emissor da mensagem (profissional de Enfermagem) - tem percebido o sujeito - receptor da mensagem (usuário do Serviço de Saúde) - não como um cidadão, mas como um objeto, sem necessidades, sem questionamentos, sem respostas e, assim, sem expectativas, o estabelecimento do diálogo existe de forma truncada, pouco clara. Na maioria das vezes, estabelece-se um monólogo, em que o profissional sequer verbaliza o que, como e por que deve ser feito, sem preocupar-se com o outro, o paciente, cidadão.

- O processo comunicacional constitui-se de um emissor, uma mensagem e um receptor. A mensagem é transmitida através de símbolos que têm significado diferente para emissor e receptor.

Sobre símbolos e sinais, Faria (1996, p. 28) diz que:

**“os símbolos só têm significados por compartilhamento ou experiências que damos a eles. A palavra impressa em um idioma que não conhecemos pode ter pouco ou nenhum significado para quem lê. O olhar de um casal de namorados só tem significado para eles. Ao contrário, os sinais de trânsito, por exemplo, têm o mesmo significado para todos os motoristas de carro, ou um grito de terror poderá ter o mesmo significado em todas as partes do mundo”.**

**“Quer dizer, um dos princípios básicos da teoria geral da comunicação é que os símbolos podem ter somente o significado que a experiência humana-individual-permita ler neles” (Schrmann, apud Faria, 1996, p. 28)**

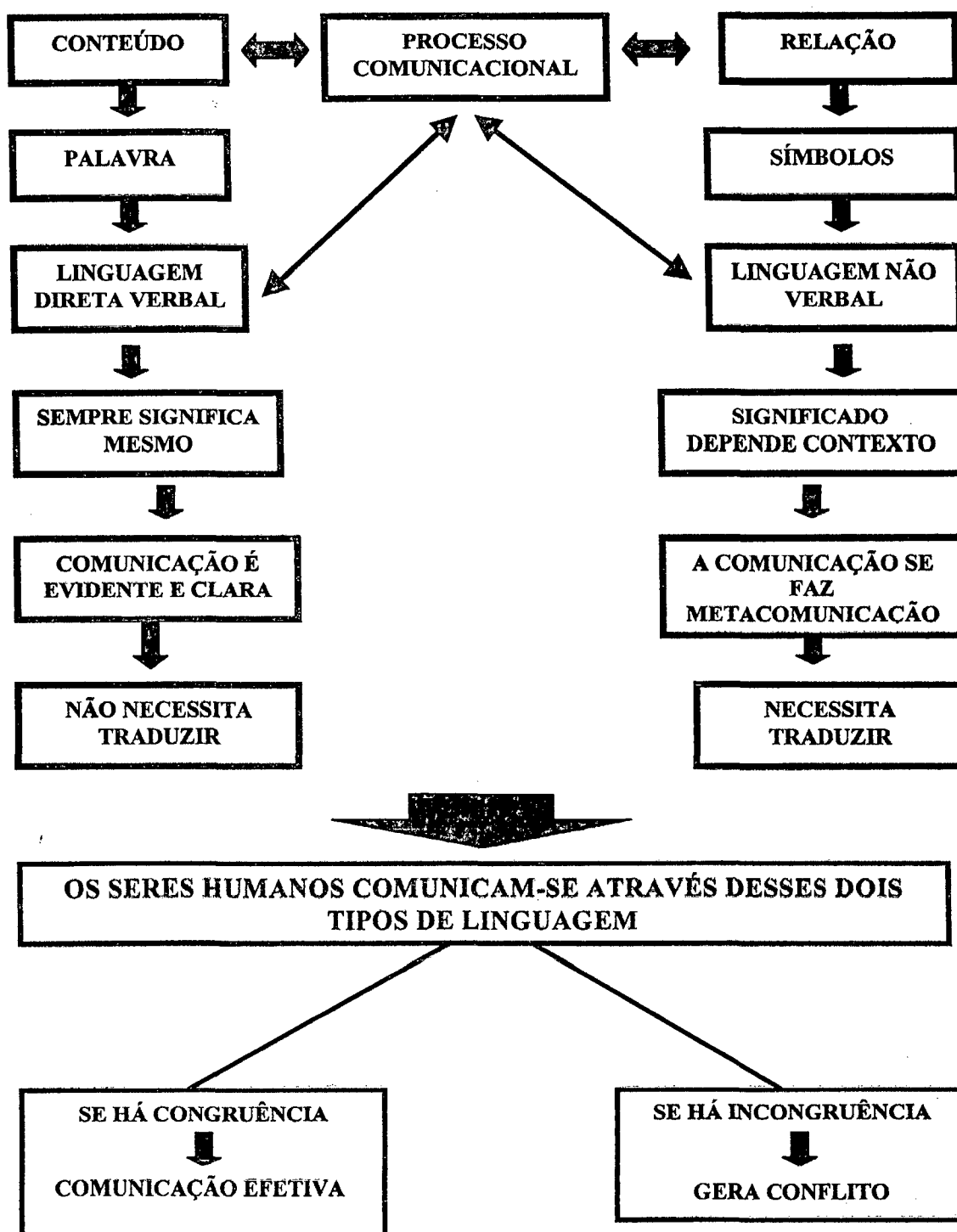
Assim, as mensagens são construídas com os símbolos que conhecemos e decifradas a partir do seu conhecimento e significado. Desta forma, se entende porque as mensagens parecem complicadas, pois os símbolos têm significados diferentes para as pessoas, que também são diferentes.

A comunicação adequada é difícil, porque a maioria dos estímulos são transmitidos por sinais e não por símbolos. As pessoas têm um conjunto próprio de idéias, valores, experiências, atribuindo, a cada sinal, um significado não só denotativo, mas, principalmente conotativo.

Neste trabalho admito a compreensão do processo comunicacional elaborado por Faria, por entender que o mesmo engloba os aspectos necessários para se estabelecer uma comunicação efetiva.

No diagrama construído por Faria (1996, p. 32) está sintetizada a idéia deste processo:

DIAGRAMA 1 – ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO COMUNICACIONAL



**“os seres humanos se comunicam através desses dois tipos de linguagem que têm funções diferentes: a linguagem verbal, formada por símbolos verbais, através dos quais se transmite o conteúdo; a linguagem analógica se expressa nos gestos, no tom de voz, no olhar ou em qualquer manifestação de conduta não verbal, que se produz num processo de interação. Nesse sentido, no processo de comunicação sempre vamos encontrar esses dois tipos de linguagem, que têm duas classes de funções: transmitir a mensagem e definir a relação que se pretende estabelecer” (Portigo e Medine, apud Faria, 1996, p. 30).**

Ao adotar este modelo comunicacional, Faria pôde verificar que as relações na saúde **“são incongruentes ou, muitas vezes, congruentes dentro da sua própria incomunicabilidade, o que é pior ainda”**(Faria, 1996, p. 30).

Para Silva (1996, p. 19):

**“o significado denotativo orienta o indivíduo na realidade, o conotativo o faz transcender o contexto mais imediatista e construir novas interpretações. Toda comunicação tem duas partes: o conteúdo (fato ou informação) e o sentimento (o que você quer comunicar e como se sente a respeito desse fato ou informação)”.**

Quando o objetivo é a eficácia dos cuidados de saúde, deve-se levar em consideração o estabelecimento de uma relação interpessoal adequada, não só a comunicação verbal e não-verbal, mas como se está transmitindo o conteúdo.

Segundo Faria (1996, p. 35)

**“o processo terapêutico será educativo e cumpre sua finalidade, quando o profissional e o usuário chegam a se conhecer e a se respeitar, como pessoas que participam na solução dos problemas identificados mutuamente. Além disso, deve permitir que cada qual se manifeste, sendo livre para verbalizar suas dúvidas. Deve permitir que cada qual exerça sua cidadania”.**

Será que os usuários dos Serviços de Saúde são percebidos como sujeitos, portanto cidadãos, uma vez que a assimetria é uma constante nas relações profissional / cliente, empregador/empregado ? Creio que a lacuna de que falava anteriormente passe também por este raciocínio e esteja fortemente presente nos Serviços de Saúde.

Uma das questões a ser pensada ou refletida nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional de saúde, é a questão de compreender o que se refere à cidadania.

Pensar num processo comunicacional efetivo necessariamente requer compreender a questão da cidadania.

Cidadania, para Leopardi et al (1995, p. 26):

**“se define pela existência de um indivíduo que compartilha interesses do coletivo e trabalha no sentido de sua consolidação, para romper com a relação de anomia, quando expressar sua identidade particular não o coloca nem acima nem abaixo da identidade de outros, supondo-se que o livre desenvolvimento de cada um é a consolidação para a convivência e desenvolvimento de todos. Este homem tem seu lugar no mundo e reconhece o lugar de cada um dos outros indivíduos”.**

Faria (1996, p. 36) reflete o que parece ser muito comum quando diz que

**“a história das relações no processo de comunicação na saúde tem indicado que há temor para uma expressão de si mesmo. O usuário, geralmente, considera-se portador de uma ignorância e de incompetência, reforçado pelo modelo racional científico adotado pelos profissionais de saúde. Isso tem interferência direta nas inter-relações pessoais”.**

Se assim admitimos, a comunicação é fator imprescindível, pois que a forma como nos comunicamos é determinante no processo de construção da cidadania.

Em função disto, admito, neste trabalho, o conceito de Travelbee (1979, p. 139), quando diz que:

**“a enfermagem é um processo interpessoal entre dois seres humanos, sendo que um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda. O objetivo desta ajuda é fornecer meios para o cliente enfrentar a situação da doença, aprender com a experiência e encontrar o seu significado”.**

Acredito que Enfermagem é uma prática social, em que várias categorias profissionais (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem) voltam-se para proporcionar, ao ser humano, melhores condições de vida e melhores condições de desenvolver suas potencialidades.

Para Travelbee, apud Leopardi (1998, p. 97):

**“enfermagem é um processo interpessoal e um serviço vitalmente comprometido com a mudança e a influência de outros. O enfermeiro prático é o profissional que assiste ao indivíduo e à família a prevenir ou enfrentar a experiência da doença e sofrimento, e, se necessário, a assistir o indivíduo e família a encontrar significado para esta experiência”.**

Neste contexto, Ser Humano é a unificação de um ser social, pensante, racional, que reage, que percebe, que controla, que têm propósitos, orientados por uma ação no tempo. Como ser social que é, está em constante interação com os demais, determinando suas relações de vida. Está em um processo de contínuo desenvolvimento, inserido em um ambiente, estabelecido em uma sociedade que é o meio em que o indivíduo está integrado. Diante disto, situo o processo Saúde/Doença, que faz parte do contínuo processo do desenvolvimento vital do indivíduo. Saúde é aqui entendida como um processo de determinação social.

As relações enfermeiro/usuário do Serviço de Saúde são baseadas na percepção do usuário como um doente e da enfermagem como um trabalho. Doença é somente compreendida no contexto de percepção do usuário do Serviço de Saúde e do Enfermeiro. Doença compreende-se não apenas como uma alteração física para os seres humanos, são conflitos emocionais e espirituais, também.

Meu entendimento sobre relacionamento interpessoal é que este se apresenta como um processo único, é o meio no qual se dão as trocas de conhecimento, expectativas, percepções e objetivos.

