

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra



## **Aprender a comunicar**

Um estudo com estudantes de Enfermagem

Ana Isabel Ramisote Santos

Coimbra, 2009

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra



## **Aprender a comunicar**

Um estudo com estudantes de Enfermagem

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, área de especialização em Pedagogia Universitária, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro Pessoa.

Ana Isabel Ramisote Santos

Coimbra, 2009

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho não seria possível, sem a ajuda de várias pessoas! Não podia deixar de as mencionar, como forma de lhes prestar o devido agradecimento.

Em primeiro lugar queria agradecer à Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro Pessoa, orientadora desta tese, pela receptividade com que abraçou este tema, disponibilidade, atenção, interesse e criatividade demonstrados ao longo deste ano.

À minha família por todo o apoio, incentivo e compreensão pelo tempo dedicado a este trabalho. Aos meus pais e irmão, pela ajuda inesgotável que sempre me dedicaram ao longo destes dois anos. Ao meu marido, por me ter encorajado desde o início ao fim de todo este percurso.

À professora Doutora Marília Rua, directora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA, por tudo o que me facultou, desde a aquisição de documentos que não se encontravam disponíveis na internet, como à selecção dos alunos para serem entrevistados. A esses mesmos alunos que participaram nas entrevistas, o meu eterno obrigada.

Queria também mencionar as minhas amigas Bárbara e Janete, que analisaram com dedicação, os resultados deste estudo.

Dedico este trabalho a todas estas pessoas, e a todos os meus amigos que me apoiaram ao longo desta caminhada!

## ÍNDICE

RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
Introdução .....	1
Parte 1 .....	4
1. CONCEITO DE COMUNICAÇÃO .....	5
1.2. Um pouco de história .....	7
1.3. Comunicação interpessoal .....	8
1.4. Axiomas da comunicação .....	10
1.5. Linguagem, língua e fala .....	12
2. COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL .....	14
2.1. Comunicação verbal .....	14
2.2. Comunicação não-verbal .....	15
2.3. Classificação dos signos não verbais .....	17
2.3.1. Teoria cinésica .....	18
2.3.2. Teoria Proxémica .....	21
2.3.3. Teoria paralinguística .....	23
2.3.4. Tacêsica .....	23
3. A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO DE AJUDA .....	25
3.1. Conceito de competência .....	27
3.1.1. A competência na Enfermagem .....	27
3.2. Competências pessoais e relacionais .....	28
3.3. Aspectos relevantes na comunicação interpessoal .....	30
4. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	31
4.1. Criação do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Aveiro (ESSUA) .....	34
4.2. Análise do desenho curricular do curso de Licenciatura em Enfermagem da (ESSUA) .....	36
Parte 2 .....	5
5. METODOLOGIA .....	46
5.1. Paradigma qualitativo .....	46
5.2. Estudo de caso .....	48
5.3. Objectivos .....	49
5.4. Contexto institucional .....	50
5.5. Sujeitos de estudo .....	51
5.6. Instrumento de recolha de dados .....	53
5.6.1. Entrevista .....	54
5.6.2. Construção do guião da entrevista .....	56
5.7. Procedimento de recolha de dados .....	58
5.8. Análise de conteúdo .....	62
5.8.1. Codificação .....	63
5.8.2. Categorização .....	63
5.9. Criação das categorias .....	65
5.9.1. Categoria “Competências do Enfermeiro” .....	65
5.9.2. Categoria “Comunicar em Enfermagem” .....	66
5.9.3. Categoria “Importância/consequência da comunicação interpessoal” .....	67
5.9.4. Categoria “A dança das palavras” .....	67

5.9.5. Categoria “ O murmúrio do corpo” .....	68
5.9.6. Categoria “Os alunos aprendem a comunicar” .....	68
5.9.7. Categoria “Formação desejada/preendida pelos alunos” .....	69
6. ANÁLISE DE RESULTADOS .....	75
6.1. Competências do enfermeiro .....	76
6.1.1. Técnicas/Científicas .....	76
6.1.2. Relacionais .....	77
6.1.3. Pessoais .....	78
6.2. Comunicar em Enfermagem .....	79
6.2.1. Palavras que não causam danos .....	79
6.2.2. Comunicar com o doente .....	79
6.2.3. Comunicar com a equipa.....	81
6.2.4. Comunicar com a família .....	82
6.2.5. Comunicar com personalidade.....	82
6.3. Importância/consequência da comunicação interpessoal.....	82
6.3.1. O que o doente valoriza.....	83
6.3.2. O que o estudante valoriza .....	84
6.3.3. O que a relação terapêutica valoriza .....	86
6.4. A dança das palavras.....	87
6.4.1. Demonstrar interesse.....	88
6.4.2. As palavras surtem efeito .....	89
6.4.3. Importância da comunicação verbal.....	90
6.5. O murmúrio do corpo .....	91
6.5.1. Os doentes mentem .....	91
6.5.2. Os doentes sentem.....	92
6.5.3. A linguagem do corpo .....	94
6.5.4. Os ritmos do corpo .....	95
6.5.5. Promoção do bem-estar do doente .....	96
6.5.6. Importância da comunicação não-verbal.....	97
6.6. Os alunos aprendem a comunicar .....	98
6.6.1. Características do aluno .....	99
6.6.2. Necessidades .....	100
6.6.3. Currículo (formação teórica).....	103
6.6.4. Currículo (formação prática).....	106
6.6.5. Dificuldades dos alunos .....	107
6.7. Formação desejada/preendida pelos alunos.....	108
6.7.1. Na escola .....	108
6.7.2. Nos estágios .....	111
6.7.3. Outras instituições .....	111
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	112
7.1. Competências do Enfermeiro: Técnicas/científicas, Relacionais e Pessoais.....	112
7.1.1. Técnicas/Científicas .....	112
7.1.2. Relacionais .....	112
7.1.3. Pessoais .....	113
7.2. Comunicar em Enfermagem .....	114
7.2.1. Palavras que não causam danos .....	114
7.2.2. Comunicar com o doente .....	115
7.2.3. Comunicar com a equipa.....	116
7.2.4. Comunicar com personalidade.....	116
7.3. Importância/consequência da comunicação interpessoal.....	117

7.3.1. O que o doente valoriza.....	117
7.3.2. O que o estudante valoriza .....	118
7.3.4. O que a relação terapêutica valoriza .....	119
7.4. A dança das palavras.....	120
7.4.1. Demonstrar interesse .....	120
7.4.2. As palavras surtem efeito .....	120
7.4.3. Importância da comunicação verbal.....	121
7.5. O murmúrio do corpo. ....	121
7.5.1. Os doentes mentem .....	121
7.5.2. Os doentes sentem.....	122
7.5.3. A linguagem do corpo .....	124
7.5.4. Os ritmos do corpo .....	125
7.5.5. Promoção do bem-estar do doente .....	126
7.5.6. Importância da comunicação não-verbal.....	127
7.6. Os alunos aprendem a comunicar. ....	127
7.6.1. Características do aluno .....	127
7.6.2. Necessidades .....	128
7.6.3. Currículo (formação teórica).....	129
7.6.4. Currículo (formação prática).....	130
7.6.5. Dificuldades dos alunos .....	130
7.7. Formação desejada/preendida pelos alunos.....	131
7.7.1. Na escola .....	131
7.7.2. Nos estágios .....	131
7.7.3. Outras Instituições.....	132
Conclusões.....	133
Referências bibliográficas .....	137
Anexos.....	142
Anexo I.....	142
Anexo II.....	143
Anexo III .....	145
Anexo IV .....	146
Anexo V.....	148
Anexo VI.....	149

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Fases ou episódios da comunicação.....	12
Tabela 1 - Disciplinas existentes no 1ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem ..	37
Tabela 2 - Disciplinas existentes no 2ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem ..	39
Tabela 3 - Disciplinas existentes no 3ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem ..	41
Tabela 4 - Disciplinas existentes no 4ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem ..	43
Tabela 5 - Caracterização dos sujeitos em estudo .....	53
Tabela 6 - Data e tempos de duração das entrevistas .....	61
Tabela 7 - Indicação das categorias, subcategorias, indicadores.....	70

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Indicadores da subcategoria “Relacionais” .....	77
Gráfico 2 – Indicadores da subcategoria “Comunicar com o doente” .....	80
Gráfico 3 – Indicadores da subcategoria “O que o estudante valoriza” .....	85
Gráfico 4 – Indicadores da subcategoria “Os doentes sentem” .....	93
Gráfico 5 – Indicadores da subcategoria “Necessidades” .....	101

## **LISTA DE SIGLAS**

C.I. – Comunicação Interpessoal

D.R.H. – Departamento de Recursos Humanos

E.C. – Ensino Clínico

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

I.P.O. – Instituto Português de Oncologia

N.H.F. – Necessidades Humanas Fundamentais

O.M.S. – Organização Mundial da Saúde

## **RESUMO**

O presente trabalho tem como principal objectivo, identificar o lugar que ocupa o treino das competências comunicacionais, na formação dos estudantes de Enfermagem.

A compreensão das especificidades destas capacidades/ competências na construção da profissão é ilustrada, assim como se reflecte acerca das metodologias usadas para o desenvolvimento da competência comunicacional na formação dos estudantes/ futuros profissionais de enfermagem.

Trata-se de um estudo de carácter exploratório, baseado numa abordagem metodológica integrada no paradigma qualitativo. A entrevista semi-estruturada foi o instrumento de recolha de dados utilizado. As entrevistas foram aplicadas a alunos de Enfermagem do 1º ao 4º ano, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Os dados obtidos foram analisados através da análise de conteúdo.

Os resultados demonstram que os alunos consideram a formação na área temática da comunicação interpessoal suficiente, mas não a ideal. Propõem a existência de uma disciplina específica para este domínio, uma vez que o actual currículo não oferece, mas também reconhecem a importância do acompanhamento dos professores nos ensinamentos clínicos. Todos foram unânimes quanto à importância da preparação para esta competência, considerando-a fundamental para o desempenho desta profissão. Finalmente foram apontadas algumas considerações sobre a investigação realizada, bem como sugestões e recomendações para o futuro.

Palavras-chave: Alunos, Comunicação Interpessoal, Competência

## **ABSTRACT**

The main objective of this work is to identify, in the formation of the students of Nursing, the place that occupies the training of their abilities of communication.

The understanding of these capacities/abilities in the construction of the profession is illustrated in the methodologies for the development of the communicational ability in the formation of students/ future professionals of nursing.

This is a study of exploratory character, based on a methodologic approach integrated in the qualitative paradigm. The half-structured interview was the instrument of the gathering of the data used. The interviews were applied to Nursing students from the 1st to the 4th year, of the Superior School of Health of the University of Aveiro (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro). The obtained data has been analyzed through the content analysis.

The results demonstrate that the students consider the formation in the thematic area of interpersonal communication enough, but not ideal. They consider the existence of a specific discipline for this domain since the current resume does not offer, but they also recognize the importance of the accompaniment of the professors and the clinical educations. All were unanimous on the importance of the preparation for this ability, considering it fundamental for the performance of this profession. Finally some considerations on the research that was made was pointed, as well as suggestions and recommendations for the future.

**Keywords:** Students, Interpersonal Communication, Ability

## **RÉSUMÉ**

Ce travail a pour principal objectif identifier la place qu'occupe-la pratique des compétences communicatives, dans la formation universitaire des étudiants infirmiers.

La compréhension des spécificités de ces capacités/compétences, au long de la construction de la profession, est illustrée dans les méthodologies utilisées pour le développement de la compétence communicative dans la formation des étudiants/futurs professionnels infirmiers.

Cette étude revêt d'un caractère exploratoire ayant pour base une méthodologie intégrée d'un paradigme qualitatif.

L'interview semi-structurée a été l'instrument utilisé pour recueillir les données. Les interviews ont été réalisées au près des étudiants en soins infirmiers de la première à la quatrième année de l'école Supérieure de Santé de l'Université d'Aveiro (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro). Les données transmises ont été exploitées à travers l'analyse du contenu.

Les résultats démontrent que les étudiants considèrent la formation dans le secteur thématique de la communication interpersonnelle suffisante, mais pas assez.

Ils proposent donc l'existence d'une discipline spécifique pour ce domaine, étant donné que dans le programme d'études il n'en n'existe pas, mais ils reconnaissent aussi l'importance du soutien pédagogique des enseignants chargés des enseignements cliniques. Tous les étudiants ont été unanimes à reconnaître que la préparation de cette compétence est fondamentale pour pouvoir exercer cette profession.

Pour finir, quelques considérations sur l'étude ont été mentionnées ainsi que laissées des suggestions et des recommandations pour l'avenir.

Mots Clés : Étudiants, Communication Interpersonnelle, Compétence

“A simples conversa com outra pessoa com capacidade de ouvir é um verdadeiro bálsamo. Não é a perícia que faz um bom conselheiro; a perícia nem é necessária. Mais importante é a capacidade de ouvir, de mostrar empatia, de compreender o que a outra pessoa tem para dizer, de apresentar uma nova maneira de ver a questão, de oferecer soluções ou esperança”.

(Marinoff, 2007,p.47)

## **Introdução**

A presente dissertação, *Aprender a comunicar: um estudo com estudantes de Enfermagem* da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, surge no contexto do trabalho de investigação do Mestrado em Ciências da Educação – área de especialização em Pedagogia Universitária, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, durante os anos lectivos entre 2007-2009.

A Enfermagem, espelhando uma profissão de relações humanas, tem implícito um carácter essencialmente relacional, constituindo a comunicação uma excelente forma de relacionamento interpessoal. Para tal é importante que os alunos de Enfermagem sejam devidamente preparados para esta competência, de forma a conseguirem vencer alguma timidez, introversão, que poderão constituir barreiras ao processo comunicacional. Este estudo surge decorrente desta necessidade.

São várias as competências exigidas ao enfermeiro, sendo a comunicacional uma delas. No entanto, verificamos que na prática existem profissionais que não comunicam tão eficazmente, não têm o dom de entrega ao outro, mas são excelentes profissionais noutros domínios desta profissão. É necessário que os estudantes, futuros profissionais sejam devidamente preparados para este aspecto, pois só assim se sentirão profissionais completos.

Assim sendo, o objectivo geral que norteou este trabalho, corresponde a identificar o lugar que ocupa o treino das competências comunicacionais, na formação dos estudantes de Enfermagem.

Num sentido mais específico, pretendemos junto dos estudantes de Enfermagem:

- Avaliar a importância atribuída à comunicação interpessoal;
- Analisar a necessidade de uma preparação curricular mais específica, no treino desta competência;
- Perceber se esta competência é considerada um dado inato, ou se pode ser apreendida, potenciada;

- Avaliar a importância da comunicação não verbal, na relação enfermeiro-doente.

Desejamos que os contributos decorrentes deste estudo possam incentivar as escolas de Enfermagem a desenvolverem estratégias, metodologias para prepararem adequadamente os seus estudantes para a comunicação.

Assim sendo, a presente dissertação encontra-se organizada em duas partes. A primeira é respeitante à revisão bibliográfica da temática subjacente, para contextualização da mesma e melhor compreensão do objectivo em estudo. A segunda corresponde ao trabalho empírico.

A primeira parte é constituída por quatro capítulos. No capítulo um é realizada uma tentativa de descrição da comunicação e comunicação interpessoal. No segundo, abordamos e distinguimos a comunicação verbal e não verbal, e no terceiro relacionamos a comunicação com a relação de ajuda. No quarto capítulo, correspondente à formação em Enfermagem, inicialmente procedemos a uma breve perspectiva histórica do curso de Enfermagem, desde o seu início até à actualidade, mostrando a alteração dos objectivos na formação dos enfermeiros, que também vem sendo alterada ao longo dos tempos. Ainda neste capítulo é analisada a criação do curso de Enfermagem na ESSUA, e fomentada uma análise detalhada do currículo do curso, ao longo dos quatro anos, a fim de verificar quais as disciplinas que se direccionam para este tema.

A segunda parte, investigação empírica, encontra-se dividida em três capítulos, . No primeiro capítulo, faz-se a descrição da metodologia escolhida para o desenvolvimento do estudo. Esta descrição é fundamentada com as referências bibliográficas consultadas, e com recurso à justificação da sua escolha. Neste sentido procedemos à caracterização do paradigma de investigação qualitativo e à justificação da decisão pelo estudo de caso. Descrevemos os objectivos do estudo, o contexto institucional no qual decorreu a recolha de dados, descrevemos e caracterizámos os sujeitos da investigação. De igual forma caracterizámos a técnica de recolha de dados escolhida, a entrevista semi-estruturada e procedemos à explicação das etapas para a elaboração do guião da entrevista. Descrevemos os procedimentos que estiveram inerentes à realização das entrevistas. Para finalizar é explicada a técnica da análise de

conteúdo, assim como são justificadas as categorias criadas. Para melhor esquematização, reunimos numa tabela o resultado obtido da análise de conteúdo, com as categorias, subcategorias e indicadores, com a respectiva contagem das unidades de registo, que surgiram com a análise das entrevistas.

No segundo capítulo, a Análise de resultados, procedemos à análise das entrevistas, através da técnica da análise de conteúdo. Foram analisadas as opiniões dos entrevistados relativamente às questões que lhes foram colocadas. De acordo com as categorias e subcategorias que emergiram da análise ao conteúdo das entrevistas, foram demonstradas as unidades de registo correspondentes aos indicadores. Em determinadas situações que considerámos serem muito pertinentes, recorremos a gráficos para melhor ilustração e compreensão do próprio texto, de forma a extrair mais facilmente algumas conclusões.

No terceiro capítulo encontra-se a discussão dos resultados, na qual são confrontados os dados obtidos com as referências bibliográficas. Finalmente procedemos às conclusões que têm por base não só os objectivos deste trabalho, como as questões da entrevista. Ainda dentro das conclusões tecemos sugestões para o futuro e fazemos referência às limitações que estiveram presentes nesta investigação.

A tradução das obras dos autores e livros estrangeiros, que foram consultados na língua original de edição, foram traduzidas por nós, sendo a sua tradução da nossa responsabilidade.

# **Parte 1**

---

Fundamentação teórica

## 1. CONCEITO DE COMUNICAÇÃO

Quando se fala em comunicação, automaticamente somos reportados para um vasto mundo, no qual a comunicação pode adoptar diferentes significados, ser olhada sob várias perspectivas.

Segundo Cloutier “A história da comunicação é cumulativa, dado que cada nova linguagem, cada novo médium, se sobrejunta aos outros, sem, por esse facto eclipsar os antigos” (1975,p.19).

A preocupação pela comunicação é provavelmente tão antiga como o próprio homem, no entanto a história da investigação científica da actividade comunicativa é relativamente recente. Só no último quarto de século é que tem existido um esforço para descrever a comunicação como um processo sistemático. Até então os homens eram considerados como bons ou maus comunicadores, mas se a comunicação for considerada apenas como uma manifestação da capacidade ou da personalidade das pessoas, a sua natureza continuará escondida atrás das falsas concepções mais elementares sobre a natureza humana (Birdwhistell, 1979).

De uma maneira simplista, comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens, por intermédio de signos, sejam estes, símbolos ou sinais. Signos constituem estímulos que transmitem uma mensagem, são convencionais e arbitrários. Por sua vez, símbolos são signos que têm uma única codificação possível, e finalmente sinais são signos que têm uma única descodificação possível (Silva, 2006).

Olhando para esta definição, fica-se com a ideia de que definir comunicação é um processo fácil e pouco complicado, no entanto tal não corresponde à realidade.

Devido à sua natureza complexa e multidisciplinar, a comunicação é de difícil definição. Têm sido feitas numerosas tentativas para a definição deste conceito, contudo, a verdade é que procurar uma única definição operacional talvez esteja longe de ser tão proveitoso e fecundo quanto o explorar em profundidade os vários conceitos nela subentendidos (Freixo, 2006).

De acordo com a perspectiva deste autor, será lícito tentar resumir um conceito tão vasto a uma designação? Nos dias que correm com os meios tecnológicos,

informáticos em crescente expansão e evolução, considero que a comunicação tem vindo a sofrer alguma mutabilidade, pelo menos no que concerne aos meios através dos quais se pode comunicar. A simples carta que se escrevia no tempo dos nossos avós, as tão faladas cartas de amor, são hoje substituídas por e-mails ou sms. Uma informação circula hoje com uma rapidez extraordinária. Dois computadores, aparentemente objectos inanimados, comunicam entre si. De facto não se pode resumir esta palavra à transmissão de informação que ocorre entre emissor e receptor. Tudo o que nos circunda, respira comunicação.

Sob o ponto de vista etimológico, comunicação tem origem na palavra latina *communicativo*, na qual se distinguem três elementos (*communicatio*): a raiz *munis* significa “estar encarregado de”, que, acrescido do prefixo *co*, expressa o sentido de reunião. Por seu turno, se tivermos presente que o sufixo *tio* significa “actividade”, fica-se com a ideia que a comunicação consiste numa “actividade realizada em conjunto”. Como refere este mesmo autor o termo comunicação não designa todo e qualquer tipo de relação, mas especificamente onde existam elementos que se destaquem de um fundo de isolamento, a intenção de romper o isolamento, e ainda a ideia de uma *realização em comum* (Freixo, 2006,p.77). De uma maneira mais simplista, comunicação significa “pôr em comum” (Ramos, 2001).

Através desta análise será implícita a compreensão, de que comunicar é uma forma de estabelecermos contacto com os outros, de nos relacionarmos, de não nos isolarmos na nossa própria esfera.

Se nos colocarmos do ponto de vista do emissor, a comunicação tem como objectivos, informar, educar, animar e distrair. Se por outro lado, nos colocarmos no ponto de vista do receptor, as funções da comunicação confundem-se com as motivações. O receptor procura informar-se (ou instruir-se), animar-se (ou empenhar-se), distrair-se (ou divertir-se) (Cloutier, 1975).

Em jeito de conclusão, na própria acepção da palavra, o vocábulo “comunicação” refere-se ao processo de partilhar um mesmo objecto de consciência, exprimindo de uma forma sintética a relação entre consciências (Freixo, 2006,p.79).

## 1.2. Um pouco de história

De acordo com Cloutier (1975) no que respeita à história da comunicação humana, o autor identifica quatro fases que se apresentam sobrepostas, onde cada uma delas é caracterizada pela utilização de novas formas de comunicação que transformam a sociedade e que constituem novo tipo de comunicação (figura 1).

**Figura 1** – Fases ou episódios da comunicação (adaptado de Freixo, 2006,p.25)



No primeiro episódio correspondente à exteriorização, o ser humano exprime-se pelo seu corpo, graças aos seus gestos e à sua palavra, que estão em permanente contacto com o meio ambiente envolvente. O segundo episódio, o das linguagens de transposição, marca o início da importância do desenho, do esquema, do ritmo, da música e sobretudo da escrita fonética. As mensagens começam a ser transmitidas por papiro ou pergaminho e o muro das cavernas dá lugar à primeira biblioteca. Nasce então a era da comunicação de elite com uma verdadeira rede de informação. O terceiro episódio é caracterizado pela amplificação, com início da implantação da imprensa e que conhece o seu apogeu com o satélite. Com os mass media cria-se uma nova sociedade baseada na comunicação de massa. Com a tecnologia moderna a gravação de sons e imagens torna-se acessível a todos, o que permite a aquisição de novas

linguagens e novos media: os media individuais, os *self-media* , surgindo então a era da comunicação individual (Cloutier, 1975).

### **1.3. Comunicação interpessoal**

Pela análise descrita anteriormente, não é possível separar o acto de comunicar com o acto de relacionar. São conceitos que estão intimamente ligados, e que se influenciam mutuamente, dependendo um do outro.

A comunicação interpessoal constitui o instrumento psicossocial da relação entre duas pessoas (Ramos, 2001).

De acordo com Freixo “A comunicação interpessoal ajuda-nos a entender a comunicação como sendo uma questão essencialmente social. Com efeito, o homem desenvolveu uma diversidade de sistemas de comunicação que lhe tornam possível a vida social – vida social não no sentido de viver em bandos para caçar ou guerrear, mas num sentido desconhecido dos animais” (2006,p.13).

Remetendo este exemplo para a Enfermagem, sendo uma profissão de relações humanas, é implícito que sejam desenvolvidas várias competências e técnicas de comunicação interpessoal.

É certo que existem pessoas que tentam desesperadamente ajudar. Professores nas escolas, profissionais de saúde, conselheiros vocacionais, pessoas que trabalham na comunidade em acções sociais. O problema nunca foi encontrar quem tivesse vontade de ajudar, o problema é treinar estas pessoas motivadas para que consigam realmente ajudar os outros (Carkhuff, 1977). Uma forma de ajudar o outro, consiste em estabelecer uma boa comunicação com o mesmo, daí a necessidade do desenvolvimento de técnicas e competências comunicacionais nos profissionais de relações humanas.

No âmbito da Enfermagem, não se pode pensar na acção profissional sem ter em linha de conta a importância do processo comunicativo. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tacto são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não. Uma das tarefas do profissional de saúde é descodificar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para a partir daí estabelecer

um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. Para isso, é preciso estar atento aos sinais de comunicação verbal e não-verbal emitidos pelo paciente e profissional de saúde, durante o período de internamento (Silva, 2006).

Entre os aspectos envolvidos no processo de comunicação interpessoal, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido. Neste processo incluem-se ainda a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos (que podem ser intensificados ou reduzidos pela comunicação) e de persuasão (indução a mudanças de valores e comportamentos). Posto isto, não existe comunicação totalmente objectiva. Ela ocorre entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte, com o seu subjectivismo, as suas experiências, a sua cultura, valores, interesses e expectativas. A percepção pessoal funciona como uma espécie de filtro que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme a nossa percepção (Silva, 2006).

A comunicação interpessoal constitui a mais total, expressiva e significativa das acções humanas, na medida em que se faz transportar, de forma evidente, da globalidade das significações individuais, das mais instrumentais às mais identitárias. Na relação interpessoal, socorremo-nos de um vasto conjunto de comportamentos e acções, tais como falar, ouvir, gesticular, pedir coisas, recusar pedidos, exprimir ideias ou compreendê-las. São tudo comportamentos pelos quais se pode concretizar a comunicação interpessoal, traduzindo-se em aptidões sociais (Ramos, 2001).

As variáveis intrapessoais tornam cada comunicação interpessoal única, dado que cada pessoa interpreta a mensagem de forma diferente devido às suas percepções, aos seus valores, à sua origem cultural, aos seus conhecimentos e ao ambiente da interacção (Potter, 1999). A comunicação não é um fenómeno isolado, é influenciada pelo ambiente favorável ou desfavorável, assim como pelos filtros que representam a personalidade de cada um dos intervenientes, os seus valores, a sua cultura e os seus conhecimentos (Phaneuf, 2002).

A comunicação interpessoal espelha a nossa forma de estar na vida, a maneira como olhamos para o mundo, para as pessoas, para nós próprios. Constitui uma forma de relacionamento com os outros e connosco. O nosso corpo traduz um instrumento, por excelência de comunicação.

No contexto da saúde, a comunicação desempenha um papel preponderante, podendo até ter efeitos terapêuticos. De acordo com Phaneuf (2002), a comunicação constitui a principal ferramenta que o enfermeiro possui, dado que permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa, motivando os seus esforços para se preservar da doença, iniciar ou conformar-se com o tratamento.

#### **1.4. Axiomas da comunicação**

A escola de Palo Alto, constituída por um grupo de investigadores (Paul Watzlawick, Gregory Bateson, J.H.Beavin e D.D.Jackson) que nos forneceram linhas directrizes para analisar a dinâmica da comunicação e compreender ao seus limites e ambiguidades (Phaneuf, 2002).

Desta forma irão ser abordados os axiomas da comunicação segundo a perspectiva de Paul Watzlawick, tratados na obra *Pragmática da Comunicação Humana*, pretendendo esta obra caracterizar os efeitos pragmáticos ou comportamentais da comunicação humana. Desta forma os cinco axiomas de comunicação correspondem:

Não se pode não comunicar.

Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação.

A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicativas entre os comunicadores.

Os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A linguagem digital tem uma sintaxe lógica e sumamente complexa e poderosa, mas carente de adequada semântica, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica, mas não ambígua da natureza das relações.

Todas as perguntas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença (citado por Freixo, 2006, pp.160-161).

O primeiro axioma julgo ser de fácil compreensão, uma vez que o acto de comunicar, não se resigna somente à transmissão de palavras. O silêncio é também uma

forma de comunicação, tudo tem um valor de mensagem. Quando estamos sozinhos estamos também a comunicar com a nossa própria consciência.