Daniel (1983, p. 53) define relacionamento como sendo:

**“um processo terapêutico de interação, afinidade, conhecimento recíproco, compreensão e aceitação entre enfermeiro – cliente – paciente e familiares; implica em contato relativamente prolongado e num determinado período de tempo, proporcionando às pessoas uma série de atitudes e práticas baseadas em conhecimentos empíricos e teóricos, com o propósito de promover o bem estar bio-psico-sócio-espiritual”.**

Travelbee, apud Leopardi (1998, p. 98) define que relação pessoa-pessoa:



**“é uma interação entre seres humanos na qual não se evidencia qualquer processo de hierarquia, de modo que ambos podem compartilhar seus sentimentos, valores e significados através do processo de comunicação. É antes de tudo uma experiência que se traduz entre enfermeira e o beneficiário de seus cuidados”.**

Entendo que a comunicação é um processo, uma interação sobre informação, necessidades, compreensão e intercâmbio pessoal; comunicar-se com o outro é buscar-se a si mesmo. Para Travelbee apud Leopardi (1998, p. 98) **“comunicação é uma capacidade humana para o estabelecimento de troca de informações e significados sobre o mundo e sobre si mesmo”.**

Segundo Meleis, apud Leopardi (1998, p. 96):

**“relações são estabelecidas quando os parceiros percebem a singularidade um do outro. Então, tal relação humana transcende os papéis e são verdadeiras, significativas e efetivas, baseadas nas relações de singularidade. A interação enfermeiro/paciente, quando tem um propósito, preenche os objetivos de enfermagem”.**

Para Travelbee (1982, p. 150), existem premissas básicas da relação pessoa-pessoa, ou seja,

**“- estabelecer, manter e terminar uma relação pessoa– pessoa, são atividades do campo da enfermagem. - Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único”.**

Todo este processo de que falo tem relação direta com o modo como os indivíduos estão inseridos em uma sociedade, pois que a sociedade não pode ser definida apenas como espaço político.

A sociedade em que se vive constitui-se numa variável influenciadora. Ela desestimula cada vez mais a comunicação entre as pessoas, levando-as a serem meras receptoras de informação, através dos meios de comunicação de massa. Isto se reflete no relacionamento enfermeiro/usuário do Serviço de Saúde, onde a dificuldade de comunicação entre ambos se faz notar.

De um lado uma pessoa fragilizada pelas limitações da doença e de outro um profissional que tem, em seu cotidiano, a tarefa de assistir várias pessoas e, geralmente, gerenciar a equipe de Enfermagem, conciliar os interesses da instituição, além de sua vida pessoal. Portanto, se faz necessário um constante treinamento, para estar acessível e sensível às mensagens que lhe são dadas, bem como ter um cuidado permanente em sua condição de cuidador.

O modo de viver e de ser das pessoas, com os condicionantes e as determinações da sociedade onde estão inseridos e a forma como o Estado pensa saúde, propõe saúde, organiza saúde, pode, sob determinadas condições, alienar os sujeitos do processo, aqui, especificamente, os trabalhadores de Enfermagem nas ações de saúde.

Penso que esta relação é de fundamental importância para que se possa entender o objeto de conhecimento deste trabalho.

Entretanto, cabe ressaltar que devem ser consideradas também as condições internas das pessoas (a qualidade da formação profissional e sobre maneira a adequação do seu potencial às atividades que lhe são confiadas), que se propõem a prestar a assistência de Enfermagem.

#### IV. METODOLOGIA

Para a construção desta dissertação sobre a temática da comunicação, no que diz respeito às relações estabelecidas entre os profissionais de Enfermagem e os usuários do Serviço de Saúde em nível hospitalar, foi seguido o caminho qualitativo. Esta é uma pesquisa descritiva analítica.

As fontes de informações foram: literatura acerca do tema, observação não-participante e entrevista.

Inicialmente, procedi a solicitação da coleta dos dados ao administrador do hospital (Anexo -1), após o convite formal de participação da pesquisa aos profissionais (Anexo - 2). Para todos, foi assegurado o sigilo, de acordo com o Anexo - 3.

#### OBSERVAÇÃO

Como explica Barros (1990, p. 53), a observação:

**“é uma das técnicas de coleta de dados imprescindível em toda pesquisa científica. Observar significa aplicar atentamente os sentidos a um objeto para ele adquirir um conhecimento claro e preciso. Na observação participante o pesquisador permanece de fora da realidade a estudar. Não há envolvimento do observador”.**

Cada sujeito da pesquisa foi observado (conforme o roteiro de observação Anexo - 4) num total de quatro horas de trabalho, alternados em quatro dias, totalizando 96 horas de observação. Foram considerados os mecanismos de relacionamento e comunicação do sujeito trabalhador com o usuário do Serviço de Saúde.

## ENTREVISTA

Conforme Gil (1999, p. 117), pode-se definir entrevista como

**“a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar os dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.**

Para a entrevista, foi utilizada gravação em fita cassete, com os dados de cada entrevistado: sexo, idade, categoria profissional, escolaridade, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho na instituição, origem e estado civil (Anexo -5).

Para a consecução das entrevistas, segui os procedimentos que passo a descrever.

Numa abordagem inicial, apresentei ao respondente os objetivos da pesquisa, o compromisso quanto ao seu resguardo ético e a possibilidade deste abandonar a pesquisa em qualquer momento, se assim o desejasse. Para todos, foi solicitada permissão para o uso do gravador para o registro das falas e não houve nenhuma objeção quanto ao uso desta técnica.

As entrevistas ocorreram em salas pertencentes à instituição.

As entrevistas seguiram sempre uma ordem de questionamentos e foram gravadas em fita cassete com duração média de 20 a 30 minutos.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os conteúdos constantes nas referidas fitas foram transcritos na íntegra, e com eles passei a trabalhar, no sentido de construir a análise dos dados correspondentes.

Depois de ler várias vezes o conteúdo das entrevistas, os dados foram agrupados em cinco temas, como se verá a seguir no capítulo Resultados e Análise, com distribuição em categorias e sub-categorias.

Das entrevistas transcritas, com as leituras e releituras, foram identificadas falas dos respondentes que foram consideradas significativas e se constituíram em fragmentos de falas sobre o tema, denominados unidades de registro.

No decorrer do texto de análise dos dados, aparecem as categorias advindas da organização das unidades de registro. Considerou-se os agrupamentos das falas, cujos significados correspondem a sub-categorias, as quais expressam conteúdos mais específicos sobre os temas. Estas sub-categorias aparecem com as respectivas frequências, o que permite uma análise sobre a predominância de um ou outro conteúdo, sua regularidade no discurso ou sua ausência.

Os dados foram analisados a partir da leitura e releitura cuidadosa do material decorrente dos registros extraídos das observações e das falas dos sujeitos.

Como suporte teórico-metodológico foi utilizada a Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977, p. 95), desenvolvido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação, portanto, a extração de temas, categorias e sub-categorias.

As fases da análise de conteúdo, segundo Bardin, apud Rodrigues e Leopardi (1999, p. 28) são:

**“Pré-análise:** corresponde a um período de intuições e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações sucedentes, tendo em vista a análise.

**Exploração do material:** nesta fase, é feita a conclusão da preparação do material para a análise, em termos de operações de codificações, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

**Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: recomenda que os resultados sejam estabelecidos em quadros, diagramas, figuras e modelos, a partir de operações estatísticas simples ou mais complexas, a partir das quais, poder-se-á, então, propor inferências e adiantar interpretações, conforme os objetivos previstos ou referentes a novos achados na pesquisa”.**

Totalizaram 24 sujeitos da pesquisa sendo duas enfermeiras, 19 auxiliares de enfermagem e três atendentes de enfermagem, divididos pelas unidades: obstétrica (oito), tratamento intensivo (oito) e clínica geral (seis) e uma enfermeira na chefia do serviço e a outra na supervisão noturna do serviço.

Os sujeitos foram identificados pelas letras do alfabeto conforme o quadro a seguir:

**QUADRO 1** – Identificação dos sujeitos participantes da pesquisa. Dom Pedrito, 2000.

Unidades	Identificação dos Sujeitos
Unidade Obstétrica	A até H
Unidade de Tratamento Intensivo	I até P
Unidade Clínica	Q até V
Enfermeiras	X e Z

## V. RESULTADOS E ANÁLISE

### CONTEXTUALIZANDO O LOCAL E OS SUJEITOS DA PESQUISA

Este estudo foi realizado num hospital do município de Dom Pedrito - RS. Esta cidade está localizada na região sudoeste do Estado do Rio Grande do Sul, e de acordo com o último censo nacional, possui 39.918 habitantes.

O hospital foi fundado no dia 15 de agosto de 1909 na rua Major Alencastro da Fontoura, emancipada pela Loja Maçônica Cruzeiro do Sul III, entidade filantrópica e sem fins lucrativos.

Em 18 de janeiro de 1949, em área cedida pela Prefeitura Municipal, foi instalada a Pedra Fundamental do atual prédio, no governo municipal do Dr. José Tude de Godoy, tendo como provedor Dr. Juventino de Moura Corrêa.

A inauguração deu-se no dia 25 de dezembro de 1959, sendo Prefeito Municipal o Sr. Argeni Oliveira Jardim e o provedor da instituição o Sr. Ramos Cardoso.

O hospital completou 91 anos de serviços prestados à comunidade pedritense, atendendo a todos, através de convênios, particulares e Sistema Único de Saúde.

Hoje, caracteriza-se por ser um hospital de médio porte, pois possui 165 leitos, um quadro clínico de 27 médicos nas diversas especialidades, três fisioterapeutas, duas nutricionistas, duas estagiárias de psicologia, duas estagiárias de administração, 155

funcionários, três enfermeiras e três irmãs de caridade, tendo como provedor o Sr. Edison Moreira Silva.

O quadro de pessoal de enfermagem constitui-se de: três enfermeiras, uma técnica de enfermagem, 54 auxiliares de enfermagem e 21 atendentes de enfermagem. O horário de trabalho da Enfermagem é dividido em três turnos

**QUADRO 2** – Horário de trabalho da equipe de Enfermagem na Instituição pesquisada. Dom Pedrito, 2000.

Turno	Horário
Manhã	7 às 13 horas
Tarde	13 às 19 horas
Noite	19 às 7 horas

O hospital possui sete unidades de internação denominadas: Posto 1 (isolamento), Posto 2 (ginecologia e obstetrícia), Posto 3 (clínica), Posto 4 (clínica para convênios e particulares), Posto 5 (cirurgia), Pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo com seis leitos e o Centro Cirúrgico com três salas cirúrgicas.

As unidades de escolha para o estudo foram: Posto 2, Posto 3 e Unidade de Tratamento Intensivo.

O Posto 2 ou unidade ginecológica e obstétrica possui 20 leitos, como demonstra o Quadro 3

**QUADRO 3** – Distribuição do total de instalações, leitos por instalação e total de leitos por instalação da Unidade Obstétrica ou Posto 2 pesquisada. Dom Pedrito, 2000.

Instalações	Total de instalações	Leitos por instalação	Total de leitos
Quarto privativo com banheiro	2	1	2
Quarto privativo sem banheiro	2	1	2
Quarto semi-privativo sem banheiro	2	2	4
Enfermaria	2	6	12
Total	8	10	20



Também está localizada no Posto 2 a sala de neonatologia, que possui duas incubadoras e dois berços aquecidos. Nesta unidade, todos os funcionários fizeram parte da pesquisa, ou seja, sete Auxiliares de Enfermagem e um Atendente de Enfermagem.