O segundo axioma traduz que a comunicação se situa nos planos cognitivo e afectivo. O plano cognitivo é intelectual e informativo e está relacionado com os factos e acontecimentos transmitidos através das palavras. O plano afectivo refere-se às emoções e aos sentimentos da pessoa, sendo traduzido no comportamento não verbal que subentende as palavras. Para que não exista falha na comunicação é preciso que os dois interlocutores se encontrem no mesmo plano. É importante que o enfermeiro observe a expressão facial, o tom de voz, o comportamento da pessoa, e que analise o seu discurso e a sua maneira de estar para compreender o nível em que é preciso alcançá-la para estabelecer com ela uma comunicação real (Phaneuf, 2002).

Segundo Freixo, é fundamental que a pontuação organize os eventos comportamentais, uma vez que se torna vital para o desenvolvimento das interacções em curso. Os seguintes exemplos elucidam esta situação, e constituem uma relação causa-efeito, na qual a preocupação, não é pôr em comum, mas simplesmente reagir ao que o outro faz ou diz: “Eu retraio-me porque tu implicas” e “Eu implico porque tu te retrais” (2006,p.163).

O quarto axioma explica que na comunicação humana podemos referir-nos aos objectos de duas maneiras diferentes: a representação por semelhança ou a designação pelo nome. Toda a comunicação tem um conteúdo e uma relação, e estes dois modos de comunicação não só existem lado a lado, mas complementam-se em todas as mensagens. Todos os aspectos de conteúdo têm toda a probabilidade de serem transmitidos digitalmente, enquanto o aspecto relacional (sentimentos, aspectos, expectativas) é predominantemente analógico na sua natureza (*ibidem*).

Finalmente o quinto axioma, expressa uma diferença entre interacção simétrica e complementar, isto significa que, quando dois comunicadores numa relação se comportam de um modo muito semelhante, diz-se que a relação é simétrica, por outro lado, quando as diferenças entre comunicadores são maximizadas, diz-se que existe uma relação complementar (*ibidem*). Na comunicação simétrica os parceiros têm a mesma posição, como é o caso da relação professor/professor, ou aluno/aluno. Na comunicação

complementar os parceiros têm posições complementares, como exemplo relação professor/aluno.

De facto, através da análise destes axiomas, verifica-se que todos eles estão presentes na nossa comunicação, nas relações interpessoais, e todos eles participam de forma equitativa na tentativa de explicação deste fenómeno complexo, que é a comunicação humana.

### **1.5. Linguagem, língua e fala**

No nosso código linguístico, todos utilizamos os vocábulos linguagem, língua e fala. Numa primeira análise parece que estão todos relacionados, no entanto assumem conceitos e posições diferentes no processo comunicativo.

De acordo com Saussure (1978), a linguagem serve o pensamento e só por ele existe. Tem uma face individual e outra social que são indissociáveis. No entanto, para se compreender melhor o conceito de linguagem, é necessário definir o conceito de língua, para se perceberem todas as outras manifestações da linguagem. De acordo com o mesmo autor, a língua não se confunde com a linguagem, é antes uma parte determinada e essencial da mesma. Ao mesmo tempo define-se como um produto social da faculdade da linguagem e um conjunto de convenções necessárias, adoptadas pelo corpo social para permitir aos indivíduos o exercício desta faculdade. O exercício da linguagem repousa sobre uma faculdade que recebemos da natureza, ao passo que a língua é algo adquirido e convencional.

Finalmente, o último conceito desta tríade. Através da fala, exteriorizamos os nossos pensamentos, sentimentos.

A fala constitui um acto individual de vontade e inteligência, no qual é preciso distinguir as combinações pelas quais o sujeito falante utiliza o código da língua em ordem a exprimir o seu pensamento pessoal, e o mecanismo psicofísico que lhe permite exteriorizar essas combinações (Saussure, 1978).

A fala pode ser dividida em duas partes: o conteúdo verbal ou o conjunto de palavras que metaforicamente poderá corresponder à letra de uma canção, enquanto a

“música” acompanha esse conteúdo, formada da entoação da voz, da sua intensidade, timbre, do ritmo das palavras, das pausas e da respiração. A linguagem escrita poderia ser comparada a uma canção sem música, no entanto é a linguagem falada que ganha vida com a melodia que cada pessoa lhe empresta. O facto de se falar depressa, pode significar ansiedade, as pausas ou o gaguejar traduzir uma situação de embaraço, falar baixo pode significar vergonha, assim como uma respiração ofegante, pode traduzir uma situação emocional (Centro de Estudos de Psicologia, 2008).

## 2. COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL

### 2.1. Comunicação verbal

A comunicação verbal, como o próprio nome indica, refere-se às palavras expressas por intermédio da fala ou da escrita, enquanto a comunicação não-verbal ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal. A esta última, em vários contextos e situações, não lhe é atribuída a devida importância. É importante ter presente, que tudo o que acompanha o código linguístico, pode ou não corroborar com as palavras expressas.

A comunicação verbal é utilizada para expressar ideias ou sentimentos, iniciar respostas emocionais ou descrever objectos, observações, memórias ou inferências (Potter, 1999).

Na interacção face a face os códigos de comunicação são audíveis e, também, visíveis e sensíveis. Comunicamos uns com os outros com a linguagem verbal, isto é, com os sons emitidos pelo aparelho fonador, e com todo o corpo, inclusive com os objectos e adornos utilizados (Silva, 2006).

Um dos primeiros aspectos a considerar na comunicação verbal, quando não existem alterações da fala, é a clareza em relação ao que se deseja informar. Numa interacção verbal, basicamente tenta-se *expressar* (transmitir), *clarificar* um facto (entender um raciocínio, uma ideia, postura, gesto, um comportamento) ou *validar* a compreensão de algo (verificar se a compreensão está correcta e se houve entendimento. Posto isto é possível o uso de algumas técnicas de comunicação verbal para auxiliar a expressão, clarificação e validação da mensagem (*ibidem*).

No que concerne à expressão, a postura a adoptar será permanecer em silêncio, adoptando a escuta activa. É importante referir que para conseguir ouvir os outros, é preciso controlar os nossos sentimentos e preconceitos. É necessário também verbalizar a aceitação, dando indicações de se estar a prestar atenção ao que o outro diz. Repetir as últimas palavras ditas pela pessoa, é também uma forma de reforçar a expressão. Ouvir reflexivamente, estimulando o outro a continuar a falar, mostrando interesse em saber mais sobre o que está a ser transmitido, e verbalizar interesse, são outras formas de fomentar a expressão (*ibidem*).

Segundo Estanqueiro “O sucesso nas relações interpessoais depende muito da capacidade de dar atenção, em cada momento, às necessidades concretas das pessoas com quem lidamos” (2007,p.45)

Quanto à clarificação devem-se estimular comparações, ajudando a pessoa a expressar-se, tentando entender o real significado das palavras de quem está a comunicar. Deve-se também devolver as perguntas feitas, como estratégia de ajudar a desenvolver um raciocínio sobre o assunto que se está a tratar. Finalmente deve-se solicitar o esclarecimento de termos incomuns e de dúvidas. No que respeita à validação, deve-se repetir a mensagem dita e pedir à pessoa para repetir o que foi dito (Silva, 2006).

No seio de uma interacção pessoal, é frequente a ocorrência de conflitos, assumindo a comunicação uma estratégia de resolução, ou de exacerbação dos mesmos.

Dentro das estratégias de resolução de conflitos, podem ser adoptados três estilos de comunicação diferentes: passivo, agressivo e afirmativo. No primeiro, a pessoa não defende os seus direitos, julgando-se inferior, com dificuldade em exprimir o que pensa, sente e deseja. No estilo agressivo, ocorre o inverso, a pessoa sobrevaloriza-se, gosta de monopolizar a palavra, não sabe escutar, tende a responsabilizar os outros, em caso de insucesso, procurando impor pela força, os seus pontos de vista. Por último, no estilo afirmativo, a pessoa defende os seus direitos, respeitando os direitos dos outros, revela um bom nível de auto-estima, conseqüentemente não se superioriza nem inferioriza, em relação aos outros, sabe escutar, abre-se ao diálogo e à cooperação (Estanqueiro, 2007).

É fácil concluir que as palavras têm muita força, exercem grande influência na interacção com outro, determinando o comportamento entre as pessoas. As palavras, e a forma como são expressas, representam uma extensão da própria pessoa, dos seus pensamentos, dos seus sentimentos, da sua maneira de estar e ver a vida.

## **2.2. Comunicação não-verbal**

“As “verdadeiras” ou “reais” atitudes, crenças e emoções do indivíduo só indirectamente poderão ser apreciadas, através das suas confidências ou daquilo que se

manifesta como um comportamento involuntariamente significativo” (Goffman, 1993,p.12).

Através do que fora analisado anteriormente, é fácil concluir que a comunicação não verbal assume um papel tão importante como o da verbal, no processo da comunicação interpessoal. Ao transmitirmos determinada mensagem, o nosso corpo pode estar a transmitir exactamente o oposto da codificação verbal. A análise dos sinais transmitidos através do nosso corpo, é uma área fascinante, na qual existe um mundo muito vasto de compreensões e saberes.

De acordo com Phaneuf “A comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afectiva, revelada ou oculta pelo comportamento não verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo e pode ser manifesta ou oculta. A razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende as emoções mais furtivas ou veladas” (2002,p.24).

Nem sempre na comunicação a mensagem verbal é igual à não verbal, afectando por vezes o significado das expressões verbais. Vários autores consideram que a componente não verbal da comunicação compreende cerca de 55 a 97% da mensagem transmitida. Assim, a comunicação não verbal torna-se uma forma, por excelência, de estabelecer relações com o outro, pois permite transmitir atitudes e estados emocionais, apoia ou contraria a comunicação verbal, podendo mesmo ser substituto da comunicação verbal quando esta é impossível (Adler & Towne, 2002).

Tal como refere Fast “A chave das relações pessoais reside, muitas vezes, no facto de se conhecer a linguagem do corpo, e nisso consiste o segredo de tantos que tão bem sabem lidar com os outros. Existem indivíduos que sabem interpretar a linguagem do corpo e manipulam os outros não só através do corpo, mas também através da voz” (2001,p.115).

De acordo com Mehrabian, a expressão do pensamento, faz-se com 7% de palavras, 38% com sinais paralinguísticos (entoação de voz, velocidade) e 55% através de sinais do corpo (olhar, mímica, gestos) (citado por Phaneuf, 2002,p.28). Birdwhistell, considera que somente uns 35% do significado social de qualquer conversa, corresponde às palavras pronunciadas (citado por Davis, 1979, p.38).

A linguagem corporal pode incluir qualquer movimento reflexo ou não reflexo do corpo, na sua totalidade ou apenas uma parte, utilizado por uma pessoa para comunicar uma mensagem emocional ao mundo exterior. A linguagem corporal, além de enviar e receber mensagens, se for compreendida e utilizada com destreza, pode conseguir derrubar barreiras (Fast, 2001).

Observar o comportamento não verbal, é uma habilidade que um terapeuta deverá adquirir. Ao serem observados aspectos do comportamento da pessoa, poderão ser tiradas ilações em relação ao nível de energia da pessoa, o seu grau de congruência (quando a pessoa é o que realmente aparenta) (Carkhuff, 1977).

Na comunicação verbal assiste-se a um processo de exteriorização do ser social, enquanto na comunicação não-verbal, observa-se a um processo de exteriorização do ser psicológico. Existe um comportamento verbal linguístico, capaz de caracterizar o ser psicossocial, e um comportamento não-verbal, psicobiológico, que determina o ser individual (Silva, 2006).

De acordo com os autores supracitados, é fácil concluir que a comunicação não verbal assume um papel determinante na comunicação interpessoal e consequentemente nas relações interpessoais. Para se compreender determinada informação é necessário estar atento aos sinais do corpo, uma vez que em todo este processo, o mesmo comunica concomitantemente com a transmissão das palavras.

### **2.3. Classificação dos signos não verbais**

Existem várias maneiras de dividir por categorias os vários tipos de signos não verbais. Um dos métodos mais comumente utilizados, foi desenvolvido por Eisenberg e Smith. A sua classificação assenta em três categorias: a cinésica (estudo dos movimentos corporais), a proxémica (estudo da posição corporal e das relações espaciais) e a paralinguagem (estudo da voz e da vocalização) (citado em Freixo, 2006,p.129). Ainda dentro dos signos não verbais, será também abordada a tacésica que corresponde ao toque (Silva, 2006).

### **2.3.1. Teoria cinésica**

O estudo dos gestos proporcionou o primeiro indício de que a estrutura cinésica é paralela à estrutura da linguagem. Mediante os estudos dos gestos no seu contexto, tornou-se claro que o sistema cinésico tem formas muito parecidas às palavras na língua. Por seu lado, esta descoberta levou à investigação dos componentes dessas formas e à descoberta de complexos mais amplos de que eles eram componentes. Pelo menos no que respeita aos sistemas cinésicos de ingleses, norte-americanos e alemães, é evidente que existem comportamentos corporais, que funcionam como sons significativos, que se combinam em unidades simples ou relativamente complexas como as palavras, e que por sua vez se combinam em trechos mais amplos de comportamento estruturado, à semelhança das frases e até mesmo dos parágrafos (Birdwhistell, 1979).

No desenvolvimento desta teoria, o mesmo autor enumera sete pressupostos que a explicam e fundamentam:

Tal como outros eventos na natureza, nenhum movimento ou expressão corporal é desprovido de significado no contexto em que se encontra;

Assim como outros aspectos do comportamento humano, a postura corporal, o movimento e a expressão facial são padronizados e, por conseguinte, estão sujeitos à análise sistemática;

Embora sejam reconhecidas as possíveis limitações impostas por substratos biológicos particulares, até que seja demonstrado o contrário, o movimento corporal sistemático dos membros de uma comunidade é considerado uma função do sistema social a que o grupo pertence;

A actividade corporal visível, tal como a actividade acústica audível, influencia sistematicamente o comportamento de outros membros de qualquer grupo;

Até que se demonstre o contrário, tal comportamento será considerado uma função comunicativa investigável;

Os significados daí decorrentes são funções tanto do comportamento como das operações pelas quais ele é investigado;

O sistema biológico particular e a experiência especial de vida de qualquer indivíduo contribuirão com elementos idiossincráticos para o seu sistema cinésico, mas a qualidade individual ou sintomática desses elementos só pode ser avaliada após a análise do sistema mais vasto de que eles são parte integrante (*ibidem*).

Dentro da teoria cinésica, é importante dar relevância aos sinais faciais, ao olhar e à postura corporal.

Na cinésica o rosto é tido como o melhor “mentiroso” não-verbal, uma vez que é a zona do corpo com a qual as pessoas têm maior consciência e em que as tentativas de controlo são mais frequentes. Em contrapartida, o olhar possui um sinal sobre o qual não temos controlo voluntário, que muitas vezes não é consciente, sendo por isso bastante fidedigno: a contracção ou dilatação da pupila. A pupila dilatada significa aprovação do que está a ser sentido pelo outro, enquanto que, a pupila contraída manifesta desagrado, desinteresse, discordância. Outra função do olhar é regular o fluxo da conversação. Normalmente, na cultura ocidental, as pessoas olham umas para as outras durante aproximadamente 50% do tempo de conversação. Se o olhar ultrapassar esse tempo, pode-se identificar raiva ou amor. O olhar também reflecte as nossas emoções: surpresa (abertura maior), alegria (brilho) ou tristeza (abertura menor) (Silva, 2006).

De acordo com Ortega e Gasset “É o olhar de olhos que parecem adormecidos, mas que, por detrás da nuvem de doce sonolência, estão bem despertos. Quem possuir o dom de olhar assim, possui um tesouro” (citado por Fast, 2001,p.137).

No que concerne ao atendimento pessoal, a chave para uma comunicação eficaz na qual se está a prestar a devida atenção, reside em utilizarmos todos os nossos sentidos, particularmente o olhar. Comunicamos de uma forma atenta se mantivermos o olhar no outro (Carkhuff, 1977).

Um outro aspecto particular da expressão facial é o sorriso. De acordo com Phaneuf (2002), devido às características pessoais, ou preocupações, algumas pessoas sentem dificuldade em sorrir, no entanto, só o sorriso pode indicar que somos calorosos e abertos aos outros.

Finalmente no que respeita à postura corporal, é importante referir, que a posição do corpo em relação a alguma coisa ou alguém, indica essencialmente duas situações: acolhido e aproximação ou desafio e rejeição. A primeira acontece quando nos voltamos para alguém com o corpo, com os ombros e nos “descruzamos”, ficando com o corpo aberto para o outro (braço, pernas, mãos). O desafio e rejeição constituem exactamente a postura contrária (Silva, 2006).

Para exemplificar a utilização de posições, imagine-se uma situação em que determinada pessoa insista fortemente num dado assunto. Aquele que a escuta está recostado na cadeira, com os braços e pernas cruzados, ouvindo atentamente as ideias do outro. Quando o ouvinte atinge um ponto em que discorda do interlocutor, muda de posição para exprimir o seu protesto. Poderá inclinar-se para a frente e descruzar os braços e as pernas. É possível que levante uma mão e aponte o dedo indicador para marcar uma recusa. Depois de ter terminado, recostar-se-á de novo na cadeira, assumindo a posição inicial de braços e pernas cruzadas – ou talvez adopte uma terceira posição, mais receptiva, recostado, mas com os braços e as pernas descruzados, assinalando que está aberto a uma sugestão (Fast, 2001).

O movimento da cabeça no final de cada afirmação é sinónimo para o interlocutor iniciar a resposta. Constitui uma das formas pelas quais orientamos as conversas, permitindo uma troca imediata de ideias sem ter de se dizer “Já acabou? Agora, vou eu falar”. Tal como o baixar a cabeça é indicativo do término de uma afirmação e o erguer a cabeça o fim de uma pergunta, também as alterações nas atitudes marcam ponto final em interações, o fim de um pensamento ou o fim de uma declaração. Exemplo disso é o mudar de posição, para deixar de encarar a pessoa com quem se está a conversar, significa que a conversa acabou, e que se pretende transferir a atenção para outro lado (*ibidem*).

As nossas mãos, o movimento que nelas operam também são motivo de análise por parte de muitos estudiosos. De acordo com Fast (2001), os gestos da mão, que todos nós fazemos ao conversar, ligam-se ao elevar da voz e ao sentido das palavras.

A maioria das pessoas identifica a gesticulação como alheia, ignorando-a, não lhe atribuindo qualquer sentido. Mas na verdade esses gestos comunicam, e por vezes

ajudam a esclarecer, quando a mensagem verbal não é muito clara. Noutras situações, são reveladores de emoções, embora que involuntariamente (Davis, 1979).

A postura é uma parte fulcral do atendimento pessoal. A nossa postura comunica a nossa prontidão para responder às necessidades de quem precisa. Os nossos pensamentos e sentimentos reflectem a nossa postura. Quando nos posicionamos para o outro, tendemos a pensar no outro, em contrapartida, quando nos posicionamos tendo em vista o nosso próprio conforto e conveniência, significa que estamos apenas a pensar em nós (Carkhuff, 1977).

De facto, a postura é também uma excelente forma de comunicação. É fácil apercebermo-nos através da postura de uma pessoa, que ela pode ser tímida, introvertida, insegura, ou pelo contrário, ativa, confiante e segura.

De acordo com Davis (1979) a postura é um dos indícios não-verbais mais fáceis de detectar, cuja sua observação pode ser muito interessante. Todas as pessoas têm uma maneira característica de conservarem o corpo quando andam, se sentam ou ficam de pé. Estes aspectos são tão pessoais como uma assinatura, e muitas vezes indiciam pistas sobre a própria personalidade da pessoa, sendo também uma expressão de atitude.

### **2.3.2. Teoria Proxémica**

O ser humano tem uma concepção de território, uma necessidade de algum espaço em seu redor. Esta necessidade de espaço varia desde a concha hermeticamente fechada do habitante da cidade, até aos amplos espaços ao ar livre de que dispõem os habitantes do campo. A forma como defendemos as nossas zonas e como invadimos as zonas dos outros é determinante no modo como nos relacionamos com as outras pessoas (Fast, 2001).

O estudo da proxémica tem como pioneiro Edward Hall. A proxémica estuda o uso do espaço na comunicação, a forma como as pessoas toleram as distâncias pessoais. A percepção do calor corporal de outra pessoa permite marcar a fronteira entre espaços íntimos e não íntimos. Os odores, a visão de um rosto toldado pela excessiva proximidade, associam-se a uma sensação de calor para criar a impressão de intimidade. Experimentando sobre nós próprios estas sensações, é possível criar um sistema de

apreciação das distâncias. A partir daí podem identificar-se os elementos constituintes dos conjuntos particulares que são as zonas: íntima, pessoal, social e pública. A faculdade de identificar as diferentes zonas afectivas, assim como as actividades, relações e as emoções que estão associadas, torna-se de considerável importância (Hall, 1986).

As zonas de distância podem variar ligeiramente, de acordo com a personalidade das pessoas e características do ambiente. Um ruído forte ou uma luz muito fraca, geralmente, aproximam as pessoas. Desta forma a distância íntima, diz respeito à distância estabelecida entre o toque e 45cm, na qual a presença do outro se impõe. São percebidos com nitidez, o cheiro, o calor do corpo, o ritmo da respiração. É a distância da luta, do acto sexual, do reconforto e da protecção. A distância pessoal situa-se entre os 45 a 125 cm, localizando-se no limite do alcance físico em relação ao outro. O calor corporal passa despercebido e a altura da voz é moderada. A distância social localiza-se de 125 a 360 cm. A esta distância os pormenores do rosto não são percebidos e ninguém toca ou espera ser tocado, sendo o modo corrente nas reuniões informais. Neste caso não fixar o olhar no interlocutor corresponde a negá-lo e a interromper a conversa. Finalmente a distância pública, situa-se acima dos 360 cm, o indivíduo pode adoptar um comportamento de fuga ou de defesa ao sentir-se ameaçado. A voz adopta um estilo formal e o contacto visual torna-se opcional. A distância de 9 metros, é a que existe, nas personalidades oficiais importantes (*ibidem*).

No que concerne à teoria proxémica, existem dois conceitos a referir: espaço pessoal e territorialidade. O espaço pessoal representa o quanto o nosso corpo suporta a proximidade de alguém, uma espécie de “balão” que existe em redor do corpo da pessoa. A invasão do espaço pessoal de alguém, provoca reacções como o afastamento, mudança na orientação do corpo, mudanças corporais. Relativamente à territorialidade esta diz respeito à área que o indivíduo reivindica como sua, defendendo-a de outros membros da própria espécie. Este comportamento pertence à natureza dos animais, em especial ao ser humano, que se serve dos seus sentidos para diferenciar as distâncias e os espaços. É importante referir que esta área não é fixa, onde quer que nos situemos, delimitamos o nosso território (*ibidem*). Por exemplo numa situação de internamento, a territorialidade corresponde ao local onde o paciente coloca as suas coisas (Silva, 2006).

### **2.3.3. Teoria paralinguística**

Finalmente, dentro dos códigos não verbais aparece a paralinguística. Segundo Trager “a essência da teoria paralinguística, assenta no pressuposto de que os sons que emitimos no processo de produção da fala, relacionam-se com a língua, mas não estão directamente nela incluídos. Numa interacção entre dois interlocutores, envolvidos numa conversação, interagindo através de mensagens verbais, o seu comportamento comunicativo, não se restringe às variações linguísticas, tal como a escolha da língua, ou o nível da linguagem. Essa interacção envolve um conjunto de variações não propriamente linguísticas, como o tom, timbre, intensidade da voz, as pausas” (citado por Freixo, 2006,p.142).

Relativamente às pausas será importante referir a questão do silêncio e sua gestão. Para Phaneuf (2002) o silêncio pode tornar-se uma estratégia de comunicação. Pode permitir manifestar respeito à pessoa, favorecer a introspecção, a reflexão e o contacto com as suas emoções. De acordo com a mesma autora “O silêncio é o apanágio da escuta” (2002,p.42) e uma boa escuta preconiza que a pessoa esteja atenta ao outro.

A paralinguagem assume-se como que um comentário ininterrupto sobre como deve ser entendido o que as palavras efectivamente transmitem (Freixo, 2006).

### **2.3.4. Tacêsica**

A tacêsica como o próprio nome suscita, está relacionada com o toque. No âmbito da área da saúde tem sido um fenómeno estudado, pois o mesmo representa um aspecto importante na relação que se estabelece entre profissionais de saúde e pacientes, pela aproximação que o mesmo provoca, permitindo ao doente sentir-se seguro e confiante no seu tratamento. O toque terapêutico tem sido alvo de investigações, pelos benefícios que dele podem advir. Os orientais desde sempre atribuíram elevada importância ao papel terapêutico das mãos, e aos poucos a nossa cultura, vai adoptando algumas terapias trazidas por eles, como é o caso do *Reiki*, *Shiatsu*, e vários tipos de massagem, e que são progressivamente procuradas.

O mais imediato e óbvio tipo de linguagem corporal é o contacto. O contacto da mão ou do braço por cima do ombro de alguém, constitui uma mensagem mais clara e

directa do que muitas palavras, no entanto esse mesmo contacto deve surgir no momento e no contexto exacto (Fast, 2001). O sistema táctil é tão antigo como a própria vida. A faculdade de reagir aos estímulos é um dos critérios da base da vida (Hall, 1986).

A tacêsica corresponde então, ao estudo do toque e de todas as características que o envolvem: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. O contacto físico propriamente dito, não é um acontecimento emocional, mas os seus elementos sensoriais provocam alterações neuronais, glandulares, musculares e mentais, as quais chamamos emoções. Por isso é que muitas vezes o tacto não é sentido como uma sensação, mas sim como uma emoção (Silva, 2006).

Na área da saúde existem então vários tipos de toque: o toque instrumental, o toque expressivo ou afectivo e toque terapêutico. O toque instrumental constitui o contacto físico necessário para o desempenho de um procedimento específico, como é o caso de avaliar a temperatura, administrar terapêutica, entre outras. O toque expressivo ou afectivo corresponde ao contacto relativamente espontâneo e afectivo, com a finalidade de demonstrar carinho, empatia, apoio, segurança e proximidade em relação ao paciente. Finalmente, o toque terapêutico constitui uma técnica terapêutica, aplicada há muito tempo, cujas bases conceptuais, estão assentes no paradigma holístico, segundo o qual o Homem é constituído num campo energético. Esta técnica tem por base a imposição das mãos (*ibidem*).

### 3. A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO DE AJUDA

Após a revisão bibliográfica sobre o conceito de comunicação interpessoal, é importante estudar a importância da mesma nas profissões de ajuda, de relações humanas, mais precisamente na Enfermagem. Segundo Phaneuf (2002) a comunicação e relação de ajuda estão presentes entre os factores importantes da humanização dos cuidados.

Na relação de ajuda, pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, desenvolvimento, maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida. Esta relação pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou nas duas, uma maior apreciação, expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes no indivíduo (Rogers, 1977).

Para que a relação de ajuda seja eficaz, é necessário que o profissional seja congruente ou transparente, para que as suas palavras sejam concordantes com os seus sentimentos. É preciso que o profissional tenha uma simpatia incondicional pelo paciente, que lhe compreenda os sentimentos essenciais conforme estes surgem (Rogers, 1977). Segundo o mesmo autor, a relação de ajuda assenta em dez pressupostos:

- É importante que o terapeuta transmita ao paciente confiança. Esta confiança adquire-se através da congruência. A congruência pretende significar que qualquer atitude ou sentimento que o terapeuta esteja a experimentar se adequa à consciência que o mesmo tem desse sentimento ou dessa atitude;

- É preciso ser-se suficientemente expressivo para que a pessoa que o terapeuta é possa comunicar sem ambiguidades. Para quem desejar estabelecer uma relação de ajuda de qualquer espécie, a principal lição, é a de se mostrar tal qual como é, transparente. Aceitar o que se é e permitir que a outra pessoa o veja, é a tarefa mais difícil e nunca está completamente terminada;

- Ser capaz de ter atitudes positivas para com o outro (atitudes de calor, respeito, atenção, afeição, interesse);

- Um parceiro numa relação de ajuda mantém a sua própria identidade separada. É necessário sentir que se é uma pessoa independente, para descobrir que é possível

dedicar completamente à compreensão e à aceitação do outro, sem que para isso não se perca a própria identidade;

- O terapeuta deve permitir ao paciente que este também seja independente, que tenha liberdade de ser ele mesmo;

- Na relação de ajuda é preciso que exista empatia (o terapeuta tenta compreender os sentimentos do outro);

- Aceitar todas as facetas que o outro apresenta;

- É necessário agir com suficiente delicadeza na relação terapêutica para que o comportamento do profissional não seja percebido como uma ameaça;

- É importante que o paciente se sinta livre da ameaça de avaliação pelo outro;

- O terapeuta deve ser capaz de olhar para o indivíduo como uma pessoa em processo de transformação e não ficar prisioneiro do seu próprio passado (*ibidem*).

Através desta análise pode concluir-se que o relacionamento e consequente comunicação interpessoal não é um processo fácil, construindo-se as habilidades comunicacionais ao longo do tempo, com experiência, maturidade e interesse pela evolução e mudança pessoal por parte de quem cuida.

Todo o trabalho em psicoterapia diz respeito a uma falha na comunicação. Uma boa comunicação, uma comunicação livre, dentro ou entre as pessoas é sempre terapêutica. A maior barreira à comunicação interpessoal é a nossa tendência natural para julgar, apreciar, aprovar ou desaprovar as afirmações de outra pessoa ou de um grupo. A comunicação real efectua-se, e a tendência para a apreciação é evitada, quando se ouve com compreensão. Uma compreensão por empatia corresponde a uma compreensão com uma pessoa, e não sobre uma pessoa, sendo um modo de contacto eficaz que pode originar importantes alterações na personalidade (Rogers, 1977). Para Phaneuf (2002), a empatia é uma das características mais importantes na relação de ajuda, e permite ao enfermeiro conhecer intensamente o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas permite também comunicar com essa pessoa o grau de compreensão que ela atingiu.

### **3.1. Conceito de competência**

Nos últimos anos, o conceito de competência tem alcançado muita importância em diversas áreas, sendo referência em estudos e pesquisas de áreas científicas muito distintas. Actualmente, a concepção de competência profissional integra programas de formação e de organização profissional, numa perspectiva de fazer frente às transformações constantes tanto ao nível da formação, como ao nível do mundo profissional (Le Boterf, 2002).

As competências são promotoras de desenvolvimento profissional, funcionando como oportunidades de pôr em acção os seus conhecimentos e aprendizagens, isto é, colocando as suas capacidades em acção, permitindo ao profissional a construção de novas competências favoráveis ao desenvolvimento, aprendizagem e à realização de um projecto de evolução profissional. Inicialmente o conceito de competência estava associado à capacidade para ocupar determinado posto de trabalho ou possuir determinado conhecimento. Nos dias de hoje, possuir um diploma ou ter formação específica não garante agir com competência em contextos de trabalho, cada vez mais voltados para o inesperado e para o inédito. Ser competente significa cada vez mais, ser capaz de gerir situações complexas, instáveis e incertas (Le Boterf, 2004).

Segundo Perrenoud (2001), o conceito de competência está relacionado com o processo de mobilizar ou activar recursos (conhecimentos, capacidades, estratégias) em diversos tipos de situações, especialmente em situações problemáticas. A aprendizagem por competências, para além de subentender uma aplicação prática de saberes, torna ainda mais relevante a importância do conhecimento, pois associa o mesmo e integra ao saber fazer.

#### **3.1.1. A competência na Enfermagem**

Reportando o conceito de competência para o domínio da Enfermagem, segundo Phaneuf (2002), a competência em enfermagem revela-se muito complexa, porque supõe uma combinação de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se relacionam e se alimentam uns aos outros. Contudo o facto de a limitar a estas dimensões traduz-se em desviar a atenção da pessoa cuidada para a

virar unicamente para o lado da doença. Contudo aos enfermeiros é-lhes exigido muito mais do que conhecimentos e técnicas, porque os cuidados de enfermagem desenvolvem-se na preocupação constante da procura de bem-estar das pessoas cuidadas, em acções de protecção e generosidade que têm por base o estado de vulnerabilidade e de expectativa das pessoas cuidadas, exigindo um forte investimento afectivo. Decorrente desta exigência, os cuidados de enfermagem são mais do que o tratamento da doença e o cumprimento de protocolos.

### **3.2. Competências pessoais e relacionais**

Gomes (1990) refere que para que os estudantes do Ensino Superior se desenvolvam e se tornem competentes no domínio interpessoal devem desenvolver a comunicação e as relações interpessoais.

O desenvolvimento de competências interpessoais assume-se como um processo pelo qual um indivíduo aprende e interioriza as regras e normas da sociedade, incluindo o crescimento, educação, formação e vai acontecendo progressivamente desde o nascimento, desenrolando-se durante toda a vida (Sprinthall & Sprinthall, 1993). Como exemplo desta situação, Rogers refere que “as crianças, quando são tratadas pelos pais com afecto e de igual para igual, revelam um desenvolvimento intelectual acelerado, maior originalidade, uma segurança emotiva e um domínio mais profundo, menor excitabilidade, do que as crianças que provêm de outros tipos de família” (1977,p.45).

A competência de enfermagem, em primeiro lugar baseia-se nas qualidades pessoais do enfermeiro, que fazem dele uma pessoa que escuta, é atento ao que se passa com o doente e capaz de decisão, acção e empatia. Inerente à competência está a segurança, segurança que se traduz na confiança das suas capacidades pessoais, na compreensão do problema e nos seus meios para o resolver. A competência aplicada à Enfermagem abrange duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais dos enfermeiros e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2002).

No que respeita aos estudantes do ensino superior, merecedores da nossa atenção por constituírem os sujeitos do estudo, são-lhes exigidas o desenvolvimento de várias

competências no decorrer da licenciatura, nomeadamente o desenvolvimento de competências comunicacionais.

A Ordem dos Enfermeiros<sup>1</sup> (2003) preconiza que o Enfermeiro:

- Inicie, desenvolva e suspenda relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;

- Comunique com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência;

- Assegure que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores seja apresentada de forma apropriada e clara;

- Responda apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência;

- Comunique com o cliente e /ou familiares, de forma a dar-lhes poder;

- Utilize a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada;

- Demonstre atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

Definir competência de comunicação não é fácil. A comunicação eficaz implica alcançar os objectivos da pessoa, de forma ideal, para que mantenha ou melhore o relacionamento em que ocorre. A competência de comunicação não é uma habilidade natural, mas pode ser desenvolvida com treino e prática. É possível aprender a comunicar eficazmente, contudo é importante ter em conta que não existe um modelo único de competência, dado que o que se qualifica como comportamento competente

---

<sup>1</sup> Competências do Enfermeiro de cuidados gerais (documento divulgado pela ordem dos enfermeiros com aprovação pelo conselho de enfermagem.

numa cultura, pode ser completamente diferente noutra. Como o comportamento competente varia muito, em função da situação e da pessoa, é errado pensar que a competência comunicativa é uma característica que se possui ou não possui. O comportamento que é competente num relacionamento não é necessariamente eficaz noutras situações, sendo fundamental escolher o comportamento mais adequado para a situação em causa (Adler & Towne, 2002).

Vários estudos têm demonstrado que a comunicação interpessoal é essencial para o bem-estar do ser humano, mas nem todos precisamos da mesma quantidade. A qualidade da comunicação é quase tão importante como a quantidade (Adler & Towne, 2002).

Em Enfermagem, a comunicação é um instrumento básico. Para cuidar, o enfermeiro necessita de comunicar, mas para comunicar eficazmente, deve dominar as competências da comunicação, devendo considerar os meios de comunicação não verbal: o silêncio, o olhar, os gestos, as distâncias, o toque e os meios de comunicação verbal, como a confrontação, a informação, as opiniões, a revelação de si, o feedback, as questões, a síntese, a elucidação e a reformulação (Chalifour, 1989).

### **3.3. Aspectos relevantes na comunicação interpessoal**

Existem alguns aspectos que são facilitadores, outros pelo contrário são prejudiciais na comunicação interpessoal. Seguidamente irão ser dados alguns exemplos, que estão directamente relacionados com a Enfermagem.

No dia-a-dia constatamos com a importância das primeiras impressões (Goffman, 1993). Uma comunicação infeliz, que causou uma má impressão na pessoa cuidada, raramente se recupera. O dia-a-dia profissional do enfermeiro, repleto de urgências, fadiga inerente às inúmeras intervenções, frequentemente induzem na maneira de responder às pessoas, familiares, com falta de interesse, aborrecimento, impaciência e cansaço. Outro aspecto importante é o início da comunicação, por isso é que é tão importante o acolhimento da pessoa à chegada a um serviço. O primeiro contacto entre enfermeiro-paciente, são determinantes para a relação interpessoal (Phaneuf, 2002).

#### **4. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ao longo dos tempos a profissão de Enfermagem tem sofrido inúmeras alterações. Para acompanhar estas mudanças é necessário que o currículo na formação de Enfermeiros se ajuste às mesmas. De acordo com Pereira (1998), o papel do enfermeiro na sociedade tem vindo a sofrer alterações significativas, sendo necessário perspectivar igualmente, a evolução desse papel e responsabilidades no futuro. O principal objectivo da formação em Enfermagem consiste em ajudar os estudantes a desenvolverem competências necessárias para um desempenho eficaz.

Mediante esta alteração do papel do enfermeiro e conseqüentemente da sua formação, considera-se pertinente realizar uma breve abordagem sobre o percurso histórico da formação em enfermagem, salientando o crescente papel das ciências sociais e humanas na formação dos futuros profissionais.

Foi Florence Nightingale, em pleno século XIX, a fundadora do movimento para a criação de escolas onde fosse dada a preparação adequada a enfermeiras na assistência a doentes hospitalizados e no domicílio. Este movimento teve o seu início na Inglaterra, e rapidamente se expandiu para os Estados Unidos e Canadá (Soares, 1997).

Nos últimos anos do século XIX, ocorreu a criação das primeiras escolas de enfermagem. Isto não significa que anteriormente não tenha sido dispensado treino ou instrução aos que cuidavam de doentes hospitalizados. No entanto, só a partir dessa data, foi institucionalizado o ensino de enfermagem em Portugal, tendo sido uma iniciativa das administrações dos Hospitais de Coimbra, Porto e Lisboa. Estes hospitais por serem os mais importantes do país e com fortes ligações com a Faculdade de Medicina de Coimbra e Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto (Soares, 1997).

Durante meio século as escolas funcionaram como serviços dos hospitais, até ao momento em que o Estado resolve intervir na regulamentação do ensino de enfermagem, centralizando o seu controlo e orientação. Em 1940, por iniciativa de Francisco Gentil, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e director do Hospital de São José, é criada a Escola Técnica de Enfermeiras, na dependência do Ministério da Educação Nacional e ligada ao Instituto Português de Oncologia. Aqui se ministra o curso de Enfermagem com duração de três anos, tendo como finalidade formar

enfermeiras no âmbito das ciências naturais e no campo da física e radiações (Soares, 1997). O decreto-lei nº 36219 reorganiza o Ensino de Enfermagem.

Com esta alteração foi possibilitado ao aluno intervir no seu projecto de formação e profissional e segundo os autores Nóvoa (1987) e Dominicé (1990), partindo da história de vida de cada um. Esta metodologia exige que o aluno tenha oportunidade de desenvolver uma atitude crítica e de análise face a determinados acontecimentos.

O objecto de cuidados abandona a vertente tecnicista, na qual só interessa a patologia, e passa a ser o ser humano em toda a sua plenitude e complexidade. De acordo com Collière (1999) assiste-se a uma mudança dos paradigmas orientadores da prestação de cuidados. No período de afirmação da profissão de enfermagem, a aproximação ao modelo biomédico em que predomina a atenção à concepção do tratar, valorizando-se a componente técnica dos cuidados, é substituída pelo paradigma do cuidar próximo do modelo holístico.

Começa a surgir, numa perspectiva holística, a assistência integrada onde é implícito o cuidar que valoriza a relação interpessoal, as emoções e afectos, respeitando os valores e cultura dos doentes, tendo como objectivo o seu bem-estar geral. Se até aqui se valorizou e desenvolveu uma componente tecnicista da enfermagem, agora acrescentam-se as questões relacionadas com o desenvolvimento das competências relacionais que passaram a fazer parte da essência dos cuidados de enfermagem (Atkinson & Murray, 1989).

Segundo a OMS (1993), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

A concepção moderna de saúde define-se em termos de equilíbrio e movimento. A saúde é o estado de harmonia resultante do equilíbrio das tendências fundamentais do ser humano. Esta concepção global de saúde designa a globalidade do ser humano, considerando a sua capacidade de fazer face às situações existenciais e a sua disposição para efectuar aprendizagens significativas para actualizar o seu potencial (Rondal, 1985).

Com a Directiva da CEE nº 77/453/CEE, relativa ao ensino de Enfermagem, foram estabelecidas orientações que Portugal deve considerar com a sua entrada na Comunidade Económica Europeia. Desta forma, o Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem (1998) define que a educação em enfermagem deve preparar os estudantes para actuarem como prestadores de cuidados de qualidade a partir de uma base de conhecimentos e atitudes profissionais, como membro de uma equipa e de uma organização e como membro de uma sociedade.

A Organização Mundial de Saúde identificou, como missão primordial do enfermeiro na sociedade, ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social, exercendo-o dentro do contexto do ambiente onde vivem, trabalham e têm lazer (Pereira, 1998).

No Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro, o qual é referente às regras gerais a que fica subordinado o ensino de Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico, no artigo 5º, é referido que o curso de Licenciatura em Enfermagem “visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”.

O Regulamento Geral do Curso de Licenciatura e a criação do mesmo nas Escolas Superiores de Enfermagem, são concretizadas com a publicação das portarias nº 799-D/99 e 799-G/99. Com esta legislação fica definido que a carga horária total do curso de Licenciatura em Enfermagem deve situar-se entre quatro mil e seiscentas a quatro mil e oitocentas horas. É também definido que a duração do ensino clínico deve ser pelo menos, metade da carga horária total do curso. O curso de Enfermagem é essencialmente prático, de acordo também com as orientações da OMS. A formação será tanto melhor se a mesma for realizada no ambiente idêntico àquele que irão prestar cuidados enquanto futuros profissionais.

O curso de Enfermagem destina-se à preparação de enfermeiros, fornecendo uma formação científica, técnica e relacional adequada, para a prestação de cuidados de enfermagem geral nos três níveis de prevenção, que se direccionam para o indivíduo, família e comunidade e a necessária capacidade para participar na gestão dos cuidados

de enfermagem, no ensino e em estudos de investigação em enfermagem (Departamento de recursos humanos da saúde, 1989).

De acordo com o mesmo documento, o papel do enfermeiro pode organizar-se em cinco funções, que correspondem à globalidade dos cuidados de enfermagem:

“Suporte e/ou substituição nas actividades da vida quotidiana;

Acompanhamento nas situações de crise e no período de fim de vida;

Ajuda nas medidas de diagnóstico, terapêuticas e preventivas;

Participação nas acções de manutenção, promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes, de readaptação funcional e de reinserção social;

Contribuição para a melhoria da qualidade e eficácia dos cuidados de enfermagem e para o desenvolvimento da profissão. Colaboração em programas de investigação na área da saúde “ (1989,p.5).

#### **4.1. Criação do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Aveiro (ESSUA)**

A Escola Superior de Saúde de Aveiro ministra actualmente 5 licenciaturas. A ESSUA insere-se no campus universitário de Santiago, Aveiro (Guia do estudante, 2009). A lei nº54/90 de 5 de Setembro, que regulamenta o estatuto de autonomia dos estabelecimentos do ensino superior politécnico, no artigo 4º, refere que os institutos politécnicos, ou as suas escolas superiores, podem estabelecer acordos, protocolos com estabelecimentos de ensino superior universitário, ou com outros organismos públicos ou privados, nacionais ou internacionais. Esta lei foi alterada pelas leis nº20/92 de 14 de Agosto e pela lei nº 71/93 de 26 de Novembro. A primeira é respeitante às normas relativas ao sistema de propinas, pela inscrição anual nos cursos das instituições de ensino superior público, definidas igualmente pelo regime de isenção ou de redução de propinas de acordo com o rendimento familiar anual. A segunda lei diz respeito ao orçamento para o Ensino Superior.

Toda esta legislação foi revogada pela lei nº62/2007 de 10 de Setembro, que se refere ao regime jurídico das instituições de ensino superior.

A lei nº 60/2003 de 1 de Abril respeitante à organização dos cuidados primários, refere no seu artigo 6º, que os objectivos dos centros de saúde são dar resposta às necessidades de saúde da população, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade.

A lei nº108/88 de 24 de Setembro que determina a Autonomia das Universidades, foi revogada pelo decreto-lei nº 252/97 de 26 de Setembro, que confere autonomia financeira às universidades.

Toda esta legislação, esteve presente na criação da ESSUA, sendo alguma específica para o curso de Licenciatura em Enfermagem. Seguidamente iremos analisar a estrutura do currículo do curso de Licenciatura em Enfermagem, e verificar se as disciplinas direccionadas para a comunicação interpessoal, serão as suficientes para preparar futuros Enfermeiros nesta área.

De acordo com os objectivos esperados para a Enfermagem, como foram descritos anteriormente, o Enfermeiro deverá ser um profissional habilitado para se relacionar com o outro, entendendo este “outro” pelo indivíduo, família, comunidade. Como comunicar e relacionar são conceitos inseparáveis, que se influenciam e dependem mutuamente, é implícito nesta profissão, que os enfermeiros tenham a capacidade de estabelecerem uma relação estreita com as pessoas, porque a enfermagem é essencialmente uma profissão de relação, de entrega ao próximo. Se esta competência relacional e comunicacional não estiver bem desenvolvida, por certo o enfermeiro sentir-se-á incompleto e não atingirá a plenitude no desempenho da sua actividade.

#### **4.2. Análise do desenho curricular do curso de Licenciatura em Enfermagem da (ESSUA)<sup>2</sup>**

De acordo com o plano de estudos, a licenciatura em enfermagem, organiza-se em quatro anos, exceptuando o ano lectivo de 2008/2009, que terá a duração de cinco anos, uma vez que marca a homologação do curso com o tratado de Bolonha. Por esta ordem de ideias, os alunos entrevistados do 2º, 3º e 4º anos têm no seu curso a duração de quatro anos, com o mesmo plano curricular, e os alunos do 1º ano têm cinco anos de curso, uma vez que nele está inserido o mestrado integrado. Iremos então analisar o plano de estudos anterior a Bolonha.

A carga horária do curso é de 4600 horas, 2300 teóricas e teórico práticas e 2300 de ensino clínico. Iremos então analisar as disciplinas ministradas nos quatro anos.

Na seguinte tabela, encontram-se as disciplinas existentes durante o primeiro ano, nos dois semestres.

---

<sup>2</sup> Toda a informação que se segue (desenho curricular da Licenciatura), foi fornecida pela Professora directora do curso de Licenciatura em Enfermagem. Actualmente esta informação não se encontra disponível na internet, tendo sido retirada com o novo plano curricular respectivo à homologação com o tratado de Bolonha. É de relembrar que todos os alunos a partir do 2º ano inclusive, pertencem ao plano curricular antigo. Como a informação não se encontrava disponível, a docente facultou-a em suporte de papel, do qual não constava qualquer tipo de referência. Por esse motivo toda a informação que se segue não tem a referência à sua fonte, daí a necessidade da sua justificação.

**Tabela 1** – Disciplinas existentes no 1ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem

<b>Disciplinas</b>	<b>Tipo</b>	<b>Aulas Teóricas</b>	<b>Aulas Teórico-Práticas</b>	<b>Aulas Práticas</b>
O profissional de saúde	1º Semestre	0h	42h	0h
Psicossociologia	1º Semestre	0h	56h	0h
Informática	1º Semestre	28h	0h	42h
Anatomia e Fisiologia I	1º Semestre	42h	0h	28h
Bioquímica e biofísica	1º Semestre	28h	0h	28h
Fundamentos de Enfermagem I	1º Semestre	28h	56h	56h
Anatomia e Fisiologia II	2º Semestre	28h	0h	28h
Fisiologia aplicada	2º Semestre	14h	0h	28h
Introdução à patologia	2º Semestre	28h	0h	14h
Ética	2º Semestre	0h	28h	0h
Farmacologia	2º Semestre	14h	28h	0h
Microbiologia e Parasitologia	2º Semestre	28h	0h	28h
Fundamentos de Enfermagem II	2º Semestre	0h	56h	42h
Ensino Clínico I	2º Semestre	0h	0h	72h

De acordo com a tabela 1, podemos verificar que durante o primeiro ano existem 14 disciplinas, todas elas semestrais. As disciplinas que desenvolvem a temática da comunicação interpessoal são a Psicossociologia, os Fundamentos de Enfermagem I, Fundamentos de Enfermagem II e Ensino Clínico I.

A disciplina Psicossociologia tem como objectivos:

- Transmitir noções básicas que permitam compreender a pessoa e o comportamento humano do ponto de vista psicológico e social;
- Compreender a pessoa enquanto membro de sistemas sociais, institucionais, familiares e individuais;
- Analisar a comunicação como principal elemento das relações entre grupos e entre pessoas.

Um dos conteúdos desta disciplina refere-se à comunicação e a interacção entre indivíduos e grupos, sendo possível concluir que nesta disciplina é colocado ênfase na comunicação interpessoal.

No que concerne aos Fundamentos de Enfermagem I, um dos objectivos é relacionar as necessidades do indivíduo, com a intervenção do enfermeiro, segundo a Teoria de Virgínia Henderson.

Virgínia Henderson licenciou-se na Army School of Nursing, Washington, tendo posteriormente adquirido especialização como enfermeira docente. Escreveu e editou várias versões do livro “The principles and practice of nursing”. Para esta autora a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem, e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades. De acordo com a sua concepção de enfermagem, os cuidados de enfermagem devem basear-se na satisfação de 14 necessidades básicas, as chamadas Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) que englobam o respirar, comer e beber, eliminar resíduos corporais, movimentar e manter uma postura correcta, dormir e descansar, vestir e despir, manter a temperatura corporal, manter a higiene e protecção da pele, evitar perigos, comunicar com os outros, viver segundo crenças e valores, trabalhar, praticar desporto e aprender ( IPO,Lisboa, 2009).

Um dos conteúdos desta disciplina reporta-se ao estudos das NHF entre as quais se encontra “comunicar com os seus semelhantes”.

Na disciplina Fundamentos de Enfermagem II, um dos objectivos para a disciplina, inclui o desenvolvimento de capacidades na execução de técnicas relacionadas com a satisfação das NHF, nas quais se insere, como foi referido anteriormente “comunicar com os seus semelhantes”. O outro objectivo é o desenvolvimento de competências no âmbito das relações interpessoais e da relação de ajuda. Nos conteúdos desta disciplina também são abordadas especificamente as NHF, e na necessidade “Comunicar com os seus semelhantes”, é dado ênfase à relação de ajuda. É esperado que os estudantes adquiram competências relacionadas com as capacidades de relacionamento interpessoal, e que conheçam e executem os procedimentos técnicos necessários à satisfação das NHF.

O Ensino Clínico (E.C.) I também aborda esta temática, na medida em que um dos seus objectivos é reflectir sobre a importância das relações interpessoais entre profissional/utente/família/comunidade. Nos seus conteúdos também estão presentes, observar a dinâmica de grupo, como elemento constituinte no funcionamento intra e interdisciplinar, tipos de comunicação (simétrica/complementar), observar os tipos de interacções entre o profissional/utente/família (motivações, expectativas...) e observar situações de comunicação verbal e não-verbal entre o profissional/utente/família.

De seguida iremos proceder à análise das disciplinas ministradas durante o segundo ano (Tabela 2).

**Tabela 2** - Disciplinas existentes no 2ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem

<b>Disciplinas</b>	<b>Tipo</b>	<b>Aulas Teóricas</b>	<b>Aulas Teórico-Práticas</b>	<b>Aulas Práticas</b>
Epidemiologia e Bioestatística	1º Semestre	42h	28h	0h
Bioética	1º Semestre	28h	0h	0h
Socioantropologia da saúde	1º Semestre	28h	14h	0h
Organização de Sistemas de Saúde	1º Semestre	0h	42h	0h
Gestão e Economia da Saúde	1º Semestre	28h	14h	0h
Enfermagem Comunitária I	1º Semestre	0h	98h	42h
Ensino Clínico II (seminários e prática clínica)	1º Semestre	0h	0h	261h
Educação e Formação em Enfermagem	2º Semestre	0h	56h	0h
Saúde Ambiental e Internacional	2º Semestre	0h	56h	0h
Estilos de vida e necessidades especiais	2º Semestre	0h	28h	42h
Psicologia do desenvolvimento	2º Semestre	0h	70h	0h
Tecnologias em saúde	2º Semestre	0h	28h	28h
Enfermagem Comunitária II	2º Semestre	28h	28h	42h
Ensino clínico III (seminários e prática clínica)	2º Semestre	0h	0h	237h

Após análise da tabela anterior, de todas as disciplinas, dos seus conteúdos e objectivos, pode-se constatar que as disciplinas que abordam a temática em estudo, são o E.C. II, E.C. III, Enfermagem Comunitária II, Estilos de vida e necessidades especiais e Educação e formação em Enfermagem.

No E.C. II, dois dos 11 objectivos para esta disciplina incluem comunicar de forma assertiva e desenvolver atitudes de integração na equipa de saúde. Este ensino clínico é referente à área da Saúde Materno Infantil, e tem como conteúdos a prestação de cuidados de enfermagem nesta área, de forma a desenvolverem competências no domínio cognitivo, comunicacional, atitudinal e técnico.

O E.C. III correspondente à área da Saúde Comunitária, é realizado em Centros de Saúde. Um dos seus dez objectivos inclui igualmente comunicar de forma assertiva, e à semelhança do ensino clínico anterior, nos seus conteúdos também se preconiza que os estudantes desenvolvam competências no domínio cognitivo, comunicacional, atitudinal e técnico, no âmbito da promoção e manutenção da saúde, prevenção de doença e acidentes, tratamento e reabilitação a indivíduos, grupos e comunidades.

A disciplina Enfermagem Comunitária direcciona-se para esta área, nos conteúdos referentes à Educação para a Saúde e às Relações interpessoais, dando nesta última, importância à comunicação como vector de desenvolvimento. De uma forma indirecta no conteúdo Saúde Mental do indivíduo, esta temática também é desenvolvida, uma vez que aspectos como a gestão do stress e das emoções fazem parte do mesmo.

No que concerne à disciplina Estilos de Vida e Necessidades Especiais, um dos seus objectivos é a tipificação de tecnologias e serviços para ajudar a pessoa com deficiência ou idosa em actividades de vida diária, na comunicação, na educação e no trabalho. Um dos seus conteúdos refere-se especificamente à comunicação, incluindo as necessidades básicas de comunicação, a comunicação alternativa e aumentativa, entre outros aspectos, mas que não estão tão relacionados com a problemática em estudo.

Finalmente encontra-se a Educação e Formação em Enfermagem, sendo uma disciplina voltada para o desenvolvimento de competências relativas à educação para a saúde em contextos formais e informais. Esta disciplina também preconiza o desenvolvimento de competências de intervenção educativa e formativa junto de utentes/famílias, redes sociais, pessoais e sistemas alargados. Nos seus conteúdos estão

presentes a abordagem aos contextos de educação e formação informais (o quotidiano) e formais (acções de formação, workshops, ...). Dentro dos instrumentos de educação e formação (outro conteúdo), são referenciados os contextos informais (o poder da conversação) e os contextos formais (metodologias activas e expositivas, organização dos grupos). Ainda dentro deste conteúdo inclui-se a premissa de que educar e formar também é intervir.

Com a seguinte tabela, será possível analisar as disciplinas ministradas ao longo do 3º ano.

**Tabela 3** - Disciplinas existentes no 3ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem

<b>Disciplinas</b>	<b>Tipo</b>	<b>Aulas Teóricas</b>	<b>Aulas Teórico-Práticas</b>	<b>Aulas Práticas</b>
Psicologia Relacional	1º Semestre	0h	60h	0h
Patologia	1º Semestre	36h	24h	0h
Terapêutica farmacológica	1º Semestre	0h	0h	36h
Enfermagem Médica	1º Semestre	0h	96h	48h
Ensino Clínico IV	1º Semestre	0h	0h	312h
Investigação na prática profissional	2º Semestre	0h	36h	24h
Enfermagem Cirúrgica	2º Semestre	24h	36h	48h
Enfermagem Pediátrica	2º Semestre	24h	36h	0h
Enfermagem Psiquiátrica	2º Semestre	24h	36h	0h
Cuidados continuados	2º Semestre	0h	48h	0h
Ensino Clínico V	2º Semestre	0h	0h	312h

Relativamente ao terceiro ano, são as disciplinas Psicologia Relacional, E.C. IV, Enfermagem Psiquiátrica, Cuidados continuados, Enfermagem Pediátrica e E.C. V, que focam este aspecto.