O Posto 3 ou unidade clínica possui 36 leitos divididos conforme o Quadro 4.

**QUADRO 4** – Distribuição do total de instalações, leitos por instalação e total de leitos por instalação da Unidade Clínica ou Posto 3, pesquisada. Dom Pedrito, 2000.

Instalações	Total de instalações	Leitos por instalação	Total de leitos
Quarto semi – privativo	4	2	8
Enfermaria	4	5	20
Enfermaria	1	8	8
Total	9	15	36

Esta unidade, em particular, é a que possui maior número de leitos do hospital, operando com uma visível carência de profissionais de Enfermagem, para poderem atender com um mínimo de condições a todos os pacientes. Nesta Unidade, foram entrevistados sete Auxiliares de Enfermagem e um Atendente de Enfermagem.

O atendimento oferecido por esta unidade é exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nesta unidade, totaliza-se apenas dez funcionários da Enfermagem, divididos por turno de serviço, o que inviabiliza uma assistência de Enfermagem adequada, tendo em vista a relação número de pacientes por funcionário de Enfermagem; são dois ou três profissionais (dependendo do horário de trabalho) para atenderem 36 pacientes.

Recusaram-se a participar da pesquisa três Auxiliares de Enfermagem e um Atendente de Enfermagem desta unidade.

A Unidade de Tratamento Intensivo, como foi dito anteriormente, possui seis leitos, e oito funcionários da Enfermagem, divididos por turnos de trabalho. Todos participaram da pesquisa, ou seja, sete Auxiliares de Enfermagem e um Atendente de Enfermagem.

Os outros dois sujeitos da pesquisa que restam para completar o número de 24 profissionais são: a chefe do serviço de Enfermagem e a supervisora noturna do serviço, ambas enfermeiras.

A seguir, apresento as características dos sujeitos deste estudo.

Os dados que constam nos Quadros a seguir, referem-se às categorias profissionais, distribuição por sexo, distribuição por tempo de trabalho na Enfermagem, distribuição por tempo de trabalho na instituição e distribuição por grau de escolaridade.

**QUADRO 5** – Categoria profissional segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Categoria Profissional	Quantidade	%
Enfermeiro	2	8,33
Auxiliar de Enfermagem	19	79,16
Atendente de Enfermagem	3	12,5
Total	24	100

No Quadro 5, verifica-se a distribuição das categorias profissionais, dentro da amostra estudada. Do universo pesquisado de 24 entrevistados, 8,33% foram Enfermeiras, 79,16% Auxiliares de Enfermagem e 12,5% Atendentes de Enfermagem.

Nesta amostra, fica expressa a predominância de Auxiliares de Enfermagem no quadro funcional, o que corresponde a realidade da instituição pesquisada, considerando-se que o total do pessoal de Enfermagem são três Enfermeiras, uma Técnica de Enfermagem, 54 Auxiliares de Enfermagem e 21 Atendentes de Enfermagem. Entretanto, contraria as recomendações do COFEn (Conselho Federal de Enfermagem), que determina três categorias para a equipe de Enfermagem, ou seja, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

**QUADRO 6** – Distribuição por sexo, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Distribuição por sexo	Quantidade	%
Feminino	20	83,33
Masculino	04	16,66
Total	24	100

No Quadro 6, aparece a distribuição da amostra estudada por sexo, sendo 20 do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Estes dados demonstram coerência com o quadro geral da enfermagem brasileira, em que existe a predominância de profissionais do sexo feminino.

**QUADRO 7** – Distribuição por idade, segundo os sujeito do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Distribuição por idade								
21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	36-40 anos	41-45 anos	46-50 anos	51-55 anos	56-60 anos	61-65 anos
4	2	1	6	5	3	1	1	1

A faixa etária predominante se encontra entre 36 a 45 anos, o que pode indicar mais experiência de vida, pois abaixo desta faixa temos apenas 7 sujeitos.

**QUADRO 8** – Distribuição por tempo de trabalho na Enfermagem, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Distribuição por tempo de trabalho na Enfermagem							
1-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	36-40 anos
7	3	7	2	4	-	-	1

No Quadro 8, verifica-se a forma como os sujeitos da amostra estão distribuídos por tempo de trabalho na Enfermagem. Existe uma maior concentração de profissionais de um a cinco e 11 a 15 anos de trabalho na Enfermagem. Aqui temos uma situação inversa à anterior, ou seja, cerca de um terço dos sujeitos têm tempo inferior a cinco anos, o que indica uma menor experiência profissional.

**QUADRO 9** – Distribuição por tempo de trabalho na Instituição, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Distribuição por tempo de trabalho na Instituição				
1-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos
9	3	6	3	3

No Quadro 9, encontra-se a forma como os sujeitos da amostra estão distribuídos por tempo de trabalho na Instituição. Nota-se uma maior concentração de profissionais de um a cinco anos de trabalho, na Instituição pesquisada.

Estes dados evidenciam que a Instituição estudada mantém um quadro de funcionários com uma relativa estabilidade, o que proporciona um grau de segurança para esta e um ambiente agradável ao trabalhador.

Estes aspectos, certamente, determinam um ganho maior, direcionado ao usuário do Serviço de Saúde, pois considero os elementos acima citados como fortes determinantes para favorecer a relação terapêutica e o fator comunicacional do funcionário de Enfermagem e o sujeito usuário do Serviço de Saúde que está recebendo os cuidados de Enfermagem.

**QUADRO 10** – Distribuição por grau de escolaridade, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Distribuição por grau de escolaridade					
Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio Incompleto	Médio Completo	Superior Incompleto	Superior Completo
2	7	6	5	2	2

No Quadro 10, verifica-se a forma como os sujeitos da amostra estão distribuídos por grau de escolaridade. Nota-se a concentração de profissionais com escolaridade fundamental completo. Aparecem dados numéricos coerentes com a realidade qualitativa do quadro do pessoal da Enfermagem da Instituição pesquisada. Considerando-se a predominância de Auxiliares de Enfermagem no quadro profissional, cuja exigência de escolaridade era fundamental completo, já aparecem pessoas que estão cursando ou cursaram o ensino médio.

### O QUE FOI OBSERVADO

Cada um dos 24 sujeitos da pesquisa foram observados durante quatro horas, alternados em quatro dias, fazendo um total de 96 horas de observação não-participante.

O Diagrama (Anexo - 4) proposto por Faria foi utilizado como roteiro de observação, por entender que o mesmo propicia e facilita a caracterização do processo comunicacional utilizado pelos profissionais da Enfermagem em estudo.

No decorrer do texto, procuro demonstrar em forma de tabela as características do processo comunicacional de cada sujeito do estudo, separado conforme a unidade de trabalho de cada um.

Na Unidade Obstétrica, foi limitada a observação de 16 situações de relacionamento com os usuários, onde o diálogo acontecia. Foi feito um estudo de como se estabelecia cada relação e, conseqüentemente, as características foram sendo subdivididas, conforme os itens contidos no Diagrama.

Pude verificar uma notável diferença no estabelecimento do diálogo com os sujeitos hospitalizados, dos profissionais da Unidade Obstétrica. Acredito que isto se deve ao trabalho previamente realizado na Prática Assistencial, como já relatado no capítulo Contextualizando o Problema. Estes profissionais tiveram a oportunidade de participar, juntos, de momentos de reflexão sobre o seu fazer dentro da Assistência de Enfermagem, o que possibilitou um concreto crescimento do grupo de trabalho. Pôde-se notar que o grupo mostrou-se mais coerente, preocupado com os questionamentos e sentimentos do usuário.

Nos Quadros a seguir apresentados, faz-se uma relação dos componentes do Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais de Enfermagem com os sujeitos hospitalizados conforme o estabelecido teoricamente neste trabalho.

**QUADRO 11** – O Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo - 4), na Unidade Obstétrica. Dom Pedrito, 2000.

Observação Profissionais	Palavra ↔ Símbolo		Não necessita traduzir ↔ Necessita traduzir	
	A	5	11	15
B	7	9	12	4
C	9	7	15	1
D	8	8	13	3
E	5	11	14	2
F	6	10	14	2
G	9	7	15	1
H	8	8	14	2
Total	57	71	112	16
%	44,53	55,46	87,5	12,5

Nesta unidade, totalizou-se a observação de 128 situações de diálogo, sendo que 87,5% não necessitou de tradução e em 55,46% foi utilizado símbolo. Estes dados demonstram que a comunicação nesta unidade pode ser considerada eficiente, haja visto, que superou 50 %.

Com relação aos profissionais da Unidade Clínica, devido à questão administrativa relativa ao número de funcionários em relação ao número de usuários por turno de trabalho (dois ou três funcionários, dependendo do horário de trabalho, para 36 usuários), observou-se uma enorme diferença em relação a unidade anterior. Está muito presente a questão do cumprimento da tarefa, sem questionar muito este fazer, sem preocupar-se com as dúvidas do paciente e dos seus familiares.

Cada turno de trabalho mais parece uma maratona, onde o vencedor é quem consegue cumprir as tarefas: verificar os sinais vitais, administrar a medicação, ter os cuidados com a higiene do paciente. Aqui me refiro a paciente, pois este é visto como um “receptor de cuidados” que não tem vontades, não pensa e quando se comunica, o faz sozinho, muitas vezes na solidão do seu leito de enfermaria, pois, muitos são pessoas abandonadas pela família, quase moradores do hospital.

**QUADRO 12** – O Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não-participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo - 4), na Unidade Clínica. Dom Pedrito, 2000.

Observação Profissionais	Palavra ↔ Símbolo		Não necessita traduzir ↔ Necessita traduzir	
	Q	6	10	3
R	3	13	5	11
S	2	14	8	8
T	10	6	1	15
U	8	8	4	12
V	7	9	2	14
Total	36	60	23	73
%	37,5	62,5	23,95	76,04

Nesta unidade, totalizou-se a observação de 96 situações de diálogo, sendo que 76,04% necessitou de tradução e em 62,5% foi utilizado símbolo. Fica evidente a ineficiência com que é realizada a comunicação com os sujeitos usuários do Serviço de Saúde, pois chega a 76,04 % o percentual de necessidade de tradução no diálogo.

A Unidade de Tratamento Intensivo tem características peculiares em atender pessoas em estado grave de saúde, muitas delas inconscientes, na maioria das vezes, impossibilitadas de comunicarem-se.

Nesta Unidade, pôde ser observado que muitos dos profissionais preocupam-se em explicar o procedimento que vão realizar, mesmo o usuário estando inconsciente.

Os estressores (ruídos em geral, monitores, respiradores, luz direta, visualização de outros pacientes) dificultaram o estabelecimento de diálogo que os profissionais tentavam manter com os usuários do serviço.

Os familiares, muitas vezes, ficaram sem respostas às suas dúvidas, pois a linguagem dos profissionais se mostrava inacessível ao nível de entendimento dos mesmos (necessitava de tradução).

**QUADRO 13** – O Processo Comunicacional estabelecido pelos profissionais e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não-participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo - 4), na Unidade Tratamento Intensivo. Dom Pedrito, 2000.