Analisando a disciplina psicologia Relacional, verifica-se que é muito voltada para a dimensão relacional do cuidar. Desta forma, os objectivos da disciplina prendem-se com:

- Adquirir noções que permitam contextualizar a natureza, características e funções da relação dos profissionais de saúde com os doentes;
- Conhecer o stress associado à relação com os doentes, bem como estratégias de “coping” adequadas;
- Adquirir e desenvolver competências relacionais para lidar com os doentes.

Os conteúdos da disciplina incluem:

- As profissões de saúde enquanto actividades de relação humana;
- O stress dos profissionais de saúde;
- A relação com o outro;
- A relação de cuidador;
- Competências relacionais na interacção com doentes.

Nos E.C. IV e V, à semelhança dos ensinamentos clínicos referidos anteriormente, sobrepõe-se o desenvolvimento das mesmas competências, embora em contextos diferentes. O E.C. IV corresponde à área médica e o E.C. V à área cirúrgica. Desta forma coexistem o desenvolvimento de competências na área comunicacional.

Na Enfermagem Pediátrica é assumida a especificidade da comunicação com a criança doente e família, constituindo esta, um dos objectivos para esta disciplina. Nos seus conteúdos também é desenvolvida a comunicação com a criança doente e família.

Na disciplina Cuidados Continuados existe um conteúdo que se reporta à comunicação em cuidados paliativos (importância, negociação e más notícias).

Por último, em Enfermagem Psiquiátrica, uma disciplina voltada para o relacionamento com o outro, nomeadamente a doentes com patologias do foro psiquiátrico, tem como um dos seus objectivos, descrever as intervenções de Enfermagem de promoção e manutenção da satisfação das necessidades humanas fundamentais do doente/família, segundo Virgínia Henderson, no processo de doença psiquiátrica. Nos seus conteúdos, existe um responsável pela comunicação terapêutica (relação de ajuda, observação e entrevista).

Finalmente temos o 4º ano, ano essencialmente de componente prática, que iremos analisar de seguida.

**Tabela 4** - Disciplinas existentes no 4ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem

<b>Disciplinas</b>	<b>Tipo</b>	<b>Aulas Teóricas</b>	<b>Aulas Teórico-Práticas</b>	<b>Aulas Práticas</b>
Sistemas de Informação na Saúde	1º Semestre	0h	36h	24h
Ética e Deontologia Profissional	1º Semestre	0h	48h	0h
Ensino Clínico VI	1º Semestre	0h	0h	492h
Ensino Clínico VII	2º Semestre	0h	0h	630h

Durante o 4º ano, são os ensinamentos clínicos o veículo que permite aos alunos o treino e aperfeiçoamento desta competência, perfazendo um total de 1122h de componente essencialmente prática. Estas horas foram obtidas multiplicando o número de horas práticas pelo número de semestres respectivos a cada ano.

Através da análise efectuada ao longo de todos os anos, conclui-se que a comunicação interpessoal é abordada ao longo de todo o curso de licenciatura, com especial incidência na Psicologia Relacional. O primeiro ano, como é essencialmente teórico, oferece um leque maior de disciplinas, logo a quantidade das disciplinas que abordam a comunicação interpessoal também é maior. Contudo não existe nenhuma que seja única e simplesmente direccionada para esta temática, sendo por isso impossível quantificar quantas horas lhe são dedicadas, uma vez que a comunicação interpessoal ocupa um dos vários conteúdos a serem desenvolvidos para cada uma, com excepção da Psicologia Relacional, sendo esta a que mais se direcciona com maior exclusividade para o treino desta competência.

Ao longo dos ensinamentos clínicos pressupõe-se que os estudantes desenvolvam as competências necessárias para o exercício da profissão, e entre essas competências encontra-se a comunicacional. Os ensinamentos clínicos constituem excelentes momentos para o desenvolvimento desta competência, pela proximidade com os doentes, e por se

desenrolarem num contexto profissional idêntico ao que os estudantes irão encontrar no futuro.

Num total, o curso é constituído por 43 disciplinas (nas quais já estão inseridas os ensinamentos clínicos), 17 abordam a comunicação interpessoal, embora não de uma maneira exclusiva, como foi referido anteriormente.

No que respeita aos alunos do 1º ano que foram entrevistados, como estes são abrangidos pelo novo currículo, as disciplinas que estavam a ser leccionadas no momento da entrevista são diferentes das analisadas no quadro 1. Como estes alunos se encontravam no 1º semestre, iremos apenas indicar as que são referentes ao mesmo, dado que os guiões de entrevista destes alunos também foram diferentes, atendendo a essa situação. No primeiro semestre, têm Bioquímica e Biofísica, Tecnologias de Informação na Saúde, Fundamentos de Enfermagem I, Anatomia e Fisiologia I e Estruturas Organizacionais e Sociais da Saúde. Destas disciplinas as que se reportam a este tema são os Fundamentos de Enfermagem I e Estruturas Organizacionais e Sociais da Saúde.

Quanto à disciplina Estruturas Organizacionais e Sociais da Saúde, um dos objectivos da mesma consiste em analisar a comunicação como principal elemento das relações entre grupos e entre pessoas. Um dos conteúdos desta disciplina também inclui a comunicação e interacção entre indivíduos e grupos. As competências previstas a adquirir com esta disciplina também compreendem analisar, propor e aplicar estratégias de eficácia comunicacional no contexto profissional e analisar a comunicação e desenvolver o estilo de comunicação assertivo.

Nas Necessidades Especiais, é colocada a importância do uso das Tecnologias de Comunicação e Informação na prestação de cuidados, logo está subjacente a importância da comunicação. Nos conteúdos desta disciplina, a comunicação é considerada uma das principais áreas da vida, a par com a educação, trabalho.

## **Parte 2**

---

Investigação Empírica

## 5. METODOLOGIA

“A investigação acima de tudo, é a produção de conhecimento acerca do mundo.”

(Merriam, 1998,p.3)

Neste capítulo abordamos a metodologia subjacente a este estudo, assim como as razões que justificam as escolhas inerentes à mesma. A escolha de determinada metodologia é um processo algo moroso, que deverá acima de tudo ser consciencioso, na medida em que deverão ser equacionados os objectivos do estudo, a problemática subjacente e a exequibilidade dos métodos escolhidos a realizar. De acordo com Merriam (1998), a escolha do desenho de investigação requer compreensão dos princípios filosóficos subjacentes ao tipo de pesquisa, requer uma avaliação do tipo de pesquisa, se esta se adapta à personalidade, atributos e competências do investigador e a certificação de que as escolhas do desenho são viáveis no paradigma seleccionado.

A metodologia refere-se à descrição e análise dos procedimentos e às técnicas específicas de recolha e análise de dados do estudo empírico (Fortin, 1996).

### 5.1. Paradigma qualitativo

O presente estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, com carácter exploratório. Segundo Marshall e Rassmon (1994) na pesquisa qualitativa o investigador deve controlar as questões da pesquisa e manter a sua atenção na complexidade de contextos situacionais e nas intercorrências que poderão ocorrer.

Na investigação qualitativa, a chave reside nas perspectivas que os participantes têm sobre determinado fenómeno e não na perspectiva dos investigadores. Este tipo de investigação mostra como todas as partes se reúnem para formar o todo, encontrando-se o seu sentido na experiência de vida das pessoas, que será interpretado pela própria percepção do investigador. Este último necessita de se deslocar ao terreno, ao campo de investigação pertencente aos sujeitos da amostra, para ser possível a observação do comportamento dos sujeitos no seu cenário natural (Merriam, 1998).

De acordo com Maxwell (1996), existem cinco situações cujos estudos qualitativos estão especialmente indicados:

a) Compreensão das cognições, afectos, intenções dos participantes no estudo, sobre as situações e acções nas quais estão envolvidos e que resultam das suas experiências de vida;

b) Compreensão do contexto particular no qual se inserem os participantes do estudo, tendo subjacente a influência que este contexto opera nas suas acções. Os investigadores neste tipo de estudos, optam geralmente por um número reduzido de participantes, preservando a individualidade de cada um na sua análise;

c) Identificar previamente os fenómenos e influências, e posteriormente generalizar teorias;

d) Compreensão do processo, no qual as acções e eventos tomam lugar;

e) Desenvolver explicações causais.

O paradigma de investigação qualitativo, interpretativo ou naturalista, define um conjunto de métodos e técnicas mais susceptíveis de recolha e análise de dados. Na análise qualitativa, cujo foco é o sentido/conhecimento do contexto, exige-se um instrumento de recolha de dados mais sensível de forma a compreender e interpretar os dados. A entrevista, observação e análise são metodologias que acompanham a investigação qualitativa (Merriam, 1998).

Os investigadores qualitativos reconhecem que o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto no qual ocorre, por isso se deslocam ao local do estudo. Na investigação qualitativa, os dados recolhidos não são em números, mas sim em forma de palavras ou imagens. Neste tipo de investigação, a tendência dos investigadores é a de analisar os seus dados de forma indutiva, isto é, a recolha de dados ou provas não é feita com o intuito de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente. As abstrações são construídas à medida que os dados particulares vão sendo recolhidos e agrupados (Bogdan & Biklen, 1994).

Concluindo, o paradigma qualitativo compreende de uma forma holística as várias dimensões do indivíduo, neste caso dos participantes do estudo, permitindo que

estes partilhem as suas emoções, sentimentos e percepções em relação a determinada problemática em análise. Em síntese é um meio fiável e válido, acima de tudo pouco redutor, de produção de conhecimento. Neste contexto e tendo por base o objectivo central deste estudo “ Identificar na formação dos estudantes de Enfermagem, o lugar que ocupam o treino das competências comunicacionais ”, concluímos que a investigação qualitativa permitir-nos-ia a obtenção de um leque vasto e rico de informações, tendo subjacente as percepções, vivências, até mesmo a empatia que os estudantes de Enfermagem pudessem sentir por esta temática.

## **5.2. Estudo de caso**

Um estudo de caso consiste numa das muitas maneiras de se poder trabalhar na investigação de ciências sociais. Geralmente os estudos de caso, constituem um tipo de estratégias que podem ser aplicadas quando se pretendem colocar questões do tipo “como” ou “porquê”, nas quais o investigador exerce pouca influência no processo de investigação. Os estudos de caso podem ser explicatórios, mas ao mesmo tempo serem complementados com carácter exploratório e descritivo (Yin, 1994). Num estudo de caso a importância é colocada no estudo do fenómeno que ocorre no seu contexto natural (Yin, 1994; Merriam, 1998).

Os estudos de caso surgem no contexto de uma investigação, na qual o objectivo não é o de manipular variáveis, de as operacionalizar ou mesmo o de responder a questões prévias, mas antes o de recolher dados, em que as variáveis correspondem aos dados obtidos e, cujas hipóteses correspondem aos objectivos do estudo. O estudo de caso consiste na observação pormenorizada de um contexto, indivíduo, ou de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico. (Bogdan & Biklen, 1994).

Neste tipo de estratégia a área de trabalho é delimitada e a recolha de dados e actividades de pesquisa são direccionadas para terrenos, sujeitos, materiais, assuntos e temas. O investigador parte de uma fase de exploração mais abrangente e vai progredindo para uma área mais restrita de análise dos dados encontrados (Bogdan & Biklen, 1994).

De uma maneira geral, o estudo de caso numa investigação, compreende de uma forma holística o significado das características das vivências e experiências dos sujeitos (Yin, 1994).

De acordo com as definições supracitadas, e contextualizando o nosso estudo, tendo em conta que se insere numa abordagem qualitativa, consideramos que o estudo de caso reúne muitas condições que se aplicam ao presente trabalho. Essas condições prendem-se com o facto da temática subjacente pertencer às Ciências Sociais, o estudo ser realizado no próprio contexto institucional que envolve os sujeitos, uma escola, e a pretensão de obter uma visão holística sobre a forma como os estudantes percebem o fenómeno da comunicação interpessoal nas suas vidas.

### **5.3. Objectivos**

Uma vez explicada e justificada a escolha pela metodologia qualitativa, será importante e pertinente situar os objectivos do presente estudo.

A Enfermagem, espelhando uma profissão de relações humanas, tem implícito um carácter essencialmente relacional, constituindo a comunicação interpessoal uma excelente forma de nos relacionarmos com os outros. Para tal é importante que os alunos de Enfermagem sejam devidamente preparados para esta competência, de forma a conseguirem vencer alguma timidez, introversão, que poderão constituir barreiras ao processo comunicacional.

Não basta apenas ser-se competente no desempenho de uma profissão. A um profissional de saúde, para além de competências técnicas, científicas, são também exigidas competências relacionais e, decorrentes destas, comunicacionais.

A comunicação interpessoal constitui uma das melhores estratégias para vencer medos, angústias, inseguranças, contribuindo para o estabelecimento de um clima relacional baseado na empatia e no respeito, sendo tão importante na díade enfermeiro-doente. Não é possível separar o acto de comunicar com o acto de relacionar. São conceitos que estão intimamente ligados, que se influenciam mutuamente, e dependem um do outro.

Neste sentido, identificamos como objectivo geral do nosso estudo: “ Identificar o lugar que ocupa o treino das competências comunicacionais, na formação dos estudantes de Enfermagem”.

Num sentido mais específico, pretendemos juntos dos estudantes de Enfermagem:

- Avaliar a importância atribuída à comunicação interpessoal;
- Analisar a necessidade de uma preparação curricular mais específica, no treino desta competência;
- Perceber se esta competência é considerada um dado inato, ou que pode ser apreendida, potenciada;
- Avaliar a importância da comunicação não verbal, na relação enfermeiro-doente.

Neste sentido, propomo-nos estudar de que forma os estudantes de Enfermagem são sensibilizados para a importância da comunicação interpessoal, no desempenho da sua futura profissão, e se o actual currículo os prepara para desenvolverem esta competência, no meio de muitas que lhe são exigidas. Pretende-se também averiguar, se os estudantes de Enfermagem, atribuem ou não valor a esta competência pessoal.

#### **5.4. Contexto institucional**

No presente tópico, pretende-se apresentar a instituição, na qual foi realizada a nossa recolha de dados.

O trabalho de campo decorreu na ESSUA. Foi redigida uma carta ao director da mesma (Anexo I), com o intuito de obter autorização para a realização do presente estudo. A escolha deste estabelecimento de Ensino Superior, residiu no facto de se situar próximo da nossa área de residência, e mais próximo ainda do nosso local de trabalho, Hospital Infante D. Pedro - E.P.E. Como se previa que seriam frequentes as deslocações à ESSUA, este aspecto constituiu um factor preponderante na decisão por esta Escola. O facto de ser uma instituição que apesar de recente, abraça frequentemente

projectos, desafios, desenvolve parcerias com Universidades estrangeiras, como é o caso da Universidade de St. Catarina no Brasil, contribuiu para que prevêssemos que provavelmente obteríamos autorização para prosseguirmos no nosso estudo.

A ESSUA, insere-se no Campus Universitário de Santiago, em Aveiro. A Universidade de Aveiro foi criada em 1973 e tem como principal missão ministrar o ensino superior de curta e longa duração e de pós-graduação, promover a investigação e no âmbito da cooperação com a sociedade, favorecer e desenvolver a interacção cultural, a cooperação empresarial e a formação contínua. A Universidade de Aveiro ministra igualmente cursos de ensino superior politécnico na Escola Superior de Saúde, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Águeda, no Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Aveiro e na Escola Superior de Design, Gestão e Tecnologias da Produção Aveiro Norte (ESSUA, 2009).

A ESSUA entrou em funcionamento em Outubro de 2001 e ministra actualmente uma licenciatura em Enfermagem e cinco licenciaturas bi-etápicas: Fisioterapia, Radiologia, Radioterapia, Terapia da Fala e Gerontologia. Todos os cursos têm uma forte componente prática, incluindo desde o seu início a prática profissional em vários organismos de saúde da região (guia do estudante, 2009).

O corpo docente é constituído por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de radiologia e radioterapia, engenheiros electrónicos, biólogos, químicos, físicos, economistas e gestores, psicólogos e sociólogos. Esta diversidade de áreas profissionais, deve-se ao facto da filosofia subjacente desta instituição, ser a de colocar a relação com o doente no centro da formação. A ESSUA tem como grande objectivo, contribuir para dar resposta às necessidades de profissionais de saúde em Portugal, nomeadamente de Enfermagem e de diagnóstico e terapêutica (ESSUA, 2009).

## **5.5. Sujeitos de estudo**

A nossa opção pelos estudantes e não pelos docentes, deve-se ao facto de os primeiros poderem eventualmente sentir ou não, dificuldade em estabelecerem contacto com o outro, e por conseguinte sentirem dificuldade em comunicar com o doente. Como

lhes são exigidas competências relacionais, os mesmos podem sentir na primeira pessoa, dificuldade no desenvolvimento das mesmas. Por este motivo, pelos inúmeros medos, ansiedades, emoções que afloram com facilidade aos estudantes de Enfermagem, decidimos que estes constituíssem os sujeitos da amostra, pela possível autenticidade dos seus testemunhos.

Decidiu-se que as entrevistas seriam realizadas a dois alunos de cada ano. De acordo com Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaqux, J-P., Ruquoy, D. & Saint-Georges, P. (1997), nos estudos qualitativos o número de pessoas a interrogar é limitado, dado que a questão da representatividade, no sentido estatístico, não se coloca. Os mesmos autores referem que o critério determinante no valor da amostra, consiste na sua adequação aos objectivos da investigação, assumindo como princípio a diversificação das pessoas interrogadas, garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida.

Para a escolha dos alunos, pudemos contar com o apoio de duas docentes da ESSUA, particularmente da professora directora. Mediante a disponibilidade e interesse por participarem no estudo, as docentes seleccionaram os estudantes.

Todos os estudantes foram informados dos objectivos do estudo, da importância da sua colaboração no mesmo, assim como lhes foi dada a garantia de anonimato e confidencialidade. Por esse motivo, no presente trabalho serão designados os alunos através de letras do alfabeto.

Do primeiro ano foram entrevistados um estudante do sexo masculino e uma estudante do sexo feminino, com 21 e 19 anos respectivamente. Do segundo ano os estudantes de Enfermagem foram no total três, um do sexo masculino e duas do sexo feminino, com idades entre os 19 e 20 anos. Do terceiro ano foram seleccionadas duas alunas, ambas com 20 anos. No quarto ano foram entrevistados dois estudantes do sexo masculino, com 22 e 24 anos. Todos os estudantes são solteiros. Na seguinte tabela, encontram-se resumidas as características dos estudantes com a correspondente designação pela letra do alfabeto.

**Tabela 5** – Caracterização dos sujeitos do estudo

<b>Sujeitos da amostra</b>	<b>Ano de curso</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>
A	1º	19	Feminino	Solteira
B	1º	21	Masculino	Solteiro
C	2º	19	Masculino	Solteiro
D	2º	20	Feminino	Solteira
E	2º	20	Feminino	Solteira
F	3º	20	Feminino	Solteira
G	3º	20	Feminino	Solteira
H	4º	22	Masculino	Solteiro
I	4º	24	Masculino	Solteira

### **5.6. Instrumento de recolha de dados**

Após definida a temática subjacente, assim como os objectivos do estudo, é importante definir qual o instrumento de recolha de dados. A entrevista constitui um instrumento que se encontra muito relacionado com a metodologia qualitativa. Após contacto por e-mail, com algumas docentes da Universidade de São Paulo, que se têm dedicado incansavelmente ao estudo da comunicação interpessoal com estudantes de Enfermagem, ficámos esclarecidas que não existe ainda, qualquer questionário validado sobre esta temática. Dada a afinidade da entrevista com o tipo de metodologia escolhido, aliado à impossibilidade de obter um questionário validado, optámos pela entrevista.

A entrevista tem como principais vantagens, oferecer a oportunidade para motivar o entrevistado, dado que a falta de informação é corrigida a tempo. Este instrumento também proporciona maior possibilidade para o entrevistado interpretar e entender correctamente o significado das perguntas. Permite igualmente maior flexibilidade nas questões, determinando a sequência e as palavras mais adequadas. A entrevista possibilita a observação pessoal do entrevistado e permite melhor avaliação da validade das respostas consoante a observação do comportamento não-verbal do sujeito da amostra (Lodi, 1981).

Dada a complexidade e abrangência da temática, optou-se por este instrumento de recolha de dados, tendo por base igualmente todas as vantagens que dele decorrem. O facto de permitir aos alunos que a expressão, partilha das suas experiências e

percepções, contribuiu para que se obtivesse um levantamento de dados enriquecedor. De acordo com Bell (1997), a grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade. Um entrevistador consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos. Através de um inquérito, estes aspectos são impossíveis de obter, bem como o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, que podem constituir informações importantes, no processo de investigação.

### **5.6.1. Entrevista**

Na investigação qualitativa, as entrevistas podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados, ou serem utilizadas juntamente com a observação participante, análise de documentos ou outras técnicas. Contudo, numa situação ou noutra, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver de forma intuitiva, uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (Bogdan & Biklen, 1994). Numa entrevista existe interação entre duas ou mais pessoas, através da qual, uma parte tem sempre algo a aprender com a outra (Brenner, M., Brown, J., Canter, D., 1985). No presente estudo, a entrevista foi utilizada como o único instrumento de recolha de dados.

As entrevistas têm por finalidade, a recolha de dados de opinião, que possibilitam a aquisição de pistas para a caracterização do processo em estudo, mas também permitem conhecer os intervenientes do processo. Para além de se procurar uma informação sobre o real, procura-se conhecer também algumas características dos quadros conceptuais dos entrevistados (Estrela, 1994).

No entanto, no que concerne à estruturação da entrevista, esta pode ser conduzida mediante diferentes tipos. Segundo Merriam (1998), a melhor maneira de decidir quanto ao tipo de entrevista a realizar, é determinada pelo tipo de estrutura desejada. Neste sentido, existe a entrevista estruturada/standardizada, semi-estruturada e não estruturada/formal.

Na entrevista estruturada Bell refere que “o entrevistador comporta-se tanto quanto possível como uma máquina” (1997, p.120). De acordo com o mesmo autor,

quanto mais standardizada for uma entrevista, mais facilmente se agregam e quantificam os dados. Este tipo de entrevista poderá adoptar a forma de um questionário. Segundo a perspectiva de Merriam (1998), na estruturada, as questões e a ordem pela qual são colocadas é previamente determinada. O grande problema deste tipo de entrevista, na investigação qualitativa, reside no facto da rigidez com a qual são colocadas as questões, impossibilitando a partilha de perspectivas por parte dos entrevistados, bem como a forma como estes percebem as suas experiências.

Num pólo extremo, existe a entrevista não estruturada. As entrevistas não estruturadas centradas em torno de um só aspecto, quando conduzidas por um investigador habilitado, experiente, podem fornecer dados valiosos, no entanto a sua análise pode exigir muito tempo. Neste tipo de entrevistas, que são completamente informais, cada entrevistado determina a forma como esta será conduzida (Bell, 1997). Neste tipo de entrevista, o entrevistador não tenta obter o mesmo tipo de resposta utilizando o mesmo tipo de perguntas, sendo um método utilizado para explorar mais amplamente uma questão, obtendo resultados inesperados (Lodi, 1981). Assemelha-se a uma conversação, com questões abertas, e com carácter flexível, exploratório (Merriam, 1998).

Entre estes dois opostos, encontram-se as entrevistas semi-estruturadas. Tanto neste tipo de entrevistas, como na anterior, é atribuído ao entrevistado, um papel preponderante e determinante no processo de investigação.

A entrevista semi-estruturada, é um tipo de entrevista que reúne questões que são colocadas de forma mais flexível, a qual constitui um misto entre o estruturado e o não estruturado. Uma parte da entrevista é estruturada, contudo a maior parte é constituída por questões ou tópicos que têm de ser explorados, no entanto a ordem pela qual são colocadas, até mesmo o tipo de palavras que são usadas, pode não ser a mesma. Neste tipo de formato, possibilita aos entrevistados que exteriorizem o seu ponto de vista, fornecendo mesmo novas ideias ou tópicos (Merriam, 1998). Neste tipo de entrevistas fica-se com a certeza de se obterem dados comparáveis entre os próprios sujeitos, contudo perde-se a oportunidade de compreender como os mesmos estruturam o tópico em questão (Bogdan & Biklen, 1994).

Em síntese, a entrevista pode ser activa ou passiva, directiva ou não-directiva, dirigida ou livre, com perguntas fechadas ou abertas. As perguntas abertas são aquelas que podem exigir diversas palavras para a resposta, tendo um valor descritivo ou valorativo. A pergunta fechada é aquela que pode ser respondida com poucas palavras, identificando normalmente um nome, data, um dado concreto, do tipo sim ou não (Lodi, 1981).

De acordo com as características deste estudo, o tipo de entrevista realizada foi a semi-estruturada, com perguntas abertas. Dada a imensidão de aspectos que podem ser analisados na comunicação interpessoal, julgamos ter sido a melhor opção a entrevista semi-estruturada, no sentido de não constituir um processo redutor de recolha de dados, e por permitir uma maior permeabilidade e adaptabilidade no decorrer da entrevista, ajustando a mesma ao diferente discurso dos alunos. As questões abertas seguem a mesma linha de raciocínio. De acordo com esta temática e respeitando os objectivos deste estudo, este tipo de questões, são as que melhor se coadunam no presente trabalho, por permitirem a livre expressão do discurso dos entrevistados, possibilitando a aquisição de novos dados, lançamento de ideias novas que enriquecerão a análise de dados.

### **5.6.2. Construção do guião da entrevista**

Uma vez delineados os objectivos do estudo, o tipo de entrevista e problemas a compreender, o passo seguinte é sem dúvida a construção do guião. A sua construção, teve por base a pesquisa bibliográfica realizada, que serviu de suporte às questões escolhidas para o mesmo.

O guião de entrevista (anexo II) encontra-se dividido em três partes. Esta divisão vai de encontro com a estruturação apontada por Estrela (1994). Essas mesmas partes correspondem efectivamente a:

a) Definição do tema geral, objecto de estudo: Aprender a comunicar: um estudo com estudantes de Enfermagem;

b) Definição do objectivo geral:

- Identificar na formação dos estudantes de Enfermagem, o lugar que ocupam o treino das competências comunicacionais.

c) Criação de blocos temáticos. A cada bloco temático correspondem objectivos específicos, assim como questões a formular aos entrevistados, que respondem aos objectivos estabelecidos para cada bloco e que foram criados tendo por base os objectivos específicos que norteiam o presente trabalho e que já foram anteriormente apresentados.

O guião da entrevista encontra-se desta forma dividido em seis blocos temáticos, que correspondem efectivamente:

Bloco A - *Legitimação da entrevista e motivação*. Neste bloco pretende-se que o entrevistador se apresente e explique a finalidade da entrevista, motivando o entrevistado através da sua consciencialização para a importância da sua participação no processo de investigação;

Bloco B - *Concepção de comunicação interpessoal*. Neste bloco iniciam-se as questões de investigação propriamente ditas, avaliando a importância que os alunos de Enfermagem atribuem à comunicação interpessoal;

Bloco C - *Competências comunicacionais*. As questões inseridas neste bloco pretendem a obtenção de respostas relativas à identificação e à importância que os estudantes atribuem, ao desenvolvimento das competências comunicacionais;

Bloco D - *Formação teórico-prática*. Pretende-se nesta parte, perceber como é realizada a formação teórico-prática, na área da comunicação interpessoal, no curso de Licenciatura em Enfermagem;

Bloco E - *Comunicação não-verbal*. Neste bloco pretende-se diagnosticar e avaliar a importância que os estudantes atribuem à comunicação não-verbal, a forma como a integram na comunicação interpessoal e consequentemente nas relações interpessoais;

Bloco F - *Finalização da entrevista*. Finalmente neste bloco, pretende-se que os alunos opinem sobre a importância da problemática em estudo e sobre a pertinência das questões de investigação que foram colocadas.

Foram construídos dois tipos de guiões. Um para alunos do 1º ano (anexo III) e outro para os alunos do 2º, 3º, 4º anos (anexo IV). Esta diferença reside no facto de existir uma diferente exposição ao currículo. Para o primeiro ano foram definidos cinco blocos e para os restantes seis blocos. Uma vez que as entrevistas foram realizadas ao longo do mês de Novembro, para os alunos do 1º ano, que começaram o ano lectivo em Outubro, significa que estes ainda têm uma experiência muito curta com o curso de Licenciatura em Enfermagem. Por este motivo, o bloco correspondente à *Formação teórico-prática*, não ficou contemplado no guião de entrevista dos alunos do 1º ano. Contudo, existem dimensões que podem ser avaliadas nestes alunos, daí a pertinência de os incluir neste estudo. Com os restantes alunos, a experiência tanto prática como teórica, é diferente em todos eles. O facto de terem sido entrevistados alunos de todos os anos, permitirá obter diferentes conclusões, de acordo com as suas diferentes vivências.

As questões foram colocadas no sentido de inicialmente serem mais genéricas e progressivamente mais específicas. A estruturação e escolha das questões da entrevista vão de encontro ao plano geral do estudo de caso, uma vez que de acordo com Bogdan e Biklen “o plano geral do estudo de caso pode ser representado como um funil...o tipo adequado de perguntas nunca é muito específico. O início do estudo é representado pela extremidade mais larga do funil” (1994,p.89). Todas as entrevistas foram diferentes entre si, no que concerne, às perguntas efectuadas. Estas diferenças atribuem-se ao carácter semi-estruturado da entrevista, que permite a emissão de questões consoante o discurso dos alunos.

Para o treino e desenvolvimento das características inerentes ao acto de entrevistar, foram realizadas entrevistas piloto com estudantes de Enfermagem. Estas entrevistas piloto constituíram igualmente uma forma de validação do guião, através do feedback fornecido pelos alunos, que foi francamente positivo.

### **5.7. Procedimento de recolha de dados**

Foram realizadas entrevistas individuais a todos os alunos que no seu total foram 9. Dois alunos por cada ano, à excepção do 3º ano, que foram três alunos. Para a realização das mesmas foi pedida a colaboração da professora directora do curso de Enfermagem, que nos auxiliou, seleccionando os alunos de cada ano para as entrevistas.

No caso do 3º ano, apareceram três alunos, e dada a disponibilidade demonstrada pelos três para participarem no estudo, seria constrangedor eliminar um deles.

Como se tratam de entrevistas de investigação, é imprescindível a definição de determinados princípios necessários à sua concretização. Em primeiro lugar, deve-se evitar dirigir a entrevista, isto significa que o entrevistado poderá abordar o tema como preferir, durante o tempo que quiser, sem interferências do entrevistador não devendo este influenciar o entrevistado. Em segundo lugar, não se deve restringir a temática abordada, isto é, deve-se possibilitar ao entrevistado alargamento dos temas propostos, tendo presente que esse mesmo alargamento se relaciona com os temas centrais. Por último deverão ser esclarecidos os quadros de referência utilizados pelo entrevistado. Este último aspecto explica que a liberdade oferecida ao entrevistado não deverá incompatibilizar a necessidade de precisar os quadros de referência do mesmo, levando-o a esclarecer conceitos, situações (Estrela, 1994). Todas as entrevistas foram dirigidas tendo por base estes princípios.

Em todas as entrevistas, foi realizada uma apresentação individual a cada entrevistado, explicando o âmbito em que o presente estudo se insere, assim como o objectivo geral do mesmo. Foi solicitada a autorização para ser feita a gravação áudio, tendo sido assumido o compromisso de confidencialidade e anonimato dos sujeitos. Para este efeito, todos os entrevistados assinaram o consentimento informado (anexo V). Para a finalização desta parte introdutória, procedemos à caracterização de cada entrevistado pela idade, sexo, estado civil. Finalizada esta parte inicial, procedemos à colocação das questões de investigação.

Ao longo da entrevista procurámos proporcionar uma conversa agradável, respeitando todas as opiniões dos entrevistados, adoptando uma postura imparcial. Através desta atitude procurou-se criar espaços para o entrevistado exprimir livremente as suas opiniões, experiências, sentimentos, proporcionando um ambiente agradável e facilitador de uma comunicação eficaz entre os intervenientes. Segundo a perspectiva de Bogdan e Biklen, (1994), as boas entrevistas oferecem uma riqueza de dados, repletos de palavras que revelam as perspectivas dos entrevistados. Por conseguinte nas suas transcrições existem muitos detalhes e exemplos.

No decurso das entrevistas constatou-se que os alunos apresentavam um discurso confiante, fluido, com poucas hesitações, sendo possível a conclusão de que se conseguiu um clima amistoso, e que as respostas proferidas pelos entrevistados constituem dados verdadeiros e credíveis.

Como foi referido anteriormente, para a selecção dos entrevistados, foi imprescindível o auxílio da professora directora do curso de Licenciatura em Enfermagem. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos alunos. Decorreram durante o mês de Novembro de 2008, em salas de estudo da ESSUA.

As entrevistas foram gravadas através de um gravador digital, para permitir o registo verbal de todo o discurso dos participantes. Após o terminus das mesmas procedeu-se à sua transcrição integral (Anexo VI). Durante a transcrição procurou-se manter toda a fidelidade possível, relativamente ao discurso manifestado pelos entrevistados. Por esse motivo, não houve uma preocupação demasiada em eliminar algumas palavras ou formas verbais, para não se correr o risco de alterar o significado das respostas. O processo de transcrição foi bastante moroso, mesmo assim no final do mesmo, foram novamente ouvidos os registos áudio, para inviabilizar qualquer falha e evitar qualquer omissão de informação.

As entrevistas tiveram uma duração média de 12 minutos, perfazendo um total de 1h e 45 minutos de gravação. Foram transcritas em 34 páginas de papel A4. Como combinado com os participantes, a transcrição das entrevistas foi enviada por correio electrónico a cada um deles, para que a estes fosse possível visualizar a sua entrevista, podendo acrescentar ou mesmo eliminar determinadas frases ou palavras que considerassem importantes. Na seguinte tabela encontra-se sistematizada a informação relativa à data da realização das entrevistas, e respectiva duração.

**Tabela 6** – Data e tempos de duração das entrevistas

<b>Sujeitos da amostra</b>	<b>Data da entrevista</b>	<b>Tempo de duração</b>
A	2008.11.17	15 minutos
B	2008.11.17	7 minutos
C	2008.11.21	10 minutos
D	2008.11.21	7 minutos
E	2008.11.21	13 minutos
F	2008.11.24	8 minutos e 47 segundos
G	2008.11.24	7 minutos e 17 segundos
H	2008.11.22	17 minutos e 1 segundos
I	2008.11.27	20 minutos e 40 segundos

## 5.8. Análise de conteúdo

A análise de conteúdo, nasceu nos Estados Unidos, marcando o desenvolvimento de um instrumento de análises de comunicações. A análise de conteúdo consiste em acompanhar progressivamente o crescimento quantitativo e a diversificação qualitativa dos estudos empíricos. Consiste em observar *a posteriori* os aperfeiçoamentos materiais e as aplicações abusivas de uma prática que funciona há mais de meio século (Bardin, 1995).

Não se trata de um instrumento, mas sim de um conjunto de apetrechos, com maior rigor, será um único instrumento, embora marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (*ibidem*).

A análise de conteúdo tem sido aplicada em muitos campos das ciências humanas, sendo actualmente rara a investigação que de modo exclusivo ou em combinação com outras técnicas, recorre a ela, como meio para a construção de outros instrumentos, ou como metodologia central (Amado, 2000). Constitui um instrumento que fornece os conhecimentos, significações, uma representação dos factos e um guia prático de acção (Lefebvre, 1988, cit. por Estrela et al, 1988).

De acordo com Amado (2000) “pode-se dizer que o aspecto mais importante da análise de conteúdo, é o facto de ela permitir, além de uma rigorosa e objectiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas derivadas dos quadros de referência teóricos do investigador, por zonas menos evidentes que constituem o referido contexto de produção” (p.54). De facto e de acordo com o mesmo autor, apesar das críticas levantadas ao processo interpretativo, sem a inferência a investigação qualitativa ficaria inacabada, dado que registar a quantidade de informações e a partir delas efectuar variados tipos de cálculos, não constitui um trabalho interpretativo, enquadrando-se este último na metodologia qualitativa.

A análise de conteúdo pelas definições acima referidas encontra-se intimamente ligada à metodologia qualitativa. De acordo com George (1959) na análise quantitativa, o que é relevante é a frequência com que surgem certas características, na análise qualitativa é a presença ou a ausência de determinada característica de conteúdo ou de

um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração (citado em Bardin, 1995,p.21).

Para que seja possível progredir no estudo da análise de conteúdo, é necessário recorrer aos processos de categorização e codificação. De acordo com Amado (2000) os passos de ambos os processos são idênticos.

### **5.8.1. Codificação**

A codificação é um processo faseado de decisões e acções que deve ser adaptado às características do material a estudar, aos objectivos do estudo e às hipóteses formuladas, se estas existirem. Trata-se de um processo de divisão do texto e do seu sentido imediato visível, com o objectivo de se descobrirem outros sentidos (Amado, 2000).

Numa primeira fase foram realizadas leituras sucessivas do conteúdo das entrevistas, para posteriormente se organizar e estruturar a informação obtida.

Na codificação procede-se à escolha das unidades de registo, à escolha das regras de contagem, e à escolha das categorias. Tratar o material é codificá-lo, correspondendo a codificação a uma transformação efectuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação essa que por recorte, agregação e enumeração, permite alcançar uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o investigador acerca das características do texto que poderão servir de índices ( Bardin, 1995).

### **5.8.2. Categorização**

Constituindo a análise de conteúdo, uma metodologia que nos permite analisar comunicações, para essa mesma análise ser possível, é necessário respeitar alguns passos, entre os quais a divisão da comunicação em estudo em categorias. De acordo com Bardin (1995), o método das categorias consiste “numa espécie de gavetas ou

rubricas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos, da mensagem” (p.37).

Segundo Amado (2000) a formulação das categorias tem por base seis regras fundamentais:

- Exaustividade (exige a escolha de uma palavra-chave adequada e a reformulação da definição de cada categoria, devendo cada categoria abranger por completo o conjunto das unidades de sentido);

- Exclusividade (uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria);

- Homogeneidade (um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise);

- Pertinência (um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise, bem como aos objectivos da investigação);

- Objectividade (a formulação das categorias deve tornar-se utilizável por vários investigadores, pelo que se deve evitar a subjectividade na escolha das mesmas);

- Produtividade (deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo).

Em jeito de conclusão, a análise de conteúdo pressupõe a formulação de categorias, que visam a estruturação do estudo, constituindo as mesmas um passo fulcral no processo de investigação. Segundo Bardin (1995), a categorização é um processo que implica reunir um grupo de elementos comuns sob um título genérico, comportando este processo duas etapas, o processo de selecção dos elementos e a classificação na qual se repartem os elementos pelas diferentes categorias. Tem como objectivo fornecer, de uma forma estruturada, uma representação significativa dos dados brutos.

As categorias podem ser definidas *a priori* ou *a posteriori*. As categorias *a priori* são definidas antes da análise do corpo documental. As categorias *a posteriori*, resultam, indutivamente, da análise do corpo documental e são construídas e definidas durante o

trabalho interpretativo do analista, mas também, segundo a influência mais ou menos evidente do quadro de referência teórico que preside os objectivos de investigação (Bardin1995; Amado, 2000).

### **5.9. Criação das categorias**

A categorização consistiu numa etapa algo morosa e complexa. De acordo com Amado (2000), este processo de interpretação exige muita atenção e boa memória, no que respeita à delimitação das unidades de registo, e na sua integração nos indicadores mais adequados.

O caminho percorrido para alcançar as sete categorias, foi caracterizado por avanços e recuos. Para ser mais fácil e fidedigno todo este processo, foi necessário um trabalho de equipa onde foi possível contar com a ajuda preciosa de duas Enfermeiras, que validaram todo este trabalho, fornecendo alterações valiosas para a conclusão do mesmo.

De uma maneira geral, a categorização não obedeceu de uma forma rígida a referenciais teóricos, a uma categorização à priori, o que de certa forma tornou esta fase mais complexa, embora tenha sido orientada pelo questionário.

Seguidamente iremos analisar todas as categorias e subcategorias, com a sua consequente e indispensável justificação, para se melhor compreender o “fio condutor” que orienta este trabalho.

#### **5.9.1. Categoria “Competências do Enfermeiro”**

Esta primeira categoria tem por base a análise das várias vertentes que compõem a dimensão abrangente do “ser Enfermeiro”. Através da mesma, é possível compreender qual a visão dos alunos em relação às competências que são exigidas ao enfermeiro, e sua valorização com consequente hierarquização. Desta forma foram agrupados, de acordo com as perspectivas dos alunos, três subcategorias: *técnicas/científicas*, *relacionais* e *pessoais*.

A primeira subcategoria diz respeito aos conhecimentos adquiridos na licenciatura e ao longo da profissão, que permitem prestar cuidados de qualidade e diferenciados, tendo por base competências técnico-científicas. As competências *relacionais*, como o próprio nome indica, reportam-se à vertente relacional do enfermeiro. Finalmente as competências *pessoais* são intrínsecas a cada pessoa, no entanto alguns estudantes consideram-nos determinantes para o desempenho da profissão.

### **5.9.2. Categoria “ Comunicar em Enfermagem”**

A razão pela qual se criou esta categoria distinta, e não se agrupou na categoria anterior, uma vez que as competências comunicacionais são parte inerente desta profissão, não fosse esta a problemática em estudo, prende-se com o facto de se conseguir um estudo mais pormenorizado e detalhado sobre esta dimensão. Consiste essencialmente em perceber o que os estudantes entendem e valorizam na comunicação em Enfermagem.

Foram criadas cinco subcategorias: palavras que não causam danos, comunicar com o doente, comunicar com a equipa, comunicar com a família e comunicar com personalidade.

*Palavras que não causam danos*, agrupa os indicadores que se reportam ao tipo de discurso escolhido, para que a comunicação se torne perceptível para o doente. A frase “palavras que não causam danos” foi escolhida, uma vez que a importância é colocada nas palavras escolhidas, no tipo de discurso, na sua semântica. Nesta subcategoria não é analisada a vertente comportamental ou relacional. Já a subcategoria *comunicar com o doente*, refere-se essencialmente às consequências e transformações que operam no doente com a comunicação interpessoal, assim como os principais objectivos da mesma. As subcategorias *comunicar com a equipa* e *comunicar com a família* foram levantadas, uma vez que os estudantes quando questionados sobre o que entendiam sobre uma boa comunicação interpessoal, englobaram nesta dimensão a comunicação com a família e equipa, tanto de enfermagem como multidisciplinar. Os estudantes também referiram que as características da personalidade são determinantes neste processo, aparecendo assim a categoria *Comunicar com personalidade*.

### **5.9.3. Categoria “Importância/consequência da comunicação interpessoal”**

Esta categoria analisa especificamente, não fosse este um dos objectivos do trabalho, a importância desta vertente na díade enfermeiro-doente. Decorrente desta díade, foram criadas três subcategorias: *o que o doente valoriza, o que o estudante valoriza, o que a relação terapêutica valoriza*. A primeira valoriza, salienta os aspectos mais importantes da comunicação segundo a perspectiva do doente, a segunda diz respeito ao valor que os estudantes atribuem a esta competência, e a última subcategoria analisa a importância da comunicação interpessoal na Enfermagem, relacionando-a como um meio eficaz e terapêutico para a promoção do bem-estar, isto é, associa os benefícios da comunicação aos benefícios terapêuticos.

### **5.9.4. Categoria “A dança das palavras”**

A dança das palavras ilustra as várias facetas que as palavras podem assumir na relação enfermeiro-doente, tais como aparecem no discurso dos estudantes de enfermagem. Associa a atitude às palavras e as consequências que operam nos receptores: os doentes. Para melhor estudar este “jogo” das palavras, foram criadas três subcategorias: *demonstrar interesse, as palavras surtem efeito e importância da comunicação verbal*.

No que concerne à subcategoria *demonstrar interesse*, na mesma são analisadas o tipo de perguntas, assim como atitudes que sejam reveladoras de interesse pelo doente, numa visão holística. Relativamente às *palavras surtem efeito*, esta subcategoria está direccionada mais para o tipo de comportamento adoptado e não para o próprio significado das palavras, isto é, para que a mensagem seja bem interpretada pelo doente, é preciso adoptar um conjunto de acções favoráveis ao estabelecimento de um clima empático, favorável à recepção da mensagem. Finalmente a *importância da comunicação verbal*, reflecte a importância que os alunos atribuem à comunicação verbal, comparativamente à não-verbal.

### **5.9.5. Categoria “ O murmúrio do corpo”**

À semelhança da comunicação verbal, é imprescindível que se analise a comunicação não-verbal, pela sua vasta e importantíssima dimensão na comunicação interpessoal. Assim sendo, foram criadas seis subcategorias. É a categoria que mais subcategorias apresenta, o que se deve à complexidade do mesmo. As subcategorias são respectivamente, *os doentes mentem, os doentes sentem, a linguagem do corpo, os ritmos do corpo, promoção do bem-estar do doente e importância da comunicação não-verbal*.

A frase *doentes mentem*, designa a importância da observação por parte dos estudantes, dos gestos, reacções do doente, uma vez que em algumas situações se verifica que verbalmente os doentes afirmam algo, mas estão a sentir exactamente o oposto, sendo imprescindível o sentido de observação a percepção por parte dos estudantes, dos comportamentos não-verbais. *Doentes sentem*, designa o conjunto de comportamentos não-verbais facilitadores da relação interpessoal. *A linguagem do corpo* analisa de um modo mais específico, a importância do rosto, do sorriso, do olhar, na comunicação interpessoal.

*Ritmos do corpo* traduz de uma forma mais abrangente a própria disposição corporal, cujo significado é revelador de muitas informações sobre o estado físico e psicológico do doente. *Promoção do bem-estar do doente*, analisa de uma forma mais conclusiva o que a comunicação não-verbal exerce no doente, nomeadamente na promoção do seu bem-estar. *Importância da comunicação não-verbal*, à semelhança da categoria anterior reflecte igualmente a importância atribuída pelos alunos à comunicação não-verbal, sendo estabelecida novamente comparação, mas desta vez, em relação à comunicação verbal.

### **5.9.6. Categoria “Os alunos aprendem a comunicar”**

Nesta categoria e na seguinte, encontra-se desenvolvida a resposta à problemática central do presente estudo. Analisa-se a metodologia utilizada para o treino desta competência, se os alunos sentem se esta é suficiente ou não e se por outro lado, esta competência decorre de aspectos vocacionais ou se pode ser

aprendida/treinada. Desta forma encontra-se dividida em cinco subcategorias: *Características do aluno*, *Necessidades*, *Currículo (formação teórica)*, *Currículo (formação prática)* e *Dificuldades dos alunos*.

Nas *características do aluno*, é colocada a importância do papel do aluno para o desenvolvimento da competência comunicacional. Na subcategoria *Necessidades* analisa-se se a formação académica existente no curso de licenciatura é suficiente ou não, e se os alunos consideram que esta competência pode ser treinada ou não. Nas duas subcategorias seguintes é analisada a formação teórica e prática existente no curso de Licenciatura, as várias metodologias e a importância que os alunos atribuem.

Finalmente na subcategoria *dificuldades dos alunos*, são apontados os constrangimentos que os estudantes sentem durante o processo de aprendizagem, e que estão relacionados com a aquisição de competências comunicacionais.

#### **5.9.7. Categoria “Formação desejada/preendida pelos alunos”**

Finalmente nesta categoria são apontadas as sugestões dos alunos para melhorar a formação nesta área. A categoria encontra-se subdividida em *na escola*, *nos estágios* e *outras instituições*, o que significa que em cada um destes locais, são apontadas alternativas, estratégias, metodologias.

A seguinte tabela reúne toda a informação obtida com a análise de conteúdo das entrevistas (categorias, subcategorias e indicadores encontrados).

**Tabela 7** – Indicação das categorias, subcategorias, indicadores

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Contagem</b>
Competências do Enfermeiro	Técnicas / Científicas	Conhecimentos técnicos/científicos	4 (C, E, I, G)
		Aprendizagem ao longo da vida/ reciclagens	1 (B)
		Prestação de cuidados diferenciados	2 (A, I)
		Prestar cuidados de qualidade	2 (B, H)
	Relacionais	Enfermeiro da Alma	1 (I)
		Valorização da componente humana/relacional	2 (E, G)
		Promoção da autonomia	1 (A)
		Visão holística do cuidar	4 (A, D, E, F)
		Compreensão da pessoa	1 (E)
		Saber lidar com a pessoa	1 (I)
		Atender à pessoa não à doença	2 (B, H)
		Procurar perceber o contexto do doente	1 (F)
		Boa relação com o utente	1 (G)
	Pessoais	É preciso querer, gostar	1 (E)
		Não ser pessimista	1 (G)
		Entende o que é ser Enfermeiro	1 (C)
Tem de se ter confiança		1 (I)	
Comunicar em Enfermagem	Palavras que não causam danos	Comunicação tem de ter conteúdo	1 (H)
		Linguagem comum	1 (B)
		Comunicação clara e simples, concreta e objectiva	2 (I, B)
		Discurso curto	1 (I)
		Falar no momento crítico	1 (H)
		Saber que palavras/discurso a utilizar	1 (H)
	Comunicar com o doente	Escuta activa	3 (A, B, F)
		Saber comunicar é saber adaptarmo-nos ao outro	3 (A, C, H)
		Entender o que o doente nos quer transmitir	3 (A, D, I)
		Atender ao lado emocional	1 (E)
		Diálogo que marque a pessoa	1 (H)
		Ajudar a estabelecer uma ligação, diálogo	1 (H)
		Comunicar não é fácil	1 (H)
		Explicar/Esclarecer/Transformar	3 (B, C, F)
		Apresentação do Enfermeiro	1 (I)
		O utente percebe o que o Enfermeiro pretende	1 (F)
	Comunicar com a equipa	Falar com os colegas/equipa	1 (E)
		Comunicação intra-hospitalar	2 (I, B)

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Contagem</b>
	Comunicar com a família	Comunicar com a família	1 (I)
	Comunicar com personalidade	Deixar os problemas cá fora	1 (E)
		Tem de ser optimista	1 (G)
		À vontade para poder conversar com os doentes na prestação de cuidados	1 (H)
		Estar sempre com um sorriso na cara	1 (E)
Importância / consequência da comunicação Interpessoal	O que o doente valoriza	Enfermeiro simpático, compreensivo	2 (E, I)
		Abertura do Enfermeiro	1 (D)
		O doente aceita melhor o tratamento	3 (C, F, G)
		Muitos doentes dão valor à comunicação	1 (I)
		Valorização do produto final	1 (E)
	O que o estudante valoriza	Antes de cuidar tem de se comunicar	1 (H)
		Competências comunicacionais a par dos conhecimentos técnicos	3 (A, E, I)
		Competências comunicacionais são das mais importantes	1 (F)
		Ocupam o primeiro lugar	2 (G, H)
		Estar apto para a comunicação é estar apto para outras áreas	1 (G)
		Pessoa pouco comunicativa/antipática é penalizada por isso	1 (H)
	O que a relação terapêutica valoriza	Parte relacional é um bom impulsionador para a cura e bem-estar	2 (E, F)
		A comunicação é o mais importante na Enfermagem	1 (G)
		A Enfermagem requer muito contacto humano	2 (C, H)
		A comunicação interpessoal é muito importante na Enfermagem	1 (D)
	A dança das palavras	Demonstrar interesse	Perguntar se precisa de ajuda
Perguntar se está bem			3 (A, E, H)
Perguntar se tem dor			3 (B, E, H)
Perguntar se dormiu bem			2 (A, E)
Perguntar se tem saudades			1 (E)
Perguntar se se sente bem no hospital			1 (E)
Perguntar se gostou da comida			1 (E)
Perguntar se recebeu visitas			1 (H)
Perguntar se está melhor			1 (H)
Proporcionar desabaços			2 (B, I)
As palavras surtem efeito		Esclarecimento/explicação de dúvidas ao doente	2 (B, F)
		Não somente transmissão de informação	1 (F)

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Contagem</b>	
		Repetir o que o doente diz	1 (F)	
		Ser assertivo	1 (G)	
		Comunicar atendendo ao estado do doente	1 (H)	
	Importância da comunicação verbal	A comunicação verbal é mais fácil	1 (D)	
		É bom quando o doente dá o seu feedback	1 (H)	
O murmúrio do corpo	Os doentes mentem	Os processos fisiológicos têm sempre uma exteriorização	1 (C)	
		Perceber gestos, o olhar, os doentes	2 (B, D)	
		Controlar o que o corpo quer fazer é muito complicado	1 (F)	
		O doente nem sempre verbaliza aquilo que sente	2 (C, H)	
		Fácil enganar a comunicação verbal	3 (A, F, H)	
	Os doentes sentem	Envolvimento/empatia/proximidade	3(A, E, I)	
		O silêncio	1 (F)	
		O toque terapêutico	5 (A, F, G, H, I)	
		Olhar a pessoa nos olhos	3 (E, F, I)	
		Acenar	2 (E, F)	
		A linguagem do corpo	Olhar para a <i>cara</i> das pessoas	4 (B, F, G, H)
	Adequar o <i>sorriso</i> à situação		2 (E, H)	
	O que dizem os <i>olhos</i>		6 (B, D, E, F, H, I)	
	Os ritmos do corpo	Postura corporal	3 (A, D, F)	
		Como se senta	1 (D)	
		Sons ou gestos de dor	1 (I)	
		Tempos de reacção	1(F)	
		A dança das mãos	2 (A, D)	
	Promoção do bem-estar do doente	Auxílio de novas tecnologias	1 (I)	
		Não invadir a privacidade	1 (I)	
		Transmitir à pessoa que temos cuidado naquilo que fazemos	1 (H)	
		Ajudar o doente a sorrir	1 (H)	
		Apoio psicológico	1 (G)	
	Importância da comunicação não-verbal	Com estes gestos o doente desinibe-se mais	2 (A, I)	
		Mais importante	2 (A, C)	
		Comunicação verbal e não-verbal são igualmente importantes	4 (D, E, G, I)	
	Os alunos aprendem a comunicar	Características do aluno	Motivação para aprender	2 (C, F)

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Contagem</b>	
		Características da personalidade	3 (A, E, H)	
		Comunicar é um dom	6 (A, B, C, D, F, I)	
		Influência da família	1 (I)	
	Necessidades	Preparação académica existente (suficiente)	3 (E, G, H)	
		Preparação académica existente (insuficiente)	5 (A, C, D, I, F)	
		A comunicação pode ser treinada/ apreendida	7 (A, B, D, F, G, H, I)	
		A vocação é o mais importante	2 (C, E)	
		Não é inato	1 (G)	
	Currículo (formação teórica)	O que se transmite na escola	1 (E)	
		Existe preparação sob o ponto de vista teórico	1 (E)	
		Todas as cadeiras focam a vertente comunicacional	1 (G)	
		Role-playing	1 (F)	
		Teoria dá estrutura para gerir o nosso comportamento	1 (G)	
		Estratégias: filmagens e conversas entre colegas	1 (E)	
		Importância da disciplina Psicologia Relacional	4 (F, G, H, I)	
		Gostava de frequentar a disciplina	2 (H, I)	
		Aulas práticas incentivam alunos com mais dificuldade a comunicar	2 (E, H)	
		Currículo (formação prática)	Aprendizagem de novas técnicas	2 (A, D)
	Importância dos ensinamentos clínicos		3 (E, F, I)	
	Na prática não se pode comunicar sem limites		1 (H)	
	Dificuldades dos alunos	Alunos ficam envergonhados com a presença de professores	2 (E, I)	
		Não gosto de participar	1 (E)	
		Receio de não saber lidar com o inesperado	2 (F, I)	
		Há um suporte avaliativo que nos inibe	1 (I)	
		Não consigo falar para um boneco	1 (E)	
	Formação desejada / pretendida pelos alunos	Na escola	Disciplina direccionada para a Comunicação Interpessoal	2 (C, D)
			Consulta com orientação do professor	1 (F)
Mais disciplinas idênticas à Psicologia Relacional			1 (G)	
Necessidade de ter mais casos reais			1 (H)	
Sessões de educação para a saúde aos colegas			1 (F)	

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Contagem</b>
		Substituir outras cadeiras pela Psicologia Relacional	1 (H)
		Maior número de horas dedicadas à disciplina	1 (H)
		Convidar pessoas à escola	1 (I)
	Nos estágios	Investir mais na parte prática	1 (F)
		Alguém a supervisionar a comunicação nos estágios	1 (F)
		Treinar nos ensinamentos	1 (F)
	Outras instituições	Consultas de Enfermagem em lar de idosos, escolas	1 (F)

## 6. ANÁLISE DE RESULTADOS

Ao longo deste capítulo iremos proceder à análise dos dados obtidos com a realização das entrevistas, nosso instrumento de recolha de dados. Como foi referido anteriormente na metodologia, o processo pelo qual serão analisados os dados obtidos, é através da análise de conteúdo. Em algumas subcategorias serão apresentados gráficos para uma melhor visualização e sistematização dos resultados.