Observação Profissionais	Palavra ↔ Símbolo		Não necessita traduzir ↔ Necessita traduzir	
	I	7	9	8
J	7	9	3	13
K	8	8	5	11
L	10	6	7	9
M	11	5	2	14
N	4	12	7	9
O	3	13	6	10
P	8	8	5	11
Total	58	70	43	85
%	45,31	54,68	33,59	66,4

Nesta unidade, totalizou-se a observação de 128 situações de diálogo, sendo que 66,4% necessitou de tradução e em 54,68% foi utilizado símbolo.

Considerando os agravantes estruturais desta unidade e comparando com a porcentagem encontrada na unidade clínica, pode-se concluir que o usuário ainda é melhor assistido do ponto de vista comunicacional na Unidade de Tratamento Intensivo.

**QUADRO 14** – O Processo Comunicacional estabelecido pelas enfermeiras e o sujeito hospitalizado, conforme a observação não-participante, de acordo com o roteiro de observação (anexo - 4). Dom Pedrito, 2000.

Observação Profissionais	Palavra ↔ Símbolo		Não necessita traduzir ↔ Necessita traduzir	
	X	7	9	6
Z	10	6	3	13
Total	17	15	9	23
%	53,12	46,87	28,12	71,87

Totalizaram a observação de 16 situações de diálogo das Enfermeiras, sendo que 71,87% necessitou de tradução e 53,12% foi utilizado palavra.

Conclui-se que as profissionais Enfermeiras encontram-se praticamente impossibilitadas de manter um contato adequado com o paciente e quando o fazem, este é ineficaz. Por questões administrativas, com apenas uma enfermeira por turno de trabalho, é impossível atender adequadamente cada paciente, sendo elas a chefiar e supervisionar sozinhas todo o serviço de enfermagem com um número tão expressivo de usuários e funcionários.

Os resultados apresentados a seguir, foram extraídos das entrevistas, conforme a proposta metodológica que norteia este trabalho.

Dos temas extraídos do conjunto das falas, foi organizado o sistema de categorias e sub-categorias que permitiu uma ancoragem entre a discussão dos dados, as falas dos sujeitos da pesquisa e a literatura.

#### FATORES QUE CONCORRERAM PARA O INGRESSO NA ENFERMAGEM

**QUADRO 15** - Tema 1 - Fatores que concorreram para o ingresso na Enfermagem, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.



Categoria 1	Como um trabalho	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por necessitar de um trabalho</li> <li>• Começou como atendente de enfermagem</li> <li>• Treinamento em serviço</li> <li>• Bom mercado de trabalho</li> </ul>	6 1 1 2
Categoria 2	Gostar de cuidar de pessoas enfermas	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testes vocacionais</li> <li>• Para cuidar de pessoas enfermas</li> <li>• Primeiro contato em cuidados aos 13 anos</li> <li>• Ser útil ao próximo</li> <li>• Contribuir para uma melhor qualidade de vida da população</li> </ul>	1 11 1 3 1
Categoria 3	Experiência familiar	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidou de um familiar e passou a gostar das atividades de enfermagem</li> <li>• Cuidado de pacientes à domicílio</li> </ul>	1 1
Categoria 4	Enfermagem como uma profissão prazerosa	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entende que está no lugar certo</li> <li>• Enfermagem como uma profissão de grande responsabilidade, bonita e delicada</li> <li>• Sempre quis fazer parte da equipe de Enfermagem</li> </ul>	10 1 1

No Quadro 15, são explicitadas as diversas razões pelas quais os informantes entendem como determinantes para escolha do trabalho/profissão de Enfermagem, como por exemplo, um trabalho, gostar de cuidar de pessoas enfermas, experiência em cuidar de familiares e como uma profissão prazerosa.

No conjunto das razões expressas, emergem justificativas que são próprias do ser humano e do contexto social em que este ser está inserido. Pode-se dizer também que em alguns dos casos aconteceu a escolha impulsionada por mais de uma das razões listadas; isto demonstra que algumas pessoas procuram conciliar o lado prazeroso do trabalho com o lado provedor de que consiste cada ser humano.

Nesta linha de pensamento, pode-se dizer que, com estas características, o esperado é que haja na população estudada um clima favorável ao trabalho e a convivência do grupo. Com isto, acredito que o real beneficiado com esta estrutura são os usuários do serviço desta Instituição.

Entendo que, quando uma equipe desenvolve suas atividades direcionadas para atender outro ser humano, o prazer em cuidar e a consciência da importância deste ato faz

com que exista um compromisso técnico, ético e humano. Esta triade de princípios, certamente, dará um estilo muito próprio e necessário para quem se propõe ao exercício das atividades de "cuidador" da saúde.

A Enfermagem, vista como um trabalho, possibilitou esclarecer algumas questões que provavelmente este estudo não dê conta de analisar em todas as suas dimensões possíveis; entretanto, alguns aspectos salientam-se dentre os demais como, por exemplo: necessitar de um trabalho, o que nem sempre confere ao profissional, a possibilidade e a capacidade para exercer atividades na Enfermagem que, além de conhecimentos técnicos, necessita de uma forte identificação com o ato de cuidar de pessoas enfermas.

O trabalho como um meio de subsistência evidencia-se nas falas descritas a seguir:

*“fatores circunstanciais como: falta de emprego e urgência em conseguir um. Gostei e permaneci apesar de haverem surgido vagas em outras ocupações mais bem remuneradas”. (E)*

*“por necessitar de trabalho, foi o primeiro, após tomei gosto pela profissão e foi indo”. (A)*

Associa-se, às razões expostas, o fato de existir um bom mercado de trabalho no exercício das atividades de Enfermagem. Olhando-se por este prisma e considerando-se o nível de desemprego existente no Brasil, é fácil entender as razões expressas pelos informantes.

O fato das pessoas optarem em trabalhar inicialmente como um meio de subsistência apenas indica a necessidade de se investir na sua qualificação. Esse é, talvez, um dos maiores problemas em atenção à saúde do país. Eis aí um fato que me parece de difícil solução, pois este grave problema que se estabeleceu em torno da assistência à saúde humana passa por instâncias de decisões políticas que, na maior parte das vezes, escapam da alçada técnica. Entretanto, o escopo profissional me permite olhar na direção do indivíduo que necessita de cuidados e, para isso, encontra-se fragilizado, tanto no aspecto físico como no emocional, ficando na dependência de que profissionais atentos e inconformados busquem, através de ações científicas e humanas, amenizar o sofrimento e oferecer uma perspectiva animadora a todos que recorrem às instituições de assistência à saúde.

É inegável que o mercado de trabalho na Enfermagem ainda é farto, logo absorve os profissionais de nível superior e de nível médio que são lançados na rede compradora destes serviços, a cada ano. Outro aspecto a considerar são os baixos salários oferecidos às categorias da Enfermagem. Por tudo isto, podemos nos considerar como heróis, pensando nas condições que temos para desenvolver este trabalho, como aborda Leopardi (1994, p. 19):

**“a deteriorização geral das condições de trabalho no Brasil, caracterizada por extensas jornadas de trabalho, falta de material e de pessoal, além de baixos salários, tem significado uma evasão dos profissionais da Enfermagem nos últimos anos. Essa, porém, é uma versão apenas parcial, pois também há profissionais que encontram motivações para permanecer na área, em que pese a insatisfação com as condições mencionadas. O que nos faz continuar” ?**

Seguindo na esteira dos pensamentos de Leopardi, pode-se dizer que o trabalhador de Enfermagem tem particularidades especiais, que provavelmente funcionem como determinantes básicos para a definição da escolha profissional. Acredito que as vivências familiares e identificações com pessoas cuidadoras contribuam significativamente para a tomada de decisão daqueles que optam pela Enfermagem como profissão ou como ocupação.

Neste contexto, não busquei vítimas, nem culpados, mas entendo que é válido assinalar o quanto estou preocupada com a forma pela qual a Enfermagem trabalha, o quanto é necessária uma educação continuada em que estes aspectos possam ser discutidos e melhorados pelos profissionais enfermeiros.

O que se observa freqüentemente é a preocupação dos trabalhadores de Enfermagem no cumprimento de tarefas, com pouca reflexão sobre este fazer, transparecendo na assistência prestada. Acredito que a realização de uma prática pensada qualifica a assistência, ao mesmo tempo que proporciona uma retroalimentação sistematizada ao profissional que desenvolve tais atividades.

Vários ícones poderão apontar para razões determinantes na escolha da profissão; dentre estes, aparece o estímulo causado pelos treinamentos emergenciais que geralmente acontecem diante da necessidade do mercado de trabalho.

É nesta situação que pessoas são recrutadas para suprir necessidades surgidas nas instituições e a partir dos treinamentos e da convivência com a realidade da profissão. Muitas delas decidem por permanecer nas atividades de Enfermagem e buscam uma formação que lhes assegure a legalidade para tal exercício.

Parece-me ser esta a situação em que se enquadra o informante a seguir:

*“após um treinamento de primeiros socorros comecei a ter interesse pela enfermagem, tive a oportunidade de fazer o curso de auxiliar no qual tive conhecimentos gerais na área em que a auxiliar é capaz de fazer na enfermagem”.(H)*

Há uma realidade que ainda se faz presente na maioria das instituições de saúde, isto é, a figura do Atendente de Enfermagem que na maior parte das vezes, começou na instituição por outras atividades menos complexas e, por ter demonstrado interesse pela atividade de cuidar de pessoas, foi "aproveitado" na equipe de Enfermagem, como ressalta F:

*“eu fiz um cursinho de atendente de enfermagem, gostei e me interessei, daí fui trabalhar no hospital”.*

Esta Instituição pesquisada, em particular, ainda apresenta um número bem expressivo de Atendentes de Enfermagem, o que pode ser justificado, em parte, pela ausência de profissionais Auxiliares e Técnicos de Enfermagem na cidade, e também, de um curso Técnico de Enfermagem, o que atenderia esta demanda.

Existe a vertente do gostar de cuidar de pessoas enfermas o que parece fazer parte do ser humano, pois quando existe alguém necessitando de cuidados, naturalmente surge um cuidador. Não me parece ser uma atitude aprendida na academia ou em qualquer lugar que se proponha a ensinar tal prática.

O motivo de gostar de cuidar foi revelado diversas vezes, como verifica-se nas falas:

*“após muitos cursos vocacionais, onde todos apontavam para a área social tentei e consegui vencer os meu medos, pois tinha muitos medos, venci após ter que ajudar em casa, pois um de minha família passou 2 anos acamado e necessitava de cuidados tanto na área de medicação como higiene. Ele necessitava de muito cuidado. Após essa etapa,*

*comecei a ver realmente que eu tinha jeito para tratar, ajudar e auxiliar o próximo. E hoje sei, tô no lugar certo". (B)*

*"trabalho na enfermagem primeiro por gostar de cuidar de doentes, quando fiz o curso de auxiliar de enfermagem eu percebi que realmente era essa profissão que queria para mim, poder cuidar, falar com as pessoas, dar apoio, enfim ajudar as pessoas doentes, necessitadas e carentes" (C).*

*"vários fatores concorreram para ser tomada essa decisão para trabalhar na enfermagem, em primeiro porque gosto de lidar com pessoas, e a enfermagem exige que em primeiro lugar goste disso, gosto da profissão porque você não lida com coisas e sim com seres humanos que estão debilitados e naquele momento difícil você tem que ser acima de tudo um amigo, porque deve ser horrível você se deparar com uma pessoa preparada sabendo todos os macetes da profissão, e ser mal educado, estúpido, de nada adianta um curso". (K)*

Voltando o olhar para os primórdios da humanidade, pode-se verificar a figura do cuidador nas várias culturas e nos vários momentos da civilização. Donde compreende-se que os cuidadores emergidos de cada cultura desenvolvem uma maneira particular para esta atividade. Por outro lado, os cuidadores produzidos pela academia ou cursos profissionalizantes apresentam uma característica em comum, ou seja, usam de princípios científicos e técnicos para desenvolverem a sua atividade.

Neste estudo, encontram-se, em vários momentos, falas afirmativas, que nos permitem compreender que a escolha pelo trabalho na Enfermagem passou por um critério pessoal, isto é, pela finalidade de cuidar pessoas enfermas, ser útil ao próximo, contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas e por, desde cedo, ter contatos com atividades de cuidar.

A fala, a seguir, revela o gosto pela profissão, a possibilidade de contribuir com a população e a solidariedade que permeia esta relação:

*"em primeiro lugar o gostar da área da saúde. É uma profissão extremamente gratificante e humanitária que permite contribuir para uma melhor qualidade de vida da população, fazendo parte de uma equipe de saúde". (Z)*

Travelbee (1979, p. 149) coloca que a:

**“solidariedade implica em um desejo de ajudar um indivíduo que atravessa por uma situação de stress (...) Solidariedade é uma forma de cumplicidade. É um processo, um acontecimento, uma experiência vivenciada simultaneamente pela enfermeira e pela pessoa que recebe o cuidado. Ela é composta por um grupo de pensamentos e sentimentos inter-relacionados, sendo que estes pensamentos, sentimentos e atitudes são transmitidos ou comunicados de um ser humano para outro”.**

Diante destas manifestações, pode-se considerar que as pessoas escolheram o trabalho na Enfermagem, por alguma razão, estão diante do propósito de cuidador, portanto, é esperado que estas pessoas estabeleçam uma forma de comunicação satisfatória para o outro e para si.

As falas, a seguir, demonstram que a escolha pelo trabalho na Enfermagem deu-se em função da admiração pela profissão:

*“sempre achei uma profissão muito bonita, delicada e de grande responsabilidade, sempre quis fazer parte dessa equipe, consegui, se tivesse que recomeçar, com certeza optaria por enfermagem”. (P)*

*“muitos fatores me levaram a escolher a enfermagem, mas eu acho que a pessoa tem que se identificar, gostar, se dedicar com o que faz, se não, não dá certo, isso é o mais importante para mim”. (V)*

*“a pessoa necessita de procedimentos mais complexos e a carência de profissionais nesta área. Toda a população necessita de profissionais de enfermagem quer na saúde preventiva ou curativa”. (X)*

Os dados examinados sugerem uma reflexão acerca dos valores e expectativas dos trabalhadores da Enfermagem, isto nos coloca diante de um dilema, quando estamos no papel de líder da equipe, muitas vezes, cobramos produtividade e esquecemos que por trás de cada ação existe uma pessoa com suas circunstâncias e que geralmente necessita de cuidados.

## O QUE REPRESENTA O TRABALHO NA ENFERMAGEM

QUADRO 16 - Tema 2: O que representa o trabalho na enfermagem, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Categoria 1	Aprendizagem	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprende a valorizar a vida</li> <li>• Aprende com os colegas</li> </ul>	1 1
Categoria 2	Realização pessoal	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gosta do que faz</li> <li>• Sustento pessoal</li> <li>• Opção de trabalho</li> </ul>	8 2 1
Categoria 3	Desafio	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade frustrante e gratificante ao mesmo tempo</li> <li>• Estar sempre procurando aliviar o sofrimento das pessoas</li> </ul>	1 4
Categoria 4	Responsabilidade em cuidar	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado com a saúde</li> <li>• Cuidado com a vida</li> </ul>	1 1
Categoria 5	Atividade humanitária	Frequência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar de pessoas</li> <li>• Empatia com as pessoas</li> </ul>	8 2

Trabalhar na Enfermagem, na visão dos informantes, é representado por uma perspectiva humanitária como: aliviar sofrimentos, cuidar da vida e da saúde das pessoas, mas também representa uma fonte de renda, uma constante aprendizagem e sentimento de frustração e prazer.

É neste misto de sensações e sentimentos que está inserido o trabalhador da Enfermagem que, além de ser alguém que deve prestar ajuda, trás consigo uma história de vida, que geralmente lhe exige mais das suas possibilidades humanas e profissionais.

Nesta ambivalência, pode-se notar a complexidade das sensações decorrentes dos desafios e das conquistas que experimentam os trabalhadores de Enfermagem.

As situações conflitivas podem remeter o homem para grandes buscas. Neste estudo, parece não ter sido diferente, as dificuldades surgidas no cotidiano de cada um deve ter sido a mola propulsora para que buscassem em cada um dos colegas algo que este tivesse para compartilhar.

Neste clima de trocas, os dados apontam para um processo natural da comunicação intergruppal, que certamente determinou uma valorização pela vida.

Outro fator a ressaltar nestes dados está circunscrito à realização pessoal; podemos entender como obter satisfação no que se faz, sustento pessoal e a satisfação de trabalhar.

Vejo que estes componentes, quando bem administrados, constituem-se em fatores produtivos, tanto para quem presta cuidados como para quem os recebe.

*“de certa forma é um desafio constante. É uma atividade ao mesmo tempo gratificante e frustrante. Somos obrigados a constantes questionamentos pessoais e do sistema, isto nos renova”. (E)*

*“são vários os fatores, entre eles o mais importante é estar ligado a área da saúde, é aquela luta constante contra a doença, sempre procurando aliviar ou diminuir o sofrimento de pessoas enfermas”. (L)*

As falas expressam como os informantes percebem e se adaptam à realidade de estar presente nas situações de sofrimento e morte de pessoas com quem são tão parecidos. Isto aliado aos componentes institucionais, constitui-se nem desafio permanente para cada um.

Sobre os desafios, afirma Leopardi (1999, p. 154):

**“eis aí nosso desafio como profissionais da saúde, ou seja, separar a condição institucional, como momento mais geral do processo, do momento concreto relativo ao plano de assistência para dar conta das necessidades de um indivíduo em particular, contra a tendência de se estabelecer normas insuperáveis e que funcionem como barreira ao desenvolvimento de tarefas relacionadas às finalidades propostas”.**

O trabalho na Enfermagem, pelas suas características, enseja uma atividade de equipe, o que exige um constante renovar nos conceitos e na prática do fazer, que é permeado pela comunicação efetiva. Pode-se considerar uma equipe de Enfermagem como um laboratório, que deve produzir conhecimentos novos e revisar os antigos, mas também, estar atenta para as relações do grupo, porque este é um dos principais instrumentos de trabalho de que a Enfermagem dispõe para fazer deste uma ação humanizadora.

*“além de ser um ótimo lugar para aprendizagem é ótimo pois você convive com tudo e todos e aprende a dar valor a vida. E mais, você aprende muito com os colegas que já estão a mais tempo na profissão e com os pacientes que te passam muitos conhecimentos. Como, por exemplo, como ser mais humano do que apenas um profissional que está ali para te ajudar e te auxiliar, neste momento tão difícil”. (B)*



Leopardi (1999, p. 157) lembra que o:

**“trabalho sem valor é mera atividade, perdeu seu sentido histórico e político. Perde também o poder de auto-realização e perde a sua dimensão ética. Para que serve o trabalho, para quem, com que objetivo?”**

Respondendo a esse questionamento feito por Leopardi, encontramos falas que revelam ser a Enfermagem uma atividade humanitária:

*“como já disse gosto, mas ajudar o meu próximo é um modo de dizer obrigada por tudo que Deus me deu que é o dom de ajudar sem pensar em recompensa”. (A)*

*“para mim foi a minha realização pessoal, eu gosto do que faço, o que faço é com amor, dedicação, carinho, porque as pessoas que aqui chegam, elas vem com medo, apreensão de que a patologia seja grave, então aí temos que esclarecer, conversar, explicar e acalmar as pessoas”. (C)*

*“representa uma satisfação em poder minimizar o sofrimento dos outros com o meu trabalho”. (R)*

*“para mim é uma atitude de irmandade, principalmente no setor que trabalho, vendo e tendo dificuldades financeiras, de material para executar as tarefas, uma doação. Uma opção de trabalho com muita dedicação”. (U)*

Durante a análise de algumas falas, nota-se a frequência com que os informantes referem-se ao trabalho na Enfermagem como ato de doação. É provável que esta seja uma visão herdada da Enfermagem feita como caridade. Não podemos mais concordar com esta forma de pensar e fazer Enfermagem. Trata-se de uma profissão pautada em princípios científicos, que pode ser exercida com humanização.

Outro aspecto a ser considerado é o idealismo da profissão. O que não existe são condições de aplicabilidade no local de trabalho dos informantes. Durante a realização das entrevistas, fica claro que os mesmos reconhecem que as questões administrativas influenciam negativamente o desenvolvimento de um trabalho considerado bom. Este aspecto ficou evidente quando observou-se os diálogos.

Alguns informantes conseguem estabelecer uma visão crítica das condições de trabalho e, por conseguinte, as dificuldades de um processo comunicacional que seja satisfatório.

*“poder aliviar o sofrimento físico, dar aconselhamento por causa do sofrimento moral, no caso de doenças ainda preconceituosas pela sociedade e, para poder dar à comunidade um serviço de saúde mais justo e digno”. (X)*

*“é passar para os pacientes não somente cuidados profissionais e técnicos, mas acima de tudo, respeito, amor e apoio emocional”. (Z)*

### PROCESSO COMUNICACIONAL:

### VISÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

QUADRO 17- Tema 3: Entendimento sobre comunicação com o usuário, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.

Categoria 1	Comunicação como base para um bom atendimento	Frequência
	• Facilita o trabalho da enfermagem	12
Categoria 2	Comunicação como um instrumento terapêutico	Frequência
	• Informar o procedimento que será realizado	5
	• Auxilia na recuperação	8
	• Auxilia na prevenção de futuras enfermidades	1
Categoria 3	É a forma de relação entre usuário e Enfermagem	Frequência
	• Deve conter um componente afetivo	4
	• A enfermagem deve ter calma e paciência	3
	• Transmitir Segurança	3
	• Saber escutar	1

A comunicação com o paciente, na visão dos informantes, é representada como a base para um bom atendimento, como instrumento terapêutico e a forma de relação entre usuário e Enfermagem.

No Quadro 17, aparecem algumas formas de entendimento que os informantes têm a respeito do processo comunicacional. Parece-me que estes dados estão coerentes com a realidade da prática, pois a discussão sobre comunicação terapêutica ainda acontece de forma insipiente. Portanto, algumas falas podem sugerir uma visão nebulosa sobre a proposta teórica da aplicação dos princípios da comunicação como instrumento terapêutico.

Passo a discutir as falas numa divisão de categorias para tornar mais compreensível este tema.

*“a comunicação é necessária tanto para o paciente como para nós pois facilita nosso atendimento”. (A)*

*“a comunicação com os nossos pacientes é muito importante, o ato de se comunicar com os mesmos seja por gestos ou palavras contribui muito para o sucesso com eles com muita facilidade”. (J)*

*“a maneira como se relaciona com o paciente proporciona confiança no profissional e este pode ajudar no conforto e bem estar do paciente”. (P)*

É bem significativa a frequência com que aparece à comunicação como instrumento facilitador do trabalho da Enfermagem.