Para melhor percepção e compreensão da análise de conteúdo, será importante relembrar o principal objectivo que norteia este trabalho: “ *Identificar o lugar que ocupa o treino das competências comunicacionais, na formação dos estudantes de Enfermagem* ”.

Iremos então analisar os dados através das categorias, subcategorias que emergiram à *posteriori*, após várias leituras das entrevistas. Na criação das mesmas tentou-se obedecer, como foi referido anteriormente, aos critérios de exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objectividade e produtividade (Amado, 2000). As mesmas categorias foram criadas tendo por base as questões presentes no guião da entrevista, e as expressões fornecidas por alguns alunos, fornecendo um carácter mais criativo e ajustado às palavras dos sujeitos. Anteriormente foi exposto o quadro nº7, que reúne toda esta sistematização, englobando os indicadores e sua respectiva contagem.

Será importante também relembrar as questões presentes nas entrevistas, para melhor se compreender a categorização realizada:

- O que é para si, um bom Enfermeiro?
- O que entende por uma boa comunicação interpessoal em Enfermagem?
- De todas as competências que acompanham o Enfermeiro, qual o lugar que ocupam para si, as competências comunicacionais?
- Na sua perspectiva, as competências comunicacionais decorrem de aspectos vocacionais (dom), ou podem ser apreendidas, treinadas ou potenciadas?

- Considera a formação (teórica e prática) que o curso de Licenciatura em Enfermagem lhe oferece, suficiente nesta área?

- Que tipo de formação gostaria de ter e não tem na mesma?

- Na relação interpessoal enfermeiro-doente, a comunicação não-verbal assume igual, maior ou menor importância, comparativamente à comunicação verbal?

- Dê exemplos de comportamentos não verbais e verbais que facilitem a relação interpessoal enfermeiro-doente?

## **6.1. Competências do enfermeiro**

Tal como fora referido anteriormente, esta categoria subdivide-se em *Técnicas/científicas*, *Relacionais* e *Pessoais*. Os estudantes quando questionados sobre o que entendiam por um bom Enfermeiro, referiram a pertinência da existência destas três competências.

### **6.1.1. Técnicas/Científicas**

Relativamente a esta competência, foram vários os estudantes (C, E, I, G) que enfatizaram a importância dos *conhecimentos técnicos/científicos*. De acordo com o estudante (C) “um bom enfermeiro... tem conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humana,”o que vai de encontro com o estudante (I) que refere que “um bom Enfermeiro, não é só o Enfermeiro da Alma... mas sim também ter conteúdos a nível teórico, para poder pô-los em prática” (I). (E) menciona “São muito importantes os conhecimentos técnicos, sem dúvida, porque nós estamos a lidar com vidas humanas e algum erro acaba por pôr em risco a vida da pessoa”.

Apenas um dos estudantes referiu a necessidade da *aprendizagem ao longo da vida/reciclagens* (B). No que respeita à *prestação de cuidados diferenciados* (A, I), tal como indica (A) “Um bom enfermeiro para mim, é aquele que presta de forma mais conveniente os diferentes cuidados, quer a nível física, emocional e psíquica” e “tem de

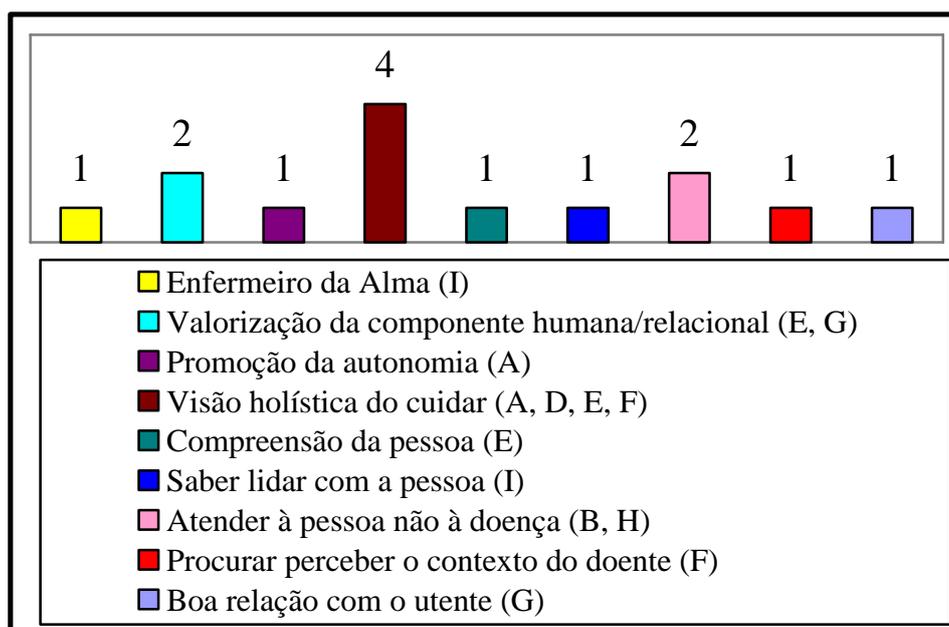
realizar as tais intervenções, que no seu todo exigem um conhecimento muito amplo” (I).

Aliada à necessidade de prestação de cuidados diferenciados está a *prestação de cuidados de qualidade* (B, H), porque para se ser bom enfermeiro é necessário “Prestar bons cuidados de saúde” (B) e “prestar cuidados de qualidade (H).

### 6.1.2. Relacionais

No que concerne às competências relacionais, de uma maneira geral, todos os estudantes foram unânimes, e apontaram esta competência como parte integrante e fundamental do Enfermeiro. Foram vários os indicadores que o demonstram, como se pode constatar no gráfico 1 Por esse motivo não iremos analisar todos os indicadores, até porque na sua maioria foram apontados apenas por um entrevistado, analisaremos sim os que apresentaram maior frequência.

**Gráfico 1** – Indicadores da subcategoria “Relacionais”



A *visão holística do cuidar* está presente numa boa parte dos estudantes (A, D, E, F), o que poderá reflectir o investimento da escola no sentido de fomentar esta filosofia. Segundo (A) ” o facto de ver a pessoa numa forma holística, possibilita um maior cuidado, uma vez que se tem em conta as diferentes partes da pessoa, que estão de tal forma interligadas, que se não se tiver atenção a isso, os cuidados não poderão ser efectuados da melhor forma”. Esta ideia vai ao encontro de que ”a enfermagem é mais virada para o próprio doente, a tudo o que o abrange” D e que “não basta apenas realizar, porque as pessoas não são objectos” (E). Um bom Enfermeiro é também aquele que “consegue cuidar da pessoa, mas...em todo o seu ser, que não tem em conta só a patologia da pessoa” (F).

Esta visão holística do cuidar, encontra-se intimamente relacionada com o *Atender à pessoa e não à doença* (B, H). “Centrar-se essencialmente no utente, estar atento a tudo o que o rodeia” (B), e “atende sempre não à doença, mas à pessoa” (H), são unidades de registo que suportam este indicador.

Um outro aspecto que é importante referir nesta subcategoria é o da *Valorização da componente humana/relacional* (E, G). Não fosse a Enfermagem, uma profissão de relações humanas, a problemática em estudo não se colocaria. Alguns alunos têm presente esta realidade ao referirem que para se ser bom Enfermeiro é preciso “possuir uma parte humana que é fundamental” (E) e “também ter uma boa componente relacional” (G).

### **6.1.3. Pessoais**

Alguns estudantes apontaram como determinantes algumas características pessoais para o bom desempenho da profissão, dada a complexidade e exigência da mesma. “*É Preciso querer, gostar*” (E), “*não ser pessimista*” (G), “*entende o que é ser enfermeiro*” (C) e “*ter confiança*” (I), são exemplos de características da personalidade, que de acordo com a perspectiva dos alunos assumem elevada preponderância no dia-a-dia do enfermeiro. É notável que um dos estudantes (E) referiu a importância da motivação, até mesmo vocação para esta profissão.

## 6.2. Comunicar em Enfermagem

Pelo que foi explicado anteriormente, a abordagem às competências comunicacionais surge separadamente das outras competências levantadas na categoria anterior, por exigir um estudo mais pormenorizado, uma vez que constitui a questão central deste estudo. Assim sendo, de acordo com os dados fornecidos pelos alunos, foram estabelecidas as subcategorias *Palavras que não causam danos*, *Comunicar com o doente*, *Comunicar com a equipa*, *Comunicar com a família* e *Comunicar com personalidade*. Esta categoria vai ao encontro da questão de investigação “O que entende por uma boa comunicação interpessoal em Enfermagem?”.

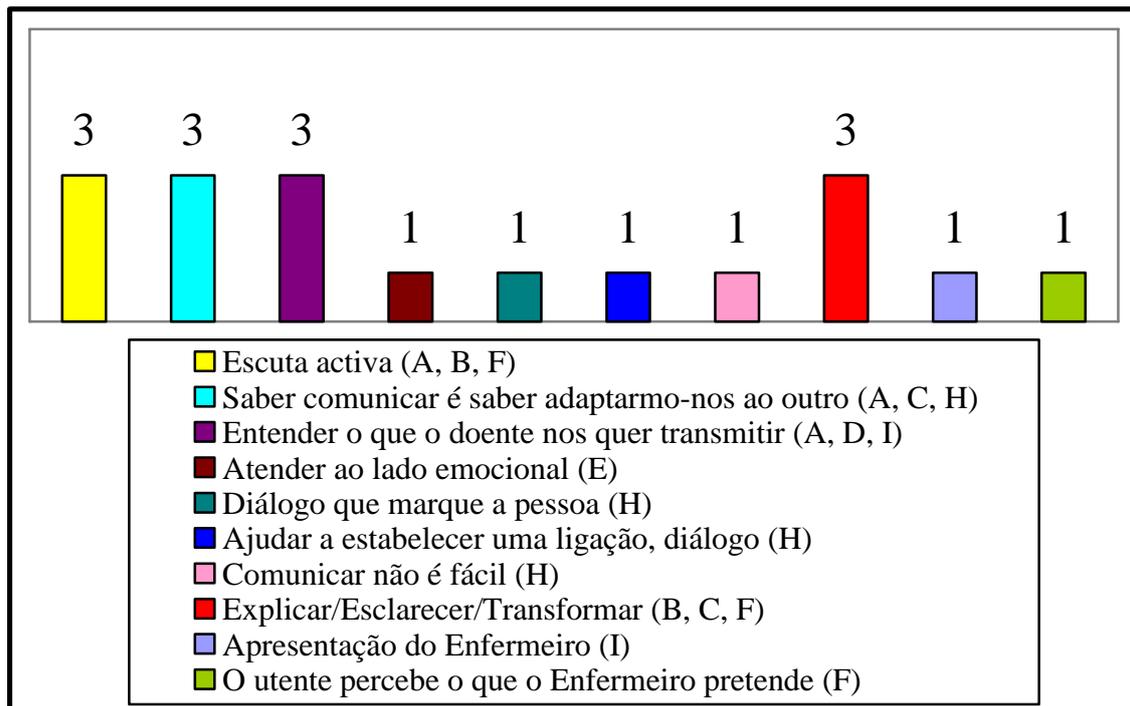
### 6.2.1. Palavras que não causam danos

O indicador com mais contagem nesta subcategoria é o de que para uma boa comunicação interpessoal, é preciso que esta seja *clara e simples, concreta e objectiva* (I, B). Segundo um dos alunos (I) “se for muita comunicação, se for transmitida muita informação... as pessoas acabam por não ter tanta atenção, por isso tem de ser simples, tem que ser curto, o essencial” até porque se deve “manter com os restantes colegas do serviço e de outras áreas, uma comunicação eficaz e clara para benefício de todos” (B). Os restantes indicadores apenas foram referenciados uma vez: *Comunicação tem de ter conteúdo* (H), *Linguagem comum* (B), *Discurso curto* (I), *Falar no momento crítico* (H) e *Saber que palavras/discurso utilizar* (H).

### 6.2.2. Comunicar com o doente

Esta subcategoria apresenta muitos indicadores. Para simplificar a análise da mesma foi realizado o gráfico 2, que contém os indicadores com maior contagem. Os restantes indicadores, apenas um aluno fez referência, no entanto, apesar de não constarem no gráfico, serão referenciados.

**Gráfico 2** – Indicadores da subcategoria “Comunicar com o doente”



Como se pode observar, um dos indicadores com maior contagem é *Saber comunicar é saber adaptarmo-nos ao outro* (A, C, H). De acordo com (A) “Saber comunicar ...é saber ajustar a nossa personalidade à personalidade da pessoa que estamos a cuidar. No caso da pessoa extrovertida, será abandonar o seu lado enérgico, vivo, que poderá assustar o outro e adoptar uma postura mais calma, mais sóbria. É como se o enfermeiro tivesse que ser um actor, tem que se adaptar à pessoa que está a personificar”. É também “ conseguir transmitir os conhecimentos à pessoa em questão, tendo em conta o seu contexto social, o contexto escolar” (C), porque de uma forma conclusiva a “comunicação tem de ser adaptada à pessoa que vai receber comunicação” (H).

A *escuta activa* (A, B, F), também representa um aspecto indissociável da comunicação. “Uma boa comunicação interpessoal, começa por saber escutar. Em Enfermagem essa questão ainda se coloca mais” (A). Segundo (B) “Não adianta chegar ao pé do utente para prestar bons cuidados, se não lhe explicar os procedimentos e ouvi-lo”. Um dos entrevistados (F), acrescenta que para uma boa comunicação interpessoal é importante que não seja apenas o enfermeiro a demonstrar escuta activa, mas também o doente: “ e que demonstre a escuta activa e a mesma coisa da nossa parte”.

*Entender o que o doente quer transmitir* (A, D, I) está relacionado com o sentido de observação, que os estudantes classificam como imprescindível no processo da comunicação, uma vez que o próprio corpo é revelador de significados de comunicação. “Entender bem o que o outro nos quer transmitir, porque às vezes não querem transmitir as coisas tão verbalmente (D). Esta ideia também é apoiada por (I), “a pessoa tem de saber o que doente tenta transmitir, não só técnicas verbais, mas também não verbais”, isto porque como corrobora (A) “se não estivermos atentos à comunicação, isto é, o que o doente nos está a dizer verbal e não verbalmente, podemos não conseguir alguns detalhes importantes do que a pessoa nos está a querer transmitir”.

*Explicar/esclarecer/transformar* (B, C, F) está presente em alguns estudantes, como um aspecto facilitador da comunicação interpessoal, uma vez que o enfermeiro é frequentemente solicitado para esclarecimento de dúvidas, por isso o enfermeiro deverá “Esclarecer ao doente... todas as dúvidas que ele possa ter” (B), até porque uma “boa comunicação será transformar os nossos conhecimentos de maneira a conseguir transmití-los à pessoa” (C). O profissional de Enfermagem, na sua conduta diária, não deverá estar à espera de explicar algo apenas quando solicitado, a explicação deverá preceder a dúvida do doente, tal como indica (F) “então acho que devemos falar com ela, esclarecer tudo o que ela precisa, explicar-lhe tudo o que vamos fazer.”

A *Apresentação do Enfermeiro* (I,) também é vista como uma atitude francamente positiva neste processo. “*Tento apresentar-me*” (I).

Aspectos como *Atender ao lado emocional* (E), *Diálogo que marque a pessoa* (H), *Ajudar a estabelecer uma ligação, um diálogo* (H), *Comunicar não é fácil* (H) e *O utente percebe o que o enfermeiro pretende* (F) são indicadores que também foram levantados pelos alunos, e que constituem pistas importantes sobre a importância que os mesmos atribuem à comunicação interpessoal.

### **6.2.3. Comunicar com a equipa**

Esta subcategoria e a seguinte surgem, porque foram incluídas pelos alunos, na tentativa de definirem uma boa C.I. Considerámos um dado importante, o facto de alargarem a comunicação em Enfermagem à equipa e à família, elos cruciais num

contexto de cuidados de saúde. Desta forma, *Falar com os colegas/equipa* (E) e *Comunicação intra-hospitalar* (B, I) são os indicadores correspondentes a esta subcategoria.

Como indica (E) “falar com os colegas, isso é muito importante, falar com a equipa, sempre em prol do doente”, porque boa comunicação interpessoal implica que a mesma “seja interdisciplinar, e intra mesmo, entre Enfermeiros, entre médicos” (I) para “manter com os restantes colegas do serviço e de outras áreas, uma comunicação eficaz e clara para benefício de todos (enfermeiro, utente, hospital) ” (B).

#### **6.2.4. Comunicar com a família**

Comunicar com a família também foi apontada por um aluno (I), como uma dimensão importante da comunicação: “é muito importante saber comunicar com um doente, como com a família”.

#### **6.2.5. Comunicar com personalidade**

Apenas três alunos (E, G, H) referiram a pertinência e influência dos traços da própria personalidade na comunicação interpessoal, porque é preciso “deixar os problemas cá fora” (E) e “tentar estar sempre com um sorriso na cara. Às vezes não é possível... é ter uma grande capacidade de estar ali porque quero e estou ali para compreender a pessoa” (E). (G) considera “ter acima de tudo uma boa perspectiva, não ser pessimista. Um enfermeiro acho que, acima de tudo tem de ser uma pessoa otimista para passar isso ao utente”. É crucial que este processo “nos deixe a nós também mais à vontade... na prestação de cuidados” (H).

### **6.3. Importância/consequência da comunicação interpessoal**

Esta categoria analisa a importância, bem como as consequências/alterações da comunicação interpessoal nos doentes, estudantes e de uma forma mais abrangente: na relação terapêutica. Traduz efectivamente até que ponto a comunicação pode influenciar

o estado de saúde do doente. Está então dividida nas seguintes subcategorias: *O que o doente valoriza*, *O que o estudante valoriza* e *O que a relação terapêutica valoriza*.

### 6.3.1. O que o doente valoriza

Esta subcategoria direcciona-se para a importância que o doente atribui à comunicação interpessoal, segundo a perspectiva dos estudantes, porque convém referir que nenhum doente foi entrevistado. Assim sendo o indicador *O doente aceita melhor o tratamento* (C, F, G), foi o mais referenciado pelos estudantes. Como refere (C) “até para o tratamento ter um maior efeito é preciso explicar muito bem à pessoa o que deve fazer”, uma vez que “a comunicação é muito importante para a adesão da pessoa ao tratamento” (F). Não esquecendo a vasta dimensão da comunicação interpessoal, “o toque apenas faz com que o doente se sinta melhor, se sinta motivado, se sinta mais predisposto a seguir certo tipo de tratamento, a abandonar hábitos...” (G).

O segundo indicador com maior contagem *Enfermeiro simpático, compreensivo* (E, I), reflecte a importância da relação interpessoal no processo de internamento/tratamento, isto é, grande parte dos doentes valoriza a simpatia, amabilidade do enfermeiro em detrimento das competências técnicas/científicas. O estudante (E) refere “Quando as pessoas vão aos centros de saúde, ao hospital ou são internadas, muitas vezes ouvimos as pessoas a falarem e a dizerem: eu gostei muito daquele médico, daquele enfermeiro, era muito simpático, muito compreensivo ao longo do internamento”. O aluno (I), vai ainda mais longe ao proferir “porque foi simpático, porque falou bem ou disse coisas bonitas”. O indicador *Muitos doentes dão valor à comunicação* (I), também vai ao encontro da valorização que os doentes atribuem à comunicação interpessoal: “no que respeita à unidade hospitalar e cuidados de saúde primários a comunicação para os doentes, acho que é o que eles dão mais valor”.

Relacionado com este indicador está a *Abertura do Enfermeiro* (D): “É importante que o enfermeiro se mostre aberto, quer dizer, se o enfermeiro estiver muito no seu canto, muito fechado o doente não vai falar tão abertamente”.

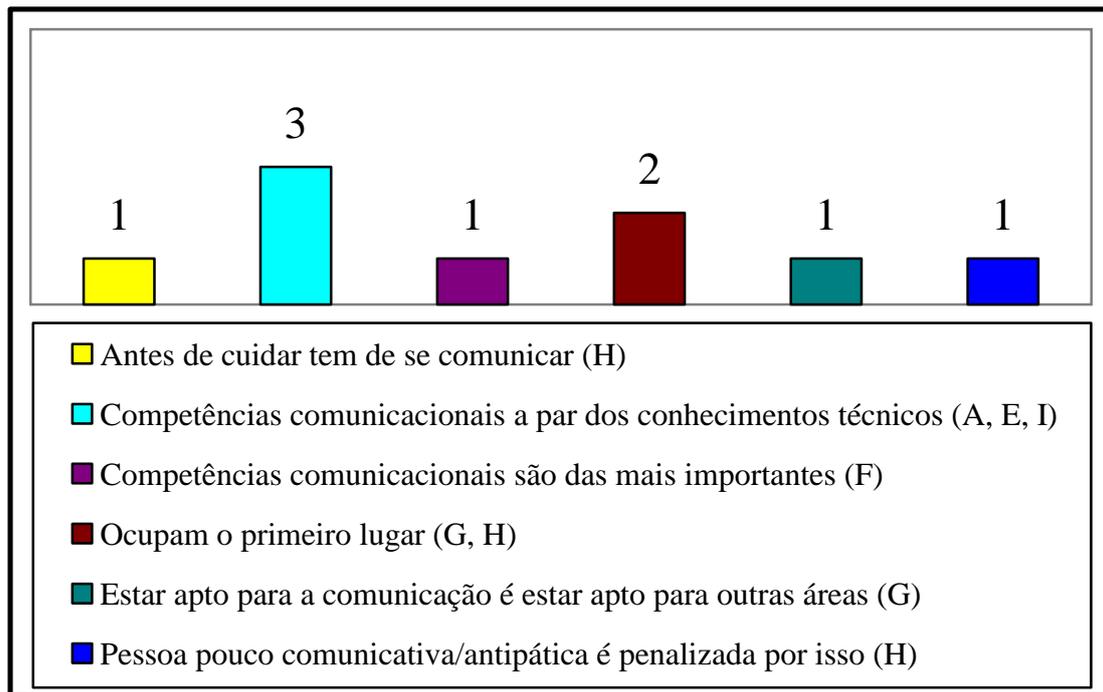
*Valorização do produto final*, este indicador foi apenas indicado por um aluno (E), e traduz a valorização da comunicação interpessoal, que superioriza a valorização

da componente técnica/científica, ao longo do internamento, sendo apenas este último valorizado no final, momento da alta ou final do tratamento: “Durante o período de internamento, durante o período que estão a ser tratadas, é a capacidade das pessoas o compreenderem, de poder falar com ele e no final é o resultado, eu acho que as pessoas valorizam mais os actos técnicos no final quando estão curadas e estão melhores ou estão boas, mas eu acho que durante o período todo em que estão a ser tratadas, verbalizar, fazer e conseguir compreender, acho que isso deve ser a chave, para além dos conhecimentos e da parte técnica, acho que as pessoas se sentem bem. Eles valorizam é o final, o produto final, eu estou curada, eu estou boa. Como chegou até à cura ninguém liga, as pessoas fazem um penso, as pessoas não têm conhecimento e não sabem se aquele penso está bem feito. Se ficar curado foi optimamente bem feito, se não ficar, aí só no final é que eles vão dizer se eu possuo os conhecimentos para tal ou não”.

### **6.3.2. O que o estudante valoriza**

À semelhança da subcategoria anterior, esta, analisa a valorização da comunicação interpessoal, mas por parte dos estudantes. É uma subcategoria importante pois tenta responder a um dos objectivos deste estudo. Tem como indicadores *Antes de cuidar tem de se comunicar* (H), *Competências comunicacionais são das mais importantes* (F), *Competências comunicacionais a par dos conhecimentos técnicos* (A, E, I), *Ocupam o primeiro lugar* (G, H), *Estar apto para a comunicação é estar apto para outras áreas* (G), *Pessoa pouco comunicativa/antipática é penalizada por isso* (H). O seguinte gráfico ajuda-nos a visualizar os resultados obtidos.

**Gráfico 3** – Indicadores da subcategoria “O que o estudante valoriza”



O indicador *Antes de cuidar tem de se comunicar* (H) reflecte a necessidade de ter esta competência desenvolvida, porque é implícito ao prestador de cuidados a necessidade de comunicar “o cuidado será..., dentro do cuidado existe também a comunicação, portanto antes de cuidar nós temos de comunicar... mas no cuidar em si, não é, no papel que nós desempenhamos, a comunicação será o primeiro aspecto que devemos ter bem desenvolvido”.

*Competências comunicacionais são das mais importantes* (F) colocam esta competência nos lugares cimeiros na hierarquia de competências necessárias na Enfermagem “Acho que são das mais importantes”.

A maioria dos alunos (A, E, I) atribui igual importância entre os conhecimentos técnicos e as competências comunicacionais. (A) coloca “No mesmo patamar que todas as outras, da técnica, do procedimento, ter noções de autonomia, se calhar até num patamar um pouco mais elevado, dado que a nossa profissão, o objectivo é cuidar de pessoas e para esse cuidar é preciso saber quais os seus problemas”; através do discurso desta estudante, nota-se alguma incerteza em considerar a competência comunicacional no mesmo lugar das outras, ou até mesmo como a mais importante. Tanto o estudante

(E)” Eu acho que está a par dos conhecimentos técnicos”, como o estudante (I) “A comunicação é importante, bastante importante, como são outras técnicas, atitudinais, comportamentais, acho que são todas de uma avaliação que é importante para o Enfermeiro”, não têm dúvidas quanto a colocarem a importância da competência em estudo, no mesmo lugar das outras competências exigidas ao Enfermeiro.

Os alunos (G, H) consideram que a competência comunicacional *Ocupam o primeiro lugar.*”O primeiro, porque um bom enfermeiro sem a competência comunicacional... acho que a comunicação é um dos pilares para um bom desempenho, acho que uma pessoa que seja só boa na técnica e que não comunique, o utente vai, vai perceber e vai sentir a esse nível, mesmo que seja perfeito a nível prático, se falhar na comunicação... acho que a comunicação é o mais importante, é a primeira, a primeira coisa que eu considero mais importante na prática de Enfermagem” (G). (H) indica que “temos de considerar que o comunicar está em primeiro”.

*Estar apto para a comunicação é estar apto para outras áreas* foi apenas um dos alunos que concluiu “o primeiro ponto é logo comunicar com o doente, a não ser raras exceções, mas acaba sempre por haver comunicação, e se nós estamos aptos nisso, acabamos por estar aptos em todas as outras” (G).

Finalmente *Pessoa pouco comunicativa/antipática é penalizada por isso*, presente em “e depois chegar a alguém a que nos é instituída alguma responsabilidade, acho que depois falha um bocadinho a comunicação, para quem não a tem treinada no mundo social, ... que às vezes é mal interpretado... uma pessoa pouco comunicativa, antipática, já é penalizada por isso, não é?” (H), traduz a dificuldade que os alunos mais introvertidos, tímidos possam sentir ao comunicarem com os doentes, e que pode ser associado a antipatia.

### **6.3.3. O que a relação terapêutica valoriza**

Finalmente esta subcategoria enfatiza com uma visão abrangente e conclusiva a importância e influência da comunicação na relação terapêutica. Encontra-se organizada nos seguintes indicadores: *Parte relacional é um bom impulsionador para a cura e bem-estar* (E, F), *A Enfermagem requer muito contacto humano* (C, H), *A comunicação*

*interpessoal é muito importante na Enfermagem (D) e A comunicação é o mais importante na Enfermagem (G).*

*Parte relacional é um bom impulsionador para a cura e bem-estar (E, F), reflecte que a comunicação pode ser tão benéfica e terapêutica, que poderá contribuir para o tratamento do doente: “Mas a parte relacional, acho que é um bom impulsionador para o bem-estar e para a cura das pessoas.” (E). O aluno (F) também refere “a comunicação...acho que também é importante para o sucesso do tratamento”.*

*A Enfermagem requer muito contacto humano (C, H), justifica a importância da comunicação interpessoal na Enfermagem, por ser uma profissão de relações humanas. (C) indica “Primeiro porque a enfermagem como tem muito contacto humano requer muito boa comunicação”. (H) assenta o carácter relacional desta profissão “Acho que é a parte mais pessoal dos cuidados de saúde, acho que é a profissão de Enfermeiro”.*

*A comunicação interpessoal é muito importante na Enfermagem (D) como se comprova na seguinte unidade de registo “ às vezes tentam exprimir-se por gestos, dar a entender alguma coisa, acho que isso é muito importante numa boa comunicação com o utente, na própria profissão de enfermagem, acho que é muito importante”.*

*A comunicação é o mais importante na Enfermagem (G) está presente em “acho que a comunicação é um dos pilares para um bom desempenho, acho que uma pessoa que seja só boa na técnica e que não comunique, o utente vai, vai perceber e vai sentir a esse nível, mesmo que seja perfeito a nível prático, se falhar na comunicação... acho que a comunicação é o mais importante, é a primeira, a primeira coisa que eu considero mais importante na prática de Enfermagem”.*

#### **6.4. A dança das palavras**

Esta categoria direcciona-se para a importância das palavras. Não engloba qualquer aspecto da comunicação não verbal. Está dividida em *Demonstrar interesse, As palavras surtem efeito e Importância da comunicação verbal.*

#### 6.4.1. Demonstrar interesse

Nesta subcategoria são levantadas as frases demonstrativas de interesse pelo doente, e que provocam no mesmo, conforto, mais confiança e segurança ao sentirem que os enfermeiros se interessam pelo seu estado.