Fica evidenciado nas falas que os profissionais percebem a importância do estabelecimento de relações que propiciem a comunicabilidade de ambos, usuário e profissional, em situação de igualdade, onde cada um seja respeitado.

Furegato (1999, p. 40), ao referir-se à comunicação, explicita as condições necessárias para que, tanto profissionais quanto usuários, possam valer-se de condições ideais para estabelecer uma relação terapêutica, quando diz:

*“não basta ao enfermeiro ter pretensão ou boa vontade de comunicar-se com os pacientes, com sua equipe de trabalho e com os outros profissionais. Não basta ainda conhecer todas as técnicas de comunicação. Ele precisa conhecer o ser humano tanto biológica quanto psiquicamente no seu desenvolver natural. Ele precisa ter conhecimento das emoções, sentimentos e motivações do ser humano, tanto no que se refere ao conhecimento ao comportamento do paciente, como também naquilo que tange à sua própria pessoa, pois, a intercomunicação ocorre entre dois seres humanos que agem, reagem e influenciam-se mutuamente”.*

A comunicação efetiva é vista como um instrumento terapêutico, ou seja, auxiliando na recuperação do usuário, como mostram as falas:

*“a comunicação é importante pois auxilia até na recuperação, através do diálogo podemos passar informações sobre sua recuperação, medicamentos, higiene e preveni-los de futuras enfermidades”. (D)*

*“é de fundamental importância na recuperação do paciente, também para colher informações que muitas vezes auxiliam no diagnóstico”. (I)*

*“eu entendo que a comunicação é um fator muito importante para ajudar na recuperação do paciente. O que sei é que devemos ser atenciosos e observar o paciente, dar liberdade para que também venha a se comunicar conosco”. (O)*

Observou-se que, apesar de todas as dificuldades que o funcionário tem para poder exercer sua função, como falta de material, deficiência de pessoal, desvalorização profissional, este ainda tem a sensibilidade em enxergar no usuário da Instituição uma pessoa com ansiedades, questionamentos e fraquezas. Este é um aspecto positivo da equipe em geral.

De outro lado, existem alguns profissionais que não têm a mesma motivação para o trabalho, e isto influencia negativamente o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito.

Para muitos profissionais desta instituição, a comunicação é entendida como a forma de relação entre o usuário e a Enfermagem, como revelam as falas:

*“é o principal fator, pois é através desta que podemos saber o que as pessoas estão sentindo, suas dificuldades, uma boa comunicação torna tudo mais fácil, faz com que o paciente sinta-se mais seguro, confiante e esperançoso”. (U)*

Verifica-se que há um bom entendimento daquilo que os usuários possam pensar sobre a Enfermagem, o que, acredito, falta, são melhores condições para dialogar e ouvir, nos momentos em que mais se necessita.

*“eu entendo que é muito importante, porque ponha-se no lugar do paciente, nós da enfermagem somos estranhos para eles, temos o dever de dizer com antecedência, por exemplo, se vai receber um banho de leito, ou então um curativo. Assim, tranquilizará, e o procedimento acontecerá muito melhor”. (V)*

A informante X quantifica que se necessita informação e orientação para um bom tratamento, o que sem dúvida é importante. Podemos argumentar que existem outros fatores importantes e necessários para que o usuário aceite certos procedimentos e tratamentos, como por exemplo, o reconhecimento de sua necessidade, o apoio dos familiares e a sua própria vontade de restabelecimento.

*“o fator primeiro e mais importante é a comunicação e o bom relacionamento, principalmente para que aceite certos procedimentos e tratamentos. Acho que 50% do tratamento depende da informação e orientação”. (X)*

A enfermeira coloca que a comunicação é constituída de componentes não-verbais, e como explica Silva (1996, p.29), a “**comunicação não-verbal refere-se à transmissão de mensagens sem o uso de palavras**”.

*“a comunicação é feita de simples atitudes como o toque das mãos, a troca de olhares que suprime palavras, a demonstração de carinho, afeto e emoção”. (Z)*

Faria (1996, p. 128), referindo-se aos aspectos do processo comunicacional, diz:

**“é preciso reafirmar que o espaço comunicacional compreende, além da fala (expressão verbal), também os gestos, o lugar onde se realiza a interrelação, o olhar, o escutar; esses são elementos não considerados pelos trabalhadores, nas interrelações com os usuários, importando, ao que parece, repassar a mensagem, sem se considerar os aspectos de relação”.**

#### **MANEIRA INDIVIDUAL DE SE COMUNICAR COM O USUÁRIO**

Quanto à maneira individual de se comunicar com os usuários da Instituição, os informantes revelam, através das suas falas e pela observação feita, que existe uma comunicação de boa qualidade, haja visto, que existe o entendimento por parte dos respondentes que a comunicação qualifica o atendimento, com o que concordo, pois quando prestamos assistência de Enfermagem para alguma pessoa, inevitavelmente ocorre uma interação que requer saber ouvir e saber conduzir o diálogo, para que o atendimento não se encerre no procedimento técnico. Por outro lado, a comunicação não verbal é outro dado com que devemos saber conviver e estar atentos para interpretá-lo adequadamente.

**QUADRO 18 - Tema 4: Maneira individual de se comunicar com o usuário, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.**

Categoria 1	Boa comunicação	Freqüência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfatória</li> <li>• Tem segurança</li> <li>• Qualifica o atendimento</li> </ul>	15 2 4
Categoria 2	Comunicação insuficiente	Freqüência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfatória</li> </ul>	2
Categoria 3	Características da comunicação	Freqüência
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação</li> <li>• Carinho</li> <li>• Clareza</li> <li>• De fácil compreensão</li> <li>• Linguagem adequada</li> <li>• Paciência</li> <li>• Empatia</li> <li>• Transmitir confiança</li> <li>• Proporcionar conforto</li> <li>• Orientação</li> <li>• Respeito</li> <li>• Comentários positivos</li> </ul>	1 5 3 5 4 2 3 5 2 2 2 1

Os informantes acreditam que uma boa comunicação qualifica o atendimento e a maneira de cada um é bastante diferenciada como pode se verificar durante a realização da observação. Em geral, os informantes comunicam-se bem como revelam as falas:

*“acho que me comunico bem com os pacientes, tento sempre não deixar as pessoas sem resposta. Trato indiscriminadamente todas da mesma maneira, com educação, carinho, conversa, brinco, para eles se sentirem a vontade, isso dentro de cada caso”. (C)*

*“eu tento fazer o melhor possível, sempre ouvindo-os e tentando levar uma palavra que ajude-o a enfrentar o período que estão passando”. (D)*

*“eu acho que minha maneira é boa, sinto segurança ao me comunicar com os meus pacientes”. (F)*

Quanto à maneira individual de se comunicar com o usuário, os informantes, em geral, acreditam que têm uma maneira satisfatória de se comunicar, as características da comunicação se revelam de maneiras muito variadas.

De acordo com as respostas, percebo que, embora existam aqueles que qualificam como insatisfatória a sua comunicabilidade, por outro lado, um número expressivo de informantes acha satisfatória e caracteriza a comunicação principalmente como sinônimo

de carinho, que deve ser de fácil compreensão e transmitir confiança, o que fica claro nas falas:

*“tenho muita paciência e carinho com os nossos pacientes, sendo assim consigo me comunicar com eles com muita facilidade”. (J)*

*“acho que tenho boa comunicação, porque através da comunicação que conseguimos tranquilidade, respeito e amizade, geralmente tenho bom relacionamento com os pacientes”. (P)*

*“procuro ser sempre o mais claro possível, evito usar termos técnicos para que o paciente tenha facilidade de compreender, procuro deixá-lo sempre bem a vontade. Principalmente lhe informando que eu tenho bastante experiência na profissão e que estou fazendo aquilo porque gosto e que já me deparei com outros casos similares ao seu”. (L)*

Parece haver uma zona nebulosa entre o que os autores propõem como processo comunicacional e a compreensão dos respondentes sobre estes conceitos. Entretanto, o que fica transparente, é o desejo de serem aceitos e corresponderem às expectativas dos usuários.

*“eu procuro deixar o paciente bem a vontade, para fazer com que crie confiança no meu trabalho. Acredito ser a melhor forma de comunicação”. (R)*

*“tento ser a melhor possível, porque não gostaria que um familiar meu fosse mal atendido, não faço com os outros o que não quero para os meus, tento ser amiga, principalmente no setor onde estou as pessoas ficam isoladas da família e esperam que a gente converse e trate bem”. (K)*

*“eu me comunico bem com os pacientes e pessoas que me procuram para orientação”. (X)*

*“faço uso do diálogo, baseado na confiança, no respeito, visando sempre qualificar o atendimento aos pacientes”. (Z)*

Neste tema, discutiram-se alguns aspectos relativos ao entendimento e a prática dos informantes no que diz respeito a comunicação com o paciente. Parece-me que há compreensão destes sobre a importância da técnica proposta pelos autores que constituíram o meu referencial teórico, mas também apareceram manifestações carregadas de emoção e conteúdo humanístico. É por estes aspectos encontrados nas falas dos informantes, e pela observação do cotidiano do meu trabalho, que encontrei, neste aspecto, possibilidades para a consecução de uma prática calcada na comunicação terapêutica.

Para Furegato (1999, p. 63),

**“o processo terapêutico não acontece nem no paciente, nem no enfermeiro, mas entre os dois, na comunicação interpessoal. Assim, podemos nos sentir liberados da tarefa básica de descobrir porque o paciente fala, sente e se comporta. Este, na hora exata poderá dar as respostas. Devemos observar como o paciente fala, pensa e se comporta e como isto lhe provoca sofrimentos. Devemos também observar o que ele é, o que busca partilhar de modo claro, obscuro ou confuso e o que leva a querer nossa atenção. Assim, podemos ajudá-lo a encontrar seus próprios caminhos, porque, enquanto ele vai aprendendo a ouvir-se a si mesmo, começa igualmente a aceitar-se; conforme vai exprimindo seus afetos e verificando no enfermeiro atitudes de aceitação e interesse, vai mostrando-se como realmente é e passa a crescer e a criar de maneira construtiva”.**

#### IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À

#### COMUNICAÇÃO EFETIVA NO ATO TERAPÊUTICO

**QUADRO 19 - Tema 5: Importância atribuída a comunicação efetiva no ato terapêutico, segundo os sujeitos do estudo. Dom Pedrito, 2000.**

Categoria 1	Comunicação no ato terapêutico	Frequência
	• Ajuda na recuperação	8
	• Ameniza o sofrimento	2
	• Ajuda a entender e conhecer melhor o usuário	2

*“a comunicação é a base de tudo, muitas pessoas aumentam sua patologia porque não tem com quem conversar, ninguém explica o que está ocorrendo com sua pessoa, eles se sentem indefesos e fracos. Quando chegam aqui tem apoio, explicação e sentem-se bem melhor”.*  
(C)

*“em muitas situações o sucesso de um procedimento está diretamente relacionado à capacidade de comunicação da enfermagem com o paciente”.* (E)

Considerando-se as diversas barreiras emocionais que a pessoa hospitalizada passou para chegar à realização do tratamento, considerando-se os primeiros passos em direção à decisão da consulta, da internação, e, como conseqüência à restrição dos hábitos de vida, como: deixar seus pertences e sua identidade ao proceder a internação, passar a



usar roupas que não fazem parte do seu cotidiano, adaptar-se aos horários da Instituição, revisar os hábitos alimentares, é de se esperar que o desejo de serem ouvidos e de receberem informações seja mais que uma expressão pessoal, pois disso depende o “sucesso” da terapêutica, ou pelo menos, da adesão ao mesmo.

Por estas razões, a internação constitui-se num momento em que a pessoa se sente fragilizada, com um profundo sentimento de impotência e medo do que lhe possa acontecer. Nestas circunstâncias, a ansiedade atinge um nível considerável e, isto, geralmente, interfere na maneira com que a pessoa em tal situação venha a se relacionar com o mundo externo, isto é, com o meio ambiente e com as pessoas que nele estão inseridas.

*“Quando nos comunicamos com os nossos pacientes conhecemos melhor as suas ansiedades, problemas, angústias, enfim, chegamos bem perto deles, e essa comunicação tem muita importância, pois ajuda a entendermos e conhecermos melhor o paciente, o que nos possibilita e facilita a colaboração no seu tratamento”. (J)*

É neste momento que a equipe de Enfermagem passa a ter um papel de grande importância junto à pessoa enferma. É este profissional que passa a fazer parte das esperanças de um retorno ao estado de bem-estar, pois são estas pessoas que acompanham os momentos de esperanças e desesperanças, amores e desamores, sofrimentos e alegrias. Assim, a qualidade da comunicação passa ser uma fator importante no processo do adoecer e voltar a ser saudável, como demonstram os profissionais em suas falas.

*“tudo que é feito com amor não exige sacrifício, o diálogo entre a enfermagem e o paciente é um complemento ao ato terapêutico”. (I)*

*“devemos dar informações diariamente aos pacientes, parar um minuto para ouvi-los, tentar ajudar sempre, desde a internação até o momento da alta, pois faz com que eles se sintam importantes e que não são um número de leito, mas pessoas”. (D)*

*“a comunicação é de suma importância, pois através da comunicação efetiva o paciente tem muito mais condições de melhorar as suas condições, de afeto e carinho que todos precisamos, pois temos que dar amor, na nossa profissão o carinho é muito importante”. (O)*

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivenciada na prática assistencial na Unidade Obstétrica, e posteriormente, com a pesquisa nesta unidade, na Unidade Clínica e de Tratamento Intensivo, julgo oportuno pontuar alguns elementos, eixos norteadores do estudo, estabelecendo relações com o estudo realizado. Assim, neste momento, destaco alguns pontos-chave, como: Prática Assistencial, Referencial Teórico, Teoria de sustentação do estudo, pressupostos, metodologia adotada para a análise da vivência e objetivos norteadores do estudo.

Considero estes tópicos como sustentáculos para o desenvolvimento do estudo que ora concluo, e que possibilitaram a formulação do meu pensamento a respeito do que foi evidenciado.

Acredito que um dos atributos mais notáveis do homem é o da comunicação, por ser uma necessidade inata que torna possível manifestar ou exteriorizar o que se passa no mundo interior. Através de atividades gregárias, permite-se o desenvolvimento da perceptibilidade, por maturação e aprendizagem, para captar e interpretar as reações de si próprio e dos outros, e ainda transmitir e receber impressões comuns.

A comunicação é um processo que mobiliza todas as ações humanas. Fundamenta a organização e o funcionamento de todos os grupos sociais.

A importância da comunicabilidade na Enfermagem assume maiores proporções, quando se leva em conta que o escopo desta é saber lidar com gente, é contribuir para a

preservação e restauração da saúde, e é ter o devido respeito à vida na promoção de ações necessárias para mantê-la.

Como diz Daniel (1983, p. 65), **“ninguém faz enfermagem, nem como arte, nem como ciência, sem ser capaz de comunicar-se eficientemente”**.

É urgente interrogarmo-nos sobre a forma como cada um aprendeu a comunicar-se e, sobretudo, não se comunicar.

Todos nós, crianças ou adultos, temos uma aspiração fundamental ao diálogo, à partilha e à amplificação de nossas possibilidades. O verdadeiro diálogo está baseado em uma dupla possibilidade: de nos expressarmos com a maior liberdade possível e sermos escutados, sem julgamentos, nem rejeição, e de fazer com que o outro venha a expressar-se com a maior liberdade e ser escutado com uma liberdade equivalente.

Acabamos persuadidos de que a boa vontade e a intencionalidade positiva sejam suficientes para entendermo-nos com outrem. Entender-se quer dizer, para muitos, estar de acordo. Cada um vai aperceber-se, com maior ou menor sofrimento, de que todas essas crenças que se revelam fictícias, não são suficientes para permitir a comunicação.

Quantos tateios, mal-entendidos e sofrimentos serão necessários para descobrir que comunicar é pôr em comum diferenças e semelhanças, a partir de duas necessidades fundamentais: a necessidade de ser reconhecido e a necessidade de ser escutado.

Eu, Enfermeira, ser humano e inconclusa, buscando transformar-me e transformar minha realidade, encontrei-me com os outros sujeitos num ambiente - o espaço hospitalar - espaço de interação humana, cheio de conflitos e, por isso, palco de encontros e desencontros, de encantos e desencantos, porém extremamente receptivo a reproduzir momentos de reflexão, momentos educativos, no sentido de contribuir para uma melhor atuação da enfermagem, enquanto prática cuidadora.

Este encontro com os profissionais da Enfermagem pode desenvolver ações reflexivas sobre o Processo Comunicacional, que ora vem sendo utilizado pela equipe de Enfermagem deste hospital.

Pode-se desenvolver aspectos relacionados com a empatia daquelas pessoas cuidadoras, mobilizando outros pensamentos e reflexões acerca de como se dá a comunicação e o relacionamento interpessoal desta equipe.

A transformação passa, então, a ser entendida como resultado da ação sobre a realidade, para a criação de um mundo novo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, modificando a realidade. Então, através da práxis do homem, acontecerá a transformação da realidade. Esta transformação, muitas vezes, é palpável e muito visível, em outras, é tímida e demorada, quase imperceptível.

O ser humano, o profissional de Enfermagem, o usuário do Serviço de Saúde, a sociedade, estão num processo constante e contínuo de transformação, visando um homem capaz de “ser mais”, capaz de trilhar seu caminho. É uma transformação que procura libertá-lo de suas amarras, desvelando e fazendo surgir uma sociedade mais humana e igualitária.

Ao dar os últimos encaminhamentos deste estudo, abordo e saliento os aspectos que nortearam eticamente e moralmente esta pesquisa, uma vez que o trabalho de Enfermagem, seja ele sob a forma de cuidado, educação ou administração, envolve a interação com seres humanos, sendo, por isso, fundamental o respeito aos princípios da ética humana e observação aos preceitos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Ao participarmos de qualquer prática, seja como enfermeiro, educador ou pessoa, é imprescindível que a exerçamos com responsabilidade; de um lado, cumprindo deveres e, de outro, exercitando direitos. O direito de ser tratado com dignidade, de ser respeitado como gente. O direito de ter reconhecidos e respeitados todos os direitos que nos são assegurados pela lei e pela convivência humana e social.

O respeito a estes direitos é dever daqueles que têm o poder em diferentes instâncias, sobre a atividade de que fazemos parte. Sua responsabilidade exige deles que cumpramos os nossos deveres.

É claro que a superação dessas distorções não se situa nos discursos e nas propostas moralistas, mas num clima de rigorosidade ética a ser criado com necessárias e

urgentes transformações sociais e políticas. Transformações que vão viabilizando, cada vez mais, a execução da prática e de uma educação voltada para a responsabilidade, para a libertação das injustiças e discriminação de classe, sexo e raça.

Ao desenvolver este trabalho, foi imprescindível que esses aspectos fossem considerados. Foi fundamental que eu manifestasse respeito à dignidade do colega, para que ele se sentisse como um sujeito interagindo e participando reflexiva e criticamente da avaliação deste processo comunicacional.

Avalio que o referencial teórico de Faria e Travelbee, originalmente proposto, podem ser usados satisfatoriamente na abordagem do processo comunicacional de enfermagem que compõe o papel do profissional de Enfermagem, enquanto cuidador dos usuários dos serviços que prestamos à sociedade.

O existir do homem só é possível por meio da comunicação. Muitos autores discutem o envolvimento das pessoas no processo de comunicação, embora nem sempre conscientes de sua significação como condição fundamental para o pleno desenvolvimento humano. Ela permeia toda a vida do homem, pois desde o nascimento, ele passa a influenciar e a ser influenciado pelo meio em que vive. Desde cedo, a criança percebe que, pelos sons e atitudes, pode obter as coisas que deseja.

No decorrer da vida, o desenvolvimento da comunicação adquire maior complexidade pela própria necessidade de domínio da linguagem, leitura, processo de raciocínio, análise do mundo e de si próprio, além da participação em organizações sociais.

O homem encontra-se em constante interação com seu meio e, para isso, ele se utiliza da comunicação. Ela envolve uma gama de fenômenos psicológicos e sociais que ocorrem entre as pessoas e dentro de cada uma delas, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa. Os comunicadores, em todos esses níveis, manipulam signos e, desse modo, afetam a si mesmo e aos outros.

A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido. Nesse processo, incluem-se ainda a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos e de persuasão.

Por isso, não existe comunicação totalmente objetiva. Ela se faz entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte com sua subjetividade, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas.

É visando o relacionamento humano que a equipe de Enfermagem procura dialogar com o usuário do Serviço de Saúde, seus familiares, as comunidades e a equipe de saúde; é também através do relacionamento que procuram desenvolver métodos de trabalho de grupo, que propiciem um melhor entendimento para si mesmos e para os outros.

O presente trabalho pôde obter indicações de que a equipe de enfermagem que atua na Instituição pesquisada é favorável e percebe os benefícios da comunicação efetiva.

Entretanto, evidenciou-se que o que um dos fatores importantes que interferem na qualidade que permeia esta relação, são as condições estruturais que os profissionais têm para poder realizar a sua prática assistencial.

Ficaram evidentes alguns aspectos negativos, como: carência de profissionais Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, com a conseqüente sobrecarga de atividades e com isso pouca atenção voltada ao usuário; o número ainda expressivo de Atendentes de Enfermagem, os baixos salários, a deficiência estrutural das unidades de internação (material, equipamentos), dupla jornada de trabalho e falta de reciclagem.

Apesar disto, observou-se que os profissionais da equipe de enfermagem conseguem estabelecer um vínculo com o paciente, ter empatia, perceberem este como um ser humano.

Este trabalho pôde proporcionar, aos profissionais, momentos de reflexão, enquanto respondiam os questionamentos da entrevista e/ou quando eram observados na sua prática diária de trabalho.

Esta Instituição ainda não tinha sido local de realização de nenhuma pesquisa. Por fazer parte do quadro de funcionários, muitas etapas do trabalho foram facilitadas.

Atualmente, esta Instituição está passando por um momento de mudanças, este ano assumiu novo provedor e diretoria.

Há uma intenção de melhorias de condições de trabalho, valorização dos profissionais, pode-se dizer que este hospital está passando por muitas mudanças estruturais e administrativas.

Assim, este trabalho pode levantar várias questões pertinentes à assistência de enfermagem que podem ser modificadas e melhoradas.