Assim sendo, os indicadores mais referenciados pelos estudantes são *Perguntar se está bem* (A, E, H), *Perguntar se tem dor* (B, E, H), *Perguntar se dormiu bem* (A, E) e *Proporcionar desabafos* (B, I).

*Perguntar se está bem* (A, E, H) de uma maneira abrangente revela preocupação pelo doente, como indica (A) “quando estou doente gostava de ter um enfermeiro que viesse ter comigo e perguntasse como estou...que mostre interesse por mim”. O estudante (H) partilha da mesma opinião “comunicação verbal que facilita a relação...procurar perguntar, demonstrar interesse, interesse sobre o estado do doente, perguntar se se sente bem” e (E) ao referir de forma sucinta “perguntar se está bem”.

*Perguntar se tem dor* (B, E, H), foi também um dos indicadores com maior contagem, o que demonstra a preocupação dos estudantes em relação à dor do doente. Este aspecto é possível verificar no discurso de (H) “perguntar... se tem dores, geralmente as dores são sempre o principal motivo de..., que causa alguma, algumas dificuldades, origina uma barreira à comunicação, a pessoa com dor não se preocupa bem em comunicar, preocupa em sentir-se, em eliminar a dor”. (B) e (E) foram mais concretos e apontaram como um dos comportamentos verbais esta pergunta, daí não existir a necessidade de colocar a unidade de registo, por não acrescentar informação adicional.

*Perguntar se dormiu bem* (A, E) e *Proporcionar desabafos* (B, I). No primeiro indicador à semelhança da situação anterior, os alunos foram muito concisos e apenas referiram a necessidade de efectuar esta pergunta no contexto de demonstração de interesse pelo doente. Relativamente ao segundo, de acordo com (B) é importante “desabafar” e “fazer com que o doente tenha mais confiança comigo para tentar exprimir as suas emoções ou preocupações” (I). Ao permitir um clima favorável à expressão de sentimentos, anseios, dúvidas, promove-se a interacção com o doente, demonstrando interesse por ele.

Os indicadores *Perguntar se precisa de ajuda* (B), *Perguntar se tem saudades* (E), *Perguntar se se sente bem no hospital* (E), *Perguntar se gostou da comida* (E), *Perguntar se recebeu visitas* (H) e *Perguntar se está melhor* (H), foram indicados apenas por um aluno. Estes últimos indicadores referenciados por (H) estão presentes na seguinte unidade de registo “acho que é o mais importante, é mostrar interesse, querer saber que, para além de estar a reagir bem ao antibiótico, o senhor está melhor por isto ou por aquilo, procurar saber o que é que o utente sente na realidade, como é que está, se recebeu visitas..., às vezes é um tipo de comunicação que fica bloqueada pelo facto de o utente não poder responder, e nós podemos afirmar tudo de uma vez, dizer que já recebeu visitas, tem pessoas que gostam de si, nesse sentido”.

#### **6.4.2. As palavras surtem efeito**

*As palavras surtem efeito* analisam o tipo de discurso que deve ser orientado para que efectivamente consiga alcançar o doente, isto é, para que as palavras sejam bem compreendidas, interpretadas. Tem como indicadores *Esclarecimento/Explicação de dúvidas ao doente* (B, F), *Não somente transmissão de informação* (F), *Repetir o que o doente diz* (F), *Ser assertivo* (G), *Comunicar atendendo ao estado do doente* (H).

Quanto ao *Esclarecimento/Explicação de dúvidas ao doente* (B, F), de acordo com (B) é importante “esclarecimento de dúvidas, pedir conselhos”. É preciso ter presente que a “pessoa à frente que não percebe muito do assunto, e que ainda por cima se recorreu ao enfermeiro é porque não está a 100% no seu estado de saúde” (F).

Os restantes indicadores apenas foram indicados por um aluno. *Não somente transmissão de informação* é explicada por (F) ao proferir “é o facto de quando estamos a falar com o utente, por exemplo, conseguirmos que ele realmente perceba o que nós queremos, e não apenas uma transmissão de informação, que ele realmente entenda... não apenas transmitir a informação”. O mesmo aluno reforça a ideia de que *Repetir o que o doente diz* é uma estratégia importante na relação enfermeiro-doente uma vez que ao “demonstrarmos ao utente que estamos a ouvir o que ele está a dizer, nem que seja por repetir o que ele disse (Então você disse isto assim, assim, foi isso?). Acho que isso demonstra que estamos interessados no caso, que estamos empenhados”. Apesar de nesta unidade de registo estar demonstrado interesse pelo doente, as palavras-chave

residem em repetir o que o doente diz, sendo um conjunto de palavras que unidas contribuem para que a comunicação “surta efeito”.

A *assertividade* foi apenas abordada por um aluno (G), e para ele o enfermeiro deve “ser assertivo naquilo que dizemos, não impor as nossas ideias, não ter um discurso autoritário, ser direccionado mais para o utente do que para nós, ter sempre o nosso discurso virado para eles “ (G).

Finalmente *Comunicar atendendo ao estado do doente* foi indicado por (H): “eu acho que nós devemos comunicar, mas devemos sempre atender ao estado do doente. O procurar saber, o adquirir informações sobre o doente, sobre o seu estado, se está bem-disposto, se não está porquê, acho que esse é que é os principais comportamentos que devemos ter”.

#### **6.4.3. Importância da comunicação verbal**

Esta subcategoria averigua a importância que os estudantes atribuem à comunicação verbal. Está dividida nos seguintes indicadores: *A comunicação verbal é mais fácil* (D) e *É bom quando o doente dá o seu feedback* (H). No primeiro indicador, (D) refere “É muito mais fácil a comunicação verbal porque explicam-se bem e conseguem exprimir-se bem e dizer-nos directamente aquilo que sentem, e o que esperam”. Este estudante considera a comunicação verbal mais objectiva, menos ambígua, mais facilmente interpretável, ao passo que a comunicação não verbal, como analisaremos de seguida exige uma atenção redobrada, com várias possibilidades de análise. O aluno (H) no momento em que foi realizada a entrevista, encontrava-se no ensino clínico em Cuidados Intensivos, onde os doentes se encontram entubados, com a capacidade de comunicarem verbalmente comprometida, por isso o mesmo considera “É bom quando o doente pode contrapor com ideias, dar o seu feedback, eu acho que isso é o mais importante”.

## 6.5. O murmúrio do corpo

Após ter sido analisada a comunicação verbal, é lógico que o passo seguinte será o de estudar a comunicação não-verbal. As subcategorias que lhe pertencem são, *Os doentes mentem*, *Os doentes sentem*, *A linguagem do corpo*, *Os ritmos do corpo*, *Promoção do bem-estar do doente* e *Importância da comunicação não-verbal*.

### 6.5.1. Os doentes mentem

Esta subcategoria agrupa os indicadores reveladores de que, em algumas situações, os doentes verbalmente afirmam algo, mas por motivos diversos estão a sentir exactamente o oposto. Nesta situação a interpretação da comunicação não verbal assume um papel preponderante, na codificação da mensagem, isto é, aquilo que o doente sente na realidade. Os indicadores com maior contagem são *Perceber gestos, o olhar, os doentes* (B, D), *O doente nem sempre verbaliza aquilo que sente* (C, H) e *Fácil enganar a comunicação verbal* (A, F, H). Os restantes indicadores contemplam *Os processos fisiológicos têm sempre uma exteriorização* (C) e *Controlar o que o corpo quer fazer é muito complicado* (F)

*Perceber gestos, o olhar, os doentes* (B, D) está presente em “captação de sentimentos e estados de espírito através da observação e interpretação da expressão corporal” (B). Este tipo de atitude é muito importante uma vez que “há doentes que são mais introvertidos e não se exprimem tão facilmente, aí temos de usar a comunicação não verbal, perceber os gestos, o olhar, os doentes” (D).

Perceber estes gestos é muito importante na díade enfermeiro-doente, porque *Controlar o que o corpo quer fazer é muito complicado* (F) e *O doente nem sempre verbaliza aquilo que sente* (C, H). “Às vezes eles comunicam mais não verbalmente, porque é algo que é mais difícil de controlar do que a parte verbal, nós se fizermos questão de não falar, conseguimos, mas controlar o que o corpo quer fazer já é muito mais complicado” (F). Muitas vezes nem sempre todas as condições estão reunidas para que o doente possa exprimir aquilo que sente, tal como indica (H) “a pessoa quando está doente nem sempre está disponível para falar, ou nem sempre consegue verbalizar

aquilo que sente”. (C) também refere que” porque muitas vezes eles mentem, não nos dizem a verdade”.

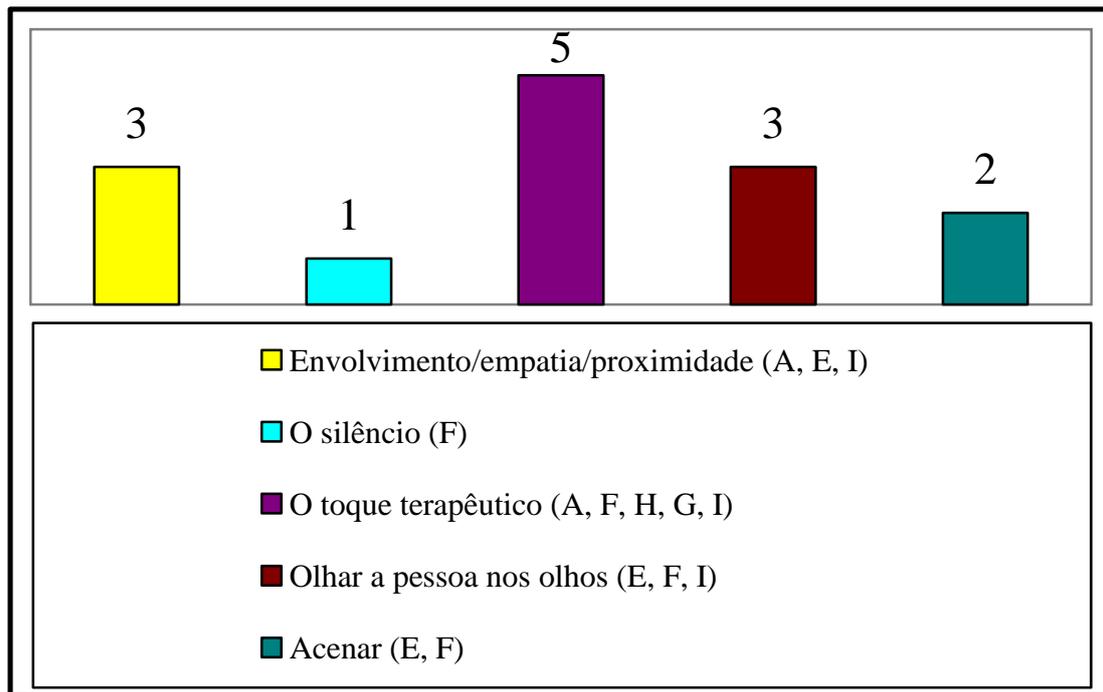
*Fácil enganar a comunicação verbal* (A, F, H), é uma ideia que está presente em alguns estudantes. Por exemplo (A) refere “Em Enfermagem essa questão ainda se coloca mais. Se não estivermos atentos à comunicação, isto é, o que o doente nos está a dizer verbal e não verbalmente, podemos não conseguir alguns detalhes importantes do que a pessoa nos está a querer transmitir, uma vez que por vezes os utentes nos dizem verbalmente uma coisa e corporalmente estão a dizer outra, que para nós em Enfermagem é extremamente importante, quanto mais não seja saber interpretar e procurar uma resposta para o porquê dessa reacção” . (H) também partilha desta ideia, mas noutra direcção, isto é, a do próprio enfermeiro, que muitas vezes também pode enganar o doente: “nós podemos estar a dizer que o doente vai ficar bom, mas se estivermos com uma cara de..., nós queremos uma coisa que é boa, com uma cara que dá a entender que afinal não é... dizer uma coisa e exprimir outra, a pessoa não vai interessar-se pelo que estamos a dizer, mas sim por aquilo que estamos a exprimir . (F) também considera que a comunicação verbal é fácil de enganar, mas restringe-se ao contexto de escola, e não hospitalar: “porque os nossos colegas não estão...mais uma vez é fácil enganar a comunicação verbal, mas a não verbal é realmente difícil”.

Apesar de existir esta contrariedade entre o que se sente e o que se verbaliza, para um estudante (C) *Os processos fisiológicos têm sempre uma exteriorização*, por isso “os processos fisiológicos do corpo têm sempre uma exteriorização, e é muito importante o enfermeiro ter a percepção desses movimentos”. Aliada a esta ideia também é importante *Perceber se está triste* (H) porque ao “perceber que o doente está, de certa forma em baixo”.

### **6.5.2. Os doentes sentem**

*Os doentes sentem*, traduz todo o tipo de comportamentos, gestos, atitudes, que o enfermeiro pode oferecer ao doente, com valor de mensagem. Iremos então analisar esses mesmos comportamentos através de *Envolvimento/empatia/proximidade* (A,E,I), *O silêncio* (F), *O toque terapêutico* (A,F,G,H,I), *Olhar a pessoa nos olhos* (E,F,I) e *Acenar* (E,F) (gráfico 4).

**Gráfico 4** – Indicadores da subcategoria “Os doentes sentem”



Como se pode constatar, pela análise do gráfico, a importância do toque terapêutico está presente na maioria dos estudantes. (A) é muito concreto e apenas indica “a mão, toque, no entanto (F) acrescenta “se virmos que a pessoa necessita, o toque também é uma boa comunicação não verbal”. (G) também partilha da mesma opinião, assumindo a importância do toque na relação terapêutica “já falei do toque terapêutico, às vezes o toque apenas faz com que o doente se sinta melhor. (H) é mais específico e exemplifica alguns tipos de toque “o toque terapêutico, eu acho que o toque é muito importante, o toque sobre o ombro, sobre a face, acho que é um tipo de comunicação não verbal muito importante. (E) também especifica “o pegar na mão” e “tocar-lhe no ombro”. (I) adianta que o toque poderá promover a confiança no doente “se precisar mesmo do toque terapêutico, em que o doente está um bocado debilitado, acho que são sempre maneiras de sentir a confiança do doente.

*Envolvimento/empatia/proximidade* (A, E, I), são aspectos decorrentes da relação interpessoal, que são imprescindíveis para uma boa comunicação interpessoal. Segundo (A) “mão, toque, gestos representativos de solidariedade, carinho, compreensão, afecto” são comportamentos que promovem a aproximação enfermeiro-

doente e ajudam a estabelecer a empatia. (E) refere “eu acho que as pessoas que estão naquele clima que não é o dele, e sentirem empatia, lá está, mesmo com a linguagem não verbal”. (I) considera que a empatia é a base para uma boa comunicação “No entanto um doente que seja novo, um caso novo, percebe que tem de ter aquela confiança, como o doente conosco e transmitir aquela empatia para que sirva de boa comunicação e daí desenvolver-se, acho que as coisas vão crescendo e gradualmente desenvolver”.

*O silêncio* segundo (F), assume um carácter importante na comunicação, porque “o silêncio em si, às vezes é essencial também darmos o silêncio à pessoa, às vezes é das respostas, das melhores respostas que podemos dar à pessoa”.

*Acenar* (E, F) surge indicado como um comportamento não verbal revelador de atenção, interesse pelo discurso do doente: “o abanão com a cabeça quando a pessoa está a falar” (F), “ou até um dizer que sim enquanto a pessoa está a falar, já é um grande avanço” (E).

O olhar será analisado mais pormenorizadamente na *Linguagem do corpo*, no entanto *Olhar a pessoa nos olhos* (E, F, I), aparece integrado nesta subcategoria, como um tipo de atitude que o doente percepçiona como algo positivo e que segundo a perspectiva dos estudantes, constitui um tipo de comportamento não verbal facilitador da comunicação interpessoal: “basta olhar a pessoa nos olhos” (E), “acho que quando estamos a falar com uma pessoa temos de a olhar nos olhos e vive-versa” (F) e “olhar nos olhos do doente, não olhar para outro lado” (I).

### **6.5.3. A linguagem do corpo**

Especificamente nesta categoria são estudadas, algumas partes do corpo como os olhos, a cara, assim como expressões corporais, como o sorriso e a expressão facial. Os indicadores correspondentes são *Olhar para a cara das pessoas* (B,F,G,H), *Adequar o sorriso à situação* (E,H) e *O que dizem os olhos* (B,D,E,F,H,I).

Começamos então pelos indicadores com maior contagem. *Olhar para a cara das pessoas* (B, F, G, H). (B) indica “a cara é a primeira coisa para que se olha, e é indicativa de muitas coisas”. O estudante (H) também concorda com esta linha de

pensamento e acrescenta “tentar manipular também o estado de espírito do utente com a expressão facial que geralmente é o primeiro, não é, é o primeiro acto, nós olhamos é para a cara das pessoas, e a expressão que estiver inerente, influencia-nos a nós o estado de espírito”. Quando se olha para uma pessoa, não é propriamente o seu rosto que nos fornece informação, mas sim a expressão do mesmo, a expressão facial que os alunos (F) e (G) enfatizam; “nós ao olharmos para o utente, vemos a expressão facial dele” (F), “expressão facial também é muito importante, pessoas que até falam, mas até parecem que são antipáticas, e acho que não basta falar, basta também transmitir alguma coisa de positivo à pessoa” (G).

O olhar, revelador de tantas emoções, tão transparente nas suas mensagens, é considerado pela maior parte dos alunos como um dos aspectos a ter em conta na comunicação não verbal. Assim sendo, através do indicador *O que dizem os olhos* (B, D, E, F, H, I), será possível verificar o que os alunos percebem. Os “olhos são o espelho da alma” (B), “o enfermeiro deve estar muito atento à comunicação verbal e não verbal do utente, para o olhar” (D), “basta olhar a pessoa nos olhos” (E), “Os olhos não mentem, o olhar consegue transmitir muito mais” (F), “o olhar, o próprio olhar adequado à sua expressão, também à expressão do doente” (H) “olhar nos olhos do doente, não olhar para outro lado... um enfermeiro tem de sempre olhar para o doente... por exemplo eu a falar com o doente, tenho de olhar para o doente, e ele estar a falar comigo, eu não vou estar a olhar para a rua, ou para o chão, tenho de estar centrado um pouco no doente, falar” (I)

Apenas resta averiguar o sorriso. *Adequar o sorriso à situação* (E, H), é o indicador que falta para completar esta subcategoria. (E) apenas indica “um sorriso”, no entanto (H) avalia o sorriso numa perspectiva diferente, na de que nem sempre o sorriso é uma atitude expressão oportuna “esboçar um sorriso quando o doente está mais... porque às vezes o sorriso numa altura crítica, se calhar pode ser interpretado de outra maneira, acho que devemos adequar o sorriso à situação” (H).

#### **6.5.4. Os ritmos do corpo**

Esta subcategoria foi destacada da anterior, porque enquanto a anterior estava relacionada com o rosto (cara, expressão facial, sorriso e olhos), *ritmos do corpo* é

respeitante ao próprio movimento corporal, abrangendo muito mais que o rosto. *Postura corporal* (A, D, F), *Como se senta* (D), *Sons ou gestos de dor* (I), *Tempos de reacção* (F) e *A dança das mãos* (A, D).

*Postura corporal* (A, D, F) traduz os movimentos, posições que o nosso corpo adopta tanto do enfermeiro como do doente. (A) e (F) partilham os dois da ideia de que a própria postura do Enfermeiro é determinante para o estabelecimento de boa relação interpessoal; “Não demonstrar ar de superior, não manter a postura rígida, eu sou enfermeiro, tu és doente” (A),” a própria disposição corporal, não estar com uma posição se calhar, braços cruzados, pernas cruzadas, ou estar a olhar para o espaço” (F). (D) refere-se à postura corporal, mas do doente, que pode ser reveladora do seu estado de saúde, “olhar... para o facto de ele estar muito agitado ou não”.

*A dança das mãos* (A, D) foi indicada por alguns alunos, e refere-se como o próprio nome indica ao movimento das mãos, que segundo os alunos também tem um valor de mensagem. (A) indica “Muitas vezes estar atento ao movimento das mãos” e (D) “gestos, o olhar, para as mãos”.

*A forma Como se senta* (D), segundo este aluno também deve ser motivo de observação por parte do Enfermeiro, assim como *Tempos de reacção* (F): “avaliarmos o tempo com que ele reage a algo que nós dizemos, acho que isso é muito importante”. Finalmente *Sons ou gestos de dor* (I), aparece porque a dor é manifestada por comportamentos não-verbais, “se a pessoa sente dor e isso é uma comunicação que se faz em avaliar o doente e não necessita praticamente de dizer-nos, poderá transmitir por certas expressões”.

#### **6.5.5. Promoção do bem-estar do doente**

Esta subcategoria reúne um conjunto de opiniões dos alunos, que são promotoras de bem-estar, bem-estar esse que está relacionado com esta temática, porque a comunicação interpessoal, é sem dúvida imprescindível para o equilíbrio, bem-estar do doente. Os indicadores respectivos foram todos indicados apenas por um aluno, no entanto constituem informações importantes, daí a necessidade de constarem neste trabalho. Desta forma, *Auxílio de novas tecnologias* (I), está presente na seguinte

unidade de registo “há muitos serviços em que os doentes estão entubados... não conseguem falar... como nós aprendemos novas tecnologias, tivemos uma cadeira em que nós tínhamos que criar programas para pessoas com necessidades especiais... Por ex. seria um computador em que tivesse touch screen e o doente pudesse seleccionar... e mesmo o enfermeiro também perceber o que o doente quer, isso é sempre uma barreira que nós vimos a reparar, quando as pessoas não conseguem transmitir a nível verbal, e ajudar-nos-ia a perceber, a avaliar a posição do doente”.

*Não invadir a privacidade (I), Apoio Psicológico (G)* são aspectos levantados por estes alunos, e que segundo eles, são comportamentos não verbais muito importantes nestes processos. O mesmo acontece com “transmitir à pessoa que temos cuidado naquilo que fazemos” (H). A unidade de registo correspondente a *Ajudar o doente a sorrir (H)* integra “ nós podemos ajudá-lo a sorrir”.

#### **6.5.6. Importância da comunicação não-verbal**

À semelhança da *dança das palavras*, na qual foi analisada a importância da comunicação verbal, surge integrada nesta categoria a *importância da comunicação não-verbal*. Encontra-se organizada *Com estes gestos o doente desinibe-se mais (A, I), Mais importante (A, C) e comunicação verbal e não-verbal são igualmente importantes (D, E, G, I)*.

Começando pelo último indicador, que estabelece a mesma importância entre os dois tipos de comunicação, iremos avaliar o que os alunos justificam. (D) refere “Depende do utente, há utentes que se exprimem de uma forma verbal e outras não... São um bocadinho igualadas a verbal e não verbal, depende do utente”. (E) também afirma que as duas têm “*Igual*” importância. (G) partilha da mesma opinião “Eu acho que assume igual importância. Às vezes basta um gesto para o doente perceber tudo o que nós queremos dizer... é tão ou mais importante às vezes do que a comunicação verbal...não descurando a verbal mas...uma pessoa que se saiba expressar bem não verbalmente acaba também por conseguir uma boa relação interpessoal, acho que tem a mesma importância”. (I) acrescenta “A comunicação verbal, ou seja não verbal, são as duas importantes... há muitos casos em que os doentes estão entubados, ou estão com dor e...ou não querem referir, ou não conseguem transmitir, e nós temos também essas

tais “armas”... para saber avaliar o doente, não transmite de forma comunicativa, a nível verbal, mas poderá ser não verbal... e são sempre muito importantes para o nosso diagnóstico, para nossa avaliação”.

Apenas dois alunos (A, C) consideram a comunicação não verbal *Mais importante*. (A) apesar de alguma incerteza tende a atribuir maior importância à não verbal, “Estou dividida entre maior ou igual, talvez até maior, porque há situações em que nós podemos estar a dizer algo calmo, para tentar tranquilizar a pessoa, se adoptarmos uma postura rígida, essa informação não será devidamente transmitida. Se adoptarmos uma postura acolhedora, tocar, a mensagem chegará mais facilmente ao utente. É importante tanto na Enfermeira como no utente, a comunicação não verbal. Se o enfermeiro vê, o utente também vê, também está atento”. Nesta unidade de registo, a aluna torna a atribuir valor à postura corporal adoptada pelo enfermeiro. (C) afirma “Na relação enfermeiro-doente, mais para o enfermeiro é importante ver a não verbal do doente... é muito importante no estado de patologia ou de doença, nós vemos a comunicação não verbal, os movimentos do corpo, se está tudo a funcionar bem, ou se não está. Nesse aspecto é mais importante a não verbal”.

*Com estes gestos o doente desinibe-se mais* (A, I), revela que a comunicação não verbal pode ser muito importante para o doente. Um dos alunos pensa que os comportamentos que o enfermeiro adopta e que foram levantados anteriormente, como o toque terapêutico, sorriso, olhar, que facilitam a abertura, entrega do próprio doente, “porque muitas vezes os doentes não falam connosco, têm medo, ou não sabem como transmitir e só o simples, só estes simples gestos que se calhar o doente começa-se a desinibir e a falar connosco” (I). De acordo com (A) “estratégias... permitindo que essas pessoas se abram, relacionem”. Entenda-se que este tipo de estratégias também se relacionam com a comunicação não-verbal, não fosse esta indissociável da comunicação.

## **6.6. Os alunos aprendem a comunicar**

O objectivo desta categoria é o de analisar como é realizada a aprendizagem das competências comunicacionais no curso de Licenciatura. Conclui-se igualmente se os alunos consideram esta competência um dom, ou se poderá ser treinada, ou até mesmo

se depende destes dois aspectos. Desta forma encontra-se organizada nas subcategorias *Características do aluno*, *Necessidades*, *Currículo (formação teórica)*, *Currículo (formação prática)* e *Dificuldades dos alunos*.

### **6.6.1. Características do aluno**

Esta subcategoria enfatiza as opiniões que consideram que as competências comunicacionais decorrem essencialmente das características do próprio aluno. Tem como indicadores *Motivação para aprender* (C, F), *Características da personalidade* (A,E,H), *Comunicar é um dom* (A,B,C,D,F,I), *Influência da família* (I).

Apesar de se poder desde já concluir, que a maioria dos alunos considera que um bom comunicador para o ser, tem de obedecer ao seu dom, dois desses alunos também consideram que a *Motivação para aprender* (C, F) também é um factor adjuvante neste processo: “ Nós só podemos aprender algo se já tivermos alguma coisa na comunicação, basicamente se tivermos vocação vamos ter muita facilidade em aprender, senão vai ser mais difícil, já vai requerer muito o nosso empenho” (C) e (F) refere “mas também quem não tem esse dom, mas realmente quer fazer isso pode muito bem adquiri-las, tem de treinar”.

Três dos estudantes (A, E, H) apontaram *Características da personalidade*, como um dos aspectos preponderantes para o bom desenvolvimento de competências comunicacionais: “Cada pessoa tem um potencial de comunicação, dependendo da personalidade de cada um, há diferentes potenciais. Uma pessoa tímida tem mais dificuldade em comunicar do que uma pessoa extrovertida... A pessoa extrovertida não significa que comunique melhor do que a introvertida. Depende do doente que temos à nossa frente. Uma pessoa extrovertida pode assustar a pessoa tímida, enquanto que se forem os dois tímidos, a comunicação poderá surgir de forma eficaz” (A). (H) indica “e depois chegar a alguém a que nos é instituída alguma responsabilidade, acho que depois falha um bocadinho a comunicação, para quem não a tem treinada no mundo social... que às vezes é mal interpretado”. Finalmente (E) considera “Acho que há uma predisposição para, a partir daí acho que se vão desenvolvendo”.