A questão comunicacional, mesmo sendo um tema antigo, ainda é pouco estudada na área da enfermagem. Este trabalho proporcionou apenas um olhar a esta problemática, pois o mesmo poderá ser visto de outras maneiras para proporcionar, também, subsídios para que os profissionais possam atuar nas suas práticas com maior instrumentalização, qualidade e segurança.

Este curso de Mestrado pôde proporcionar-me um significativo crescimento pessoal e profissional, no sentido de que, na busca de respostas, pude, também, compreender a complexidade dos componentes da comunicação humana.

Considero que este momento de encontro de respostas, de surgimento de novos questionamentos, proporcionou um significativo crescimento reflexivo de todo um grupo de profissionais, preocupados em realmente poder oferecer uma assistência de Enfermagem adequada frente às adversidades e conflitos que o processo comunicacional oferece atualmente para a prática da Enfermagem.

Este aprofundamento teórico e reflexivo sobre a comunicação foi um passo significativo na descoberta das respostas; e ao longo do processo desenvolvido para a construção da dissertação, novos questionamentos surgiram, outros tantos ficaram para trás.

Ciente destas expectativas e das limitações, é que pretendo retomar oportunamente e continuar nesta vertente de estudo, porque considero a comunicação um instrumento necessário para uma Enfermagem humanizadora e eficiente.

## BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, C. *Manual de Técnicas de Dinâmica de Grupo, de sensibilização e de ludoterapia*. 15 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Tradução por Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977. 225 p.
- BARROS, A.J.P. & LEHFELD, N.S. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- BORDENAVE, J.E.D. *O que é comunicação*. 1. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. (Coleção primeiros passos; 67)
- CARVALHO, M.C.M. *Construindo o saber: metodologia científica: fundamentos e técnicas*. 4. Ed. rev. e ampl. Campinas, SP: Papirus, 1994.
- DANIEL, L.F. *A Enfermagem Planejada*. 2 ed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1983.
- CAPELA, B.B. *Uma abordagem sócio-humanista para um "modo de fazer" o trabalho de enfermagem*. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC, 1998. 183 p.
- FARIA, E.M. *Comunicação na Saúde: Fim da Assimetria?* Pelotas: Ed. Universitária / UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC, 1996, 185 p.
- FERNANDES, G.M. *Desenvolvendo uma prática em busca de um processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de enfermagem*. Relatório do projeto da Prática Assistencial, UFSC, 1998.
- FISCHER, D. *O Direito de Comunicar: expressão, informação e liberdade*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.
- FRANÇA, J.L. *Manual para normalização de publicações técnico científicas* / Júlia Lessa França; Colaboração: Ana Cristina de Vasconcellos, Stella



- Maris Borges, Maria Helena de Andrade Magalhães. 4. Ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 213 p.
- FUREGATO, A.R.F. *Relações Interpessoais terapêuticas na Enfermagem*. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999.
- GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. Ed. – São Paulo: Atlas, 1999.
- LEOPARDI, M.T. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós - Graduação em Enfermagem / UFSC; (Org.) Ed. Papa - Livros, 1999. 176 p.
- \_\_\_\_\_. *Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Programa de Pós - Graduação em Enfermagem / UFSC; Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1998. 266 p.
- \_\_\_\_\_. *Saber fazer, saber criar: núcleo de pesquisa*. Florianópolis: Papa - Livro, 1995. 59 p.
- MARRINER-TOMEY, A. *Modelos en enfermería*. 3ª ED. Harcourt Brace.
- MAZZOTI, A.J.A. e GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- MORAES, I.H.S. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.
- MINAYO, M.C.S. et al. *Pesquisa Social teoria, método e criatividade*. Petrópolis: vozes, 1994.
- \_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1998. 269 p.
- NEVES, E.P., GONÇALVES, L.H.T. *As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem*. In: Seminário Nacional de Pesquisas em Enfermagem, 1984, Florianópolis. Anais. Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210 - 229.
- ORLANDO, I.J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente: função, processo e princípios*. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1978.
- ORNELLAS, C.P. *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254 p.
- PITTA, A.M.R. *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.

POLIT, D.F. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Denise F. Polit e Bernardete P. Hungler; tradução Regina Machado Garcez. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, M.S.P. & LEOPARDI, M.T. *O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

SILVA, M.J.P. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Ed. Gente, 1996.

STEFANELLI, M.C. *Comunicação com paciente: teoria e ensino*. 2 ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

TRAVELBEE, J. *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: El Proceso de la Relación de Persona a Persona*. Colômbia, OPAS/OMS, 1979.

TRENTINI, M. & PAIM, L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 162 p. (Série enfermagem; REPENSUL)

\_\_\_\_\_ *Meu primeiro projeto assistencial*. (livreto UFSC).

## **ANEXOS**

**ANEXO - 1**

**OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA PROCEDER**

**A COLETA DOS DADOS**

Dom Pedrito, 18 de Fevereiro de 2000.

Ilmo. Sr. Milton Mello

M.D. Administrador da Santa Casa de Caridade de Dom Pedrito

Dom Pedrito – RS

Prezado Senhor:

Dirijo-m a Vossa Senhoria, solicitando permissão para realizar a coleta de dados junto a alguns funcionários do Serviço de Enfermagem desta Santa Casa de Caridade, com a finalidade de efetuar a pesquisa de Dissertação do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, o qual está sendo realizado por mim, como já é de seu conhecimento.

Sendo o que tinha para o momento, aguardo a sua resposta.

Atenciosamente,

---

Enf<sup>a</sup> Lisiane Cassol Raguzzoni Dutra

Mestranda

**ANEXO - 2**

**CONVITE FORMAL PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC / UFPEL**

Sr.(a). \_\_\_\_\_

Prezado(a) Colega:

Venho, mui respeitosamente, através do presente, convidar-lhe, no sentido de participar do trabalho que será por mim desenvolvido para construção da Dissertação do Mestrado.

O objetivo do trabalho é identificar as características do Processo Comunicacional estabelecido entre a enfermagem e o sujeito hospitalizado e conhecer a importância que a enfermagem dá ao Processo Comunicacional estabelecido com os sujeitos usuários no ambiente hospitalar. Assim, necessito a colaboração dos profissionais de enfermagem para que possa colher subsídios para cumprir estes objetivos.

O orientador do meu trabalho é o Prof. Dr. Ari Nunes Assunção.

Asseguro o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a privacidade de cada participante.

Sem mais para o momento,

Agradeço a oportunidade

Atenciosamente,

---

Mestranda Enf<sup>a</sup> Lisiane Cassol Raguzzoni Dutra

**ANEXO - 3**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**



## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de desenvolvimento deste trabalho.

Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e, deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos-legais durante e após o término do trabalho;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar a minha vontade de continuar participando.

Local e data:

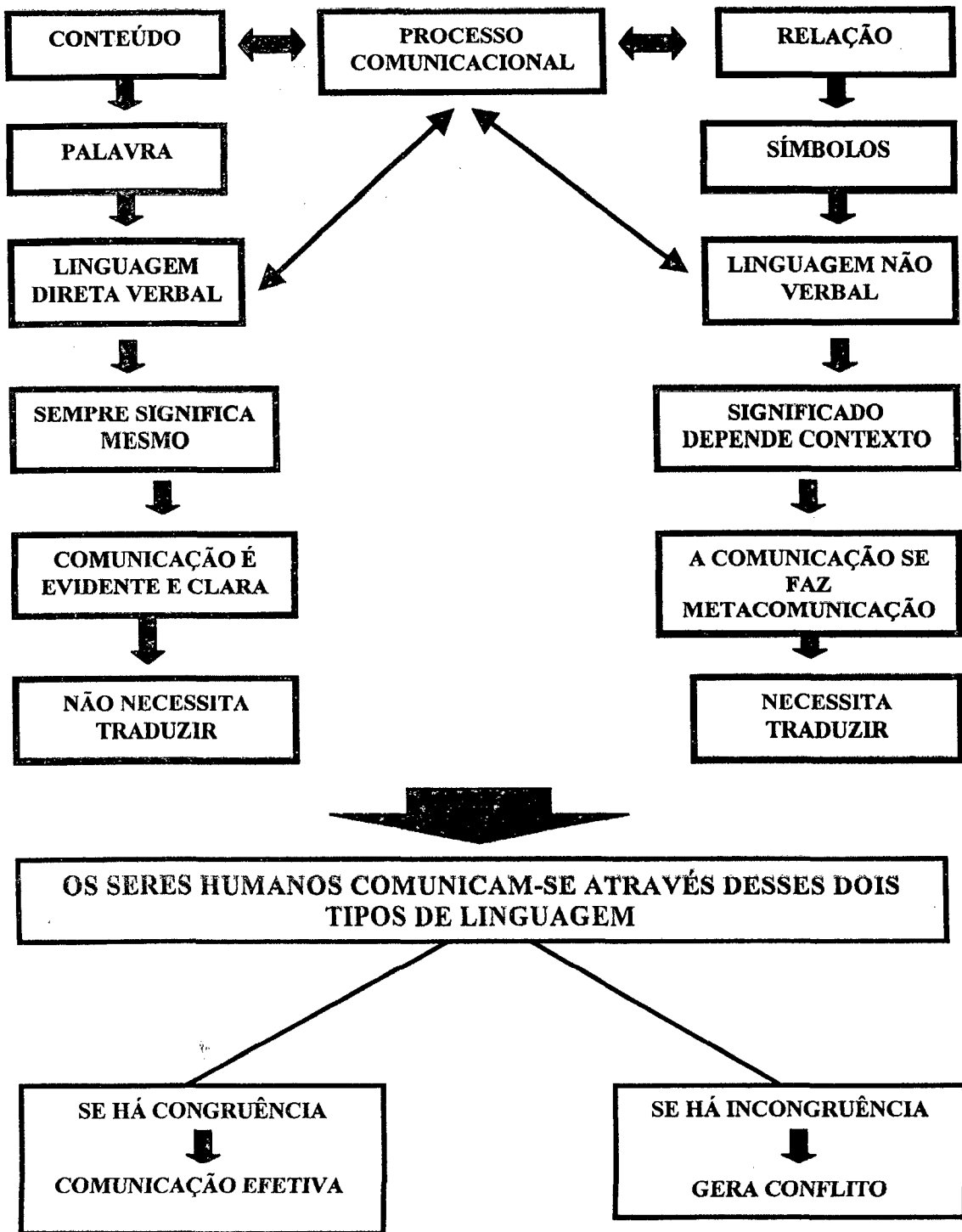
---

Assinatura do Participante:

---

**ANEXO - 4**  
**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**  
segundo Faria (1996):



**ANEXO - 5**

**ENTREVISTA**

## **ENTREVISTA**

### **A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome fictício ( letra do alfabeto ):

Sexo:

Idade:

Categoria profissional:

Escolaridade:

Tempo de trabalho na enfermagem:

Tempo de trabalho nesta instituição:

Origem:

Estado civil:

### **B – QUESTÕES NORTEADORAS:**

- 1 – Que fatores concorreram para você trabalhar na enfermagem ?
- 2 – O que representa, para você, trabalhar na enfermagem ?
- 3 – O que você entende / sabe sobre comunicação com o paciente ?
- 4 – O que você diria sobre a sua maneira de se comunicar com o paciente?
- 5 – Qual a importância que você atribui a comunicação efetiva no ato terapêutico ?
- 6 – O que você gostaria de comentar sobre a comunicação como ato terapêutico ?