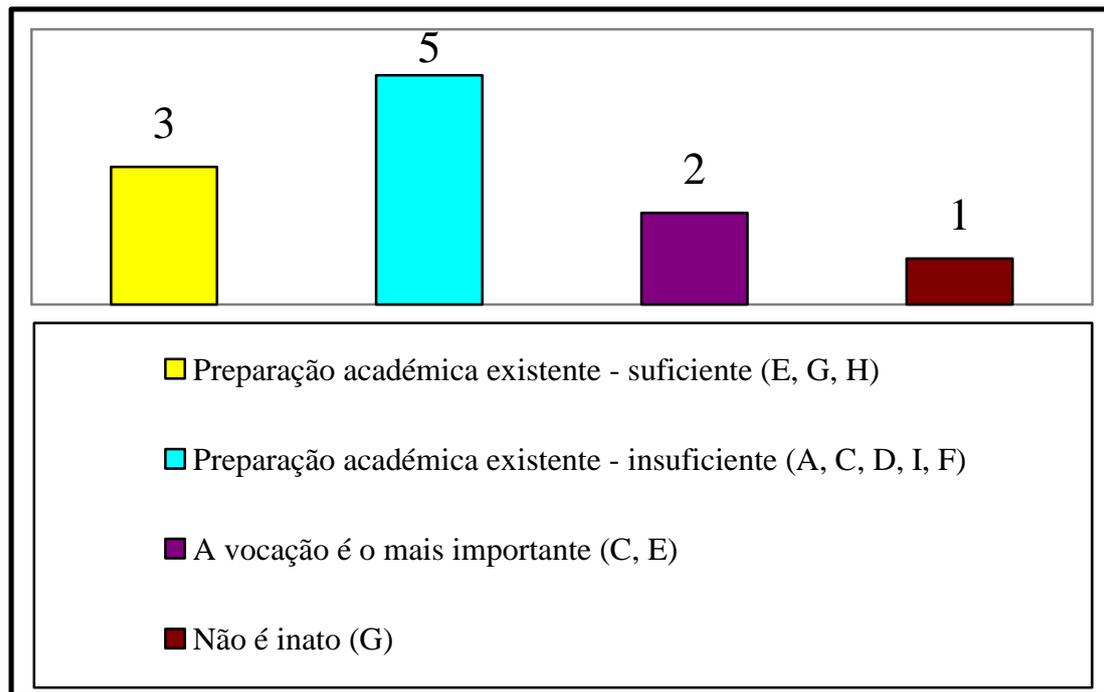
Vamos seguidamente analisar o discurso dos estudantes relativamente a *Comunicar é um dom* (A, B, C, D, F, I). “É como ter uma capacidade de comunicar inata” (A);” Essencialmente é um dom, um bom comunicador é um bom comunicador” (B);” Cada pessoa nasce como nasce, já tem uma certa vocação para falar ou não, para comunicar” (C);” tem que nascer um bocadinho connosco” (D);” acho que também já temos de ter o jeito” (F);” parece que é inato...as pessoas acabam por ter sempre uma coisa dos pais, aqueles genes que são transmitidos como saber jogar à bola, saber nadar bem” (I).

Apenas um aluno (I) coloca a *Influência da família* como um factor importante para o desenvolvimento destas competências: “comunicação, acho que também tem a ver um pouco com o meio familiar, educação dos pais, que se for uma educação muito rígida, os filhos, eu acho que não serão tão comunicativos, ou se for uma comunicação fechada em casa, poderá esse tal filho não ser muito comunicativo”.

#### **6.6.2. Necessidades**

*Necessidades* pretende avaliar as sugestões, percepções dos estudantes quanto ao treino desta competência, e se a formação que o curso oferece é ou não suficiente. Tem como indicadores *Preparação académica existente (suficiente)* - (E, G, H) e *Preparação académica existente (insuficiente)* - (A, C, D, F, I), *A comunicação pode ser treinada/apreendida* (A, B, D, F, G, H, I), *A vocação é o mais importante* (C, E) e *Não é inato* (G). O seguinte gráfico (gráfico 5) permite uma rápida compreensão dos resultados obtidos nesta subcategoria.

**Gráfico 5** – Indicadores da subcategoria “Necessidades”



Três alunos (E, G, H) consideram que a *Preparação académica existente é suficiente*. O estudante (E) afirma “As aulas teóricas focam muito e acho que é de louvar isso, focam-nos para tratarmos as pessoas como pessoas e não como um doente.... As aulas práticas, tentam incentivar, pedem às pessoas que têm mais dificuldades para se tentarem abrir quando estão a fazer determinadas consultas de Enfermagem, as pessoas umas com as outras “. (G) refere “acho que é suficiente”. Finalmente (H) considera “Suficiente, acho que foi, nesse ano com essa disciplina atingimos o suficiente, não será de todo a formação necessária, até porque é necessário, nós termos casos reais, não é, momentos em que a comunicação não é aceite de modo avaliativo”. É de lembrar que estas respostas surgiram quando os estudantes foram questionados sobre se consideravam que a formação teórica e prática era ou não suficiente.

Cinco alunos<sup>3</sup> (A, C, D, F, I) pelo contrário afirmam que a *Preparação acadêmica existente é insuficiente*. (A) menciona “Acho muito importante esta área, e é tão pouco abordada nas aulas, por isso é que vou entrar no voluntariado, no qual apenas tenho por base as relações interpessoais, e penso que me vai ajudar futuramente na prática”. (C) afirma que “Não diria suficiente, mas é um bom preparativo, porque o curso de enfermagem está muito vocacionado para nós, embora os professores nos dêem bastante informação, nos preparem muito neste aspecto da comunicação, também já requer de nós nesta participação”. O estudante (D) não tem dúvidas ao afirmar “Não, de todo. Acho que nós temos alguma formação na área da psicologia, mas é muito pouco, temos muito pouco na área da comunicação”. (F) defende “Suficiente, não é (riso), acho que precisávamos se calhar mais parte prática, mas acho que já é um bom começo, já são umas boas linhas de orientação para nós conseguirmos também construir o nosso próprio desenvolvimento” e finalmente (I) indica “Nunca é suficiente”.

Apesar da divergência de opiniões, quase a totalidade dos alunos concordam que *A comunicação pode ser treinada/apreendida* (A, B, D, F, G, H, I). (A) afirma “Esse potencial pode ser treinado. É como ter uma capacidade de comunicar inata, e outra que é apreendida através da experiência, repetição”. (B) considera “no entanto um comunicador mediano pode chegar a um bom comunicador, se for treinado, como um atleta... como por exemplo jogar cartas”. (D) concorda que estas competências “podem ser aperfeiçoadas ao longo do curso e da própria carreira... aprender novas técnicas que é necessário”. (F) refere “acho que também já temos de ter o jeito, mas também quem não o tem, mas realmente quer fazer isso pode muito bem adquiri-las, tem de treinar”. (G) dá a sua opinião pessoal “Podem sem dúvida...ser apreendidas, falo por exemplo no meu caso, inicialmente e nos primeiros estágios... vou agora para o terceiro, noto uma progressão. No início chega-se com menos... à vontade com as pessoas, depois parte de um esforço, se calhar...não é bem esforço mas uma adaptação às comp...é um desenvolvimento de competências”.(H) indica “Acho que não é inato, que as pessoas

---

<sup>3</sup> É importante referir que a estudante (A), é do 1º ano, por isso a questão acima referida não lhe foi colocada, tal como foi explicado anteriormente, no entanto numa outra questão acabou por referir que considerava a preparação insuficiente

vão adquirindo e parte da pessoa também, parte da pessoa conseguir chegar lá”. Finalmente (I) conclui “ Tudo se aprende, não é, mas como se diz”.

Somente dois alunos (C, E) consideram que para se ser um bom comunicador, apenas é preciso ter vocação para tal, a aprendizagem não vai alterar as competências comunicacionais. Assim sendo *A vocação é o mais importante* pode ser explicada por (C) ao considerar “Nós só podemos aprender algo se já tivermos alguma coisa na comunicação, basicamente se tivermos vocação vamos ter muita facilidade em aprender”. No seguimento desta afirmação, foi novamente questionado ao aluno se para ele as competências comunicacionais decorriam essencialmente de aspectos vocacionais, e o mesmo respondeu “Sim”. O estudante (E) refere “Acho que há uma predisposição para, a partir daí acho que se vão desenvolvendo. No meu caso, acho que se calhar na vida real, posso estar enganada, mas acho que na vida real vou ter esse à vontade para falar com as pessoas... acho que tenho essa tal pré-disposição, eu sou muito afectiva, gosto muito de falar com as pessoas.” É importante referir que estes alunos apesar de considerarem que as competências comunicacionais decorrem essencialmente de aspectos vocacionais, não afastam a hipótese de o treino, a prática, a aprendizagem das mesmas contribuírem para um aperfeiçoamento. Por esse motivo estes dois alunos não foram incluídos no indicador anterior.

Para finalizar esta subcategoria, fazemo-lo com um discurso do aluno (G) ao refutar que *Não é inato*, “uma pessoa que tem mais dificuldade no início, não quer dizer que passado uns tempos até não seja bom nessa área. Acho que não é inato, que as pessoas vão adquirindo e parte da pessoa também, parte da pessoa conseguir chegar lá”!

### **6.6.3. Currículo (formação teórica)**

Nesta subcategoria analisamos o que o curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA oferece, no que concerne à formação teórica direccionada para a comunicação. Tem como indicadores *O que se transmite na escola* (E), *Existe preparação sob o ponto de vista teórico* (E), *Todas as cadeiras focam a vertente comunicacional* (G), *Role-playing* (F), *Teoria dá estrutura para gerir o nosso comportamento* (G), *Estratégias: filmagens e conversas entre colegas* (E), *Importância da disciplina Psicologia*

*Relacional* (F, G, H, I) e *Gostava de frequentar a disciplina* (H, I) e *Aulas práticas incentivam alunos com mais dificuldade a comunicar* (E, H)

*O que se transmite na escola* (E), exemplifica alguns dos temas que estão relacionados com esta temática, “focam muitas vezes os lado relacional, a linguagem, o meter-me no caso do outro é muito importante, e aqui fazem muito” (E).

De acordo com (E) *Existe preparação sob o ponto de vista teórico*, “os professores tentam muito puxar esse lado por nós, mas eles não têm outra forma de tentar nas aulas puxar por esse lado, eu acho que aquilo que eles podem, os professores já fazem muito por isso”. (G) também considera que *Todas as cadeiras focam a vertente comunicacional*, ao referir “temos tido várias cadeiras que vão da área da comunicação, e mesmo... acho que sim, em todas as cadeiras, seja ela de que componente for, nos chamam à atenção sempre para a vertente comunicacional”.

Uma das estratégias utilizadas para o treino destas competências durante as aulas, é o *Role-playing* (F), que segundo este aluno” as situações que temos aqui na universidade a fazer role-playing, é impossível interpretar bem a comunicação não verbal num role-playing... Dessa forma não, só realmente a prática é que nos pode educar para tal”.

Em relação ao indicador *Teoria dá estrutura para gerir o nosso comportamento* (G), o mesmo aluno explica “acho que a teoria acaba por ser importante para nos dar alguma estrutura para gerir o nosso comportamento, acho que acaba por ajudar”.

O aluno (E), salientou *Estratégias: filmagens e conversas entre colegas*, como uma metodologia francamente positiva no treino destas competências: “põem-nos a conversar uns com os outros, a filmarem-nos para nós vermos qual o nosso à vontade e a forma, e depois põem na televisão para toda a gente ver. Fizemos uma aula, há duas semanitas em que era simulação (nós estamos a dar sobre materno-infantil), de uma consulta de saúde materna, eram dois voluntários, um casal e a enfermeira, e depois eram dois observadores que estavam do lado de fora que tinham uma grelha para preencher com determinados critérios e éramos nós, a plateia, que também estávamos a tentar perceber aquilo que, embora sem critérios nenhuns, aquilo que corria bem ou corria mal, a gravação acabou e colocaram na televisão para toda a gente ver, até a

própria enfermeira que estava a simular, e eu acho que isso é extremamente positivo... mas que gostámos muito e achámos que se vai repetir, porque foi do nosso agrado”.

Uma disciplina que foi do agrado de grande parte dos alunos é a *Psicologia Relacional*. Como foi analisada na fundamentação teórica, esta disciplina é ministrada no terceiro ano, logo só os estudantes do 3º e 4º ano é que realçaram a sua importância. De acordo com (F), “ nós temos mesmo uma cadeira de Psicologia Relacional que nos ensina isso, e acho que tem bastante efeito, porque há coisas que nós não sabemos que na prática influenciam tanto a comunicação”. (G) explica o que aprende com a disciplina, “Temos este ano uma cadeira que é psicologia relacional que realmente nos ajuda bastante a gerir situações de relações interpessoais, a gerir o stress, a gerir conflitos, e tudo isso é importante nós aprendermos, para depois chegarmos à prática”. (H) também reforça a importância desta disciplina, “tive uma disciplina o ano passado que era Psicologia Relacional, e nós treinávamos comunicação, nós não falávamos sobre comunicação, sobre o comunicar... o mais importante da aula era nós exemplificarmos, treinar, fazer grupos e comunicar uns com os outros, pronto comunicar más notícias, apresentarmo-nos a alguém no primeiro contacto...esse tipo de actividades, dinâmica de grupo... trabalhar em grupo, que, acho que, foi uma disciplina que teve muita importância, porque realmente demonstra-se ali que comunicar não é só mas o professor também era uma pessoa que deixava toda a gente à vontade”. (I) apesar de considerar a disciplina importante, não deixa de referir o seu cariz teórico, por se desenrolar na escola, “Psicologia Relacional... acho que aí era muito prático, e nós realmente falávamos muito, falamos sobre comunicação e maneiras de estar... e acho que aí deu-nos um suporte, ou uma ajuda para, esta prática, acho que...aí aprendemos e há maneiras de comunicar, mesmo por exemplo transmissão de más notícias, que é sempre uma... uma altura que nós não sabemos, se calhar lidar tão bem, fui aprendendo nas aulas, mas de qualquer forma é sempre um pouco teórica”.

Dois dos alunos anteriormente citados (H, I) *Gostavam de frequentar a disciplina*. (H) foi o aluno que mais explícito se tornou ao demonstrar o valor que atribuiu à disciplina, “e eu gostava de frequentar a disciplina só que aquela componente prática era muito rica, eu nunca faltei a essa aula, e às teóricas já faltava com abundância, e essa aula começava muito cedo, logo razão para eu não ir, se quizesse dormir, mas não a essa aula eu gostava de ir, gostava de participar, porque via que

aquilo era instrutivo”. (I) afirma “mas, é bom, eu gostei bastante da cadeira e acho que nos deu um bom suporte”.

*Aulas práticas incentivam alunos com mais dificuldade a comunicar* (E, H) é explicado por estes alunos da seguinte forma: “As aulas práticas, tentam incentivar, pedem às pessoas que têm mais dificuldades para se tentarem abrir quando estão a fazer determinadas consultas de Enfermagem, as pessoas umas com as outras” (E) e (H) ainda dentro do contexto das aulas práticas da Psicologia Relacional, afirma pessoas que são de poucos diálogos, nessa aula viam-se forçados, entre aspas, a participar, porque quem participava era valorizado... Numa aula dessas em que se fomenta a comunicação, se calhar ajuda a pessoa a abrir-se e a comunicar mais facilmente”.

#### **6.6.4. Currículo (formação prática)**

Na subcategoria anterior analisou-se a formação teórica que o currículo oferece. Na presente subcategoria, preconiza-se verificar a formação prática que o currículo oferece, assim como a importância que os alunos atribuem ao contexto prático (hospitalar, unidades de saúde) para o treino e desenvolvimento de competências. Tem como indicadores: *Aprendizagem de novas técnicas* (A, D), *Importância dos ensinamentos clínicos* (E, F, I) e *Na prática não se pode comunicar sem limites* (H).

No que respeita à *Aprendizagem de novas técnicas* (A, D), estes alunos reconhecem a necessidade de domínio de algumas técnicas que os ajudem a enfrentar os muitos desafios que a C.I. oferece. Segundo (A) ” é preciso ter conhecimentos sobre comunicação, conhecer estratégias que facilitem a comunicação” e (D) “aprender novas técnicas é necessário”.

Para muitos alunos, os ensinamentos clínicos são determinantes no desenvolvimento desta competência, e através do indicador *Importância dos ensinamentos clínicos* (E, F, I) iremos perceber porquê. De acordo com (E) “Se calhar sim, ao chegar ao activo e ver aquelas pessoas que precisam de nós, provavelmente vamos criar esse lado, esse dom...A essência só mesmo nos estágios, acho que é a partir daí que vamos realmente constatar o que é, o que é preciso ter”. (F) também concorda com a aquisição de competências na prática, “só na prática com quantas mais pessoas nós treinarmos é que

vai ser realmente mais fácil conseguirmos, se calhar, saber de que forma devemos comunicar para chegar aquela pessoa... só realmente a prática é que nos pode educar para a interpretação da linguagem não verbal”. (I) segue a mesma linha de pensamento “eu acho que é nos estágios que nós aprendemos bastante”.

Finalmente *Na prática não se pode comunicar sem limites* (H) reflecte a importância dos estágios nesta aprendizagem, por constituírem momentos reais, nos quais o mesmo aluno explica, “nós em aula podemos comunicar o que quisermos, até se podem dizer asneiras, que depois pronto dá para emendar, mas na prática profissional, não se pode comunicar assim sem, sem alguns limites”.

#### **6.6.5. Dificuldades dos alunos**

Finalmente para concluir esta categoria, surge a necessidade de averiguar quais as *Dificuldades dos alunos* sentidas em todo este processo. Os indicadores respectivos são, *Alunos ficam envergonhados com a presença de professores* (E, I), *Não gosto de participar* (E), *Receio de não saber lidar com o inesperado* (F, I), *Há um suporte avaliativo que nos inibe* (I), *Não consigo falar para um boneco* (E).

No indicador *Alunos ficam envergonhados com a presença de professores* (E, I), percebe-se que pelo menos este estudante (E) se sente constrangido nas aulas que incentivam os alunos a comunicar, “uma coisa é sermos nós com os colegas que já conhecemos, embora um pouco envergonhados porque estão os professores a ver”. (I) também concorda “lá dentro nós acabamos sempre por nos inibirmos um pouco, e mesmo com o tempo acabamos por ter sempre aquele pouco à vontade”. O estudante (E) vai ainda mais longe e refere *Não gosto de participar*, como comprova a unidade de registo correspondente, “Eu não gosto de participar nessas coisas porque é de mim, mas eu sei quando as pessoas fazem mal, não é mal ou menos bem porque se sentem pouco à vontade, porque se fosse eu também sentia”.

Relacionada com esta situação encontra-se o indicador *Não consigo falar para um boneco* (E). Segundo esta estudante, “Aqui na escola eu não consigo falar com o manequim, vendo tantas pessoas a olhar... tenho muito esse lado, eu aqui não consigo

desenvolver. Aqui transmitem-nos muito conhecimento... mas eu não consigo falar com um boneco”

*Há um suporte avaliativo que nos inibe (I)*, segue também esta linha de pensamento, no entanto refere-se também ao contexto de ensino clínico, “depende do doente, depende do caso, da equipa, e nós como alunos estagiários, claro que sentimos sempre dificuldade seja com a família, seja com o doente, seja com Enfermeiros...porque não estamos muito à vontade, estamos a aprender, há aquele suporte avaliativo que também nos inibe um bocado e não estamos bem inseridos na equipa, não é, por isso é que há uma integração, se calhar quando estamos mais integrados acaba o estágio”.

*Receio de não saber lidar com o inesperado (F, I)* demonstra algum anseio, face à incerteza de em algumas situações inesperadas os alunos não saberem qual o discurso, palavras mais correctas a escolher. (F) afirma, “mas depois quando estamos a falar com uma pessoa à frente, ela pode ter uma reacção diferente daquela que estamos à espera, pode dizer algo que não estávamos à espera, e depois podemos não saber como lidar com isso e nada feito, não há comunicação”. (I) confirma “Numa situação nova ou num caso novo, ou uma pessoa nova pela frente, por vezes não tem... não sabe bem como agir”.

## **6.7. Formação desejada/preendida pelos alunos**

Para culminar esta análise, terminamos com esta categoria, que lança as sugestões dos alunos para melhorar a formação nesta área. Encontra-se dividida em *Na escola*, *Nos estágios* e *Outras Instituições*.

### **6.7.1. Na escola**

Os indicadores *Disciplina direccionada para a C.I. (C, D)*, *Consulta com orientação do professor (F)*, *Mais disciplinas idênticas à Psicologia Relacional (G)*, *Necessidade de ter mais casos reais (H)*, *Sessões de educação para a saúde aos colegas (F)*, *Substituir outras cadeiras pela Psicologia Relacional (H)*, *Maior número de horas*

*dedicadas a esta disciplina (H) e Convidar pessoas à escola (I)*, compõem esta subcategoria e exemplificam a opinião dos alunos.

*Disciplina direccionada para a C.I. (C, D)* é uma sugestão identificada por estes dois alunos. (C) sugere “Talvez uma disciplina direccionada mesmo para a comunicação entre pessoas. Temos várias disciplinas que englobam os temas sociais e deontológicos, mas nenhuma se direcciona especificamente na comunicação. Andam sempre à volta, mas não é o específico que nós precisamos para aprender e sermos bons enfermeiros comunicativos”. (D) concorda com o colega “Na área da comunicação acho que deveríamos ter uma disciplina vocacionada mesmo para a comunicação ao utente. Nós temos dado um bocadinho disso nos fundamentos de enfermagem, na enfermagem comunitária, na psicossociologia, também falámos um bocado, mas é sempre de uma forma muito abrangente e nada muito vocacionada. Sim, acho que temos falta de uma disciplina muito específica só para a comunicação, comunicar com o utente, perceber o utente, acho que é muito importante”.

A criação de consultas foi apontada por (F) e está presente no indicador *Consulta com orientação do professor*: “se calhar criar a consulta aberta para deixar as pessoas virem e perguntar sobre o tema que fosse”. Essa consulta seria ministrada pelos próprios estudantes de Enfermagem, (F) acrescenta, “ com a orientação de um professor, se calhar, mas nós próprios a praticarmos isso, quanto mais não fosse para o auto-descoberta de um tema é muito mais eficaz do que alguém a dizer, se formos nós próprios a pesquisar como é que havemos de falar nesse tema, mas tendo o professor sempre ao nosso lado, a dizer: olha se calhar esse caminho não vale a pena sequer entrares porque não vai funcionar!”. É de lembrar que estas consultas decorreriam na escola.

Uma outra estratégia apontada é a de realização de *Sessões de educação para a saúde aos colegas (F)*: “fazer esse género de actividades, mesmo aos nossos colegas da universidade. De certeza que eles têm muitas dúvidas acerca de certos temas, se calhar até podíamos fazer sessões de educação para a saúde para eles”.

*Mais disciplinas idênticas à Psicologia Relacional (G)* é outro aspecto sugerido por este estudante, que acrescenta “Talvez um reforço então de disciplinas idênticas à Psicologia, não só termos este ano, mas termos logo por exemplo no primeiro ano. Acho

que é muito mais importante, logo uma integração do curso, logo no primeiro ano termos uma disciplina direccionada para a vertente comunicacional, se bem que é um dos pilares, como eu já lhe disse, da prática profissional... acho que o primeiro ano é daqueles anos fulcrais na aprendizagem da comunicação”.

Ainda relacionado com esta disciplina o estudante (H) considera que é necessário um *Maior número de horas dedicadas a esta disciplina*, porque “podíamos ter um maior número de horas dedicadas a este tipo de treino, porque essa aula tinha duas componentes, a prática e a teórica, a prática era uma aula por semana, acho que era uma aula, mas tinha duas horas que dedicávamos aquilo, só que aquela componente prática era muito rica... o número de horas disponibilizadas para aquele tipo de aula, se calhar eu considero, que neste curso deveria ser mais abundante”. Para finalizar, o mesmo aluno refere que no curso de Licenciatura seria melhor *Substituir outras cadeiras pela Psicologia Relacional*, como explica “temos muitas cadeiras, algumas que se calhar não têm tanta aplicação prática, se calhar numa cadeira dessas substituir noutro ano, por uma cadeira deste tipo, se calhar seria uma opção, a meu ver, mais instrutiva”.

*Necessidade de ter mais casos reais* (H), foi outra alternativa enumerada, “até porque é necessário, nós termos casos reais, não é, momentos em que a comunicação não é aceite de modo avaliativo”.

*Convidar pessoas à escola* (I) é outra das sugestões fornecidas por este aluno, que explica, “se calhar incluindo mais casos hospitalares numa cadeira e sabendo...ou então convidar pessoas à escola, seria uma boa ideia, tendo essas pessoas a permissão, para lá se deslocarem... por exemplo, um doente à escola, e nós tentarmos conversar com o doente, mas sei que era difícil um doente deslocar-se para ir à escola ... se calhar um caso resolvido... ajudaria, saberíamos mais ou menos, como é que a pessoa gostava que nós lhe transmitíssemos as ideias, ou o que nós devíamos transmitir...era bom para nós praticarmos, se calhar, em vez de ser com colegas, e não termos casos tão reais, ou sabermos se calhar transmitir casos reais, num doente, ou utente, acho que seria mais proveitoso”.

### 6.7.2. Nos estágios

Na seguinte subcategoria à semelhança da anterior, toma-se conhecimento das ideias dos alunos para benefício da formação em Enfermagem, mas neste caso no contexto dos estágios. Os indicadores que a compõem são: *Investir mais na parte prática* (F), *Alguém a supervisionar a comunicação nos estágios* (F) e *Treinar nos ensinamentos* (F).

*Alguém a supervisionar a comunicação nos estágios* (F), é uma alternativa lançada por este aluno, como podemos verificar no seu discurso, “é aquele treinar de...por exemplo chegar cá e ter um professor a explicar isso, não, acho que é ir para a prática com alguém e, depois por exemplo, de estarmos a falar com o utente, e no final ter alguém a dizer-nos olha falhas-te nisto assim, assim ou fizeste bem isto assim, e não dizer tens de fazer isto. Acho que mais uma vez é transmitir informação, e não comunicar connosco e fica difícil aprendermos. No indicador *Investir mais na parte prática* (F) esta ideia torna-se mais esclarecedora “Mas se calhar investir mais na parte prática, na parte de treinar a comunicação, como já disse, com o utente e ter alguém ao nosso lado, se calhar a orientar-nos mais”.

*Treinar nos ensinamentos* (F) foi apontado como uma das metodologias importantes para o treino e desenvolvimento desta competência, o estudante (F) explica, “desde ensinamentos, principalmente na parte dos ensinamentos, e acho que uma boa maneira de treinar seria aí, porque acho que cada indivíduo é totalmente único”.

### 6.7.3. Outras instituições

Esta pequena subcategoria e última, apenas fornece alguma informação adicional sobre possíveis iniciativas da ESSUA, mas a decorrerem num contexto fora da mesma ou do local dos estágios. O seu indicador compreende *Consultas de Enfermagem em lar de idosos, escolas* (F) e esta presente na seguinte unidade de registo “a universidade podia fazer muitas coisas para melhorar isso, há... há lar de idosos, há escolas, de certeza que há muitas pessoas que precisam de consultas de Enfermagem em vários aspectos”.

## **7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesta fase do trabalho, pretende-se sistematizar a informação decorrente da análise de conteúdo, que nos permitirá obter as principais conclusões. Através das sete categorias e respectivas subcategorias, analisaremos os indicadores mais referenciados pelos alunos, contrapondo com a revisão bibliográfica realizada na fundamentação teórica.

### **7.1. Competências do Enfermeiro: Técnicas/científicas, Relacionais e Pessoais.**

#### **7.1.1. Técnicas/Científicas**

- Conhecimentos técnicos/científicos: 4 estudantes;
- Prestação de cuidados diferenciados: 2 estudantes;
- Prestar cuidados de qualidade: 2 estudantes;
- Aprendizagem ao longo da vida/reciclagens: 1 estudante.

Através destes indicadores, é possível constatar que os alunos atribuem maior importância à detenção de conhecimentos técnicos/científicos na profissão de Enfermagem, no que concerne às competências Técnicas/científicas.

#### **7.1.2. Relacionais**

- Visão holística do cuidar: 4 estudantes;
- Valorização da componente humana/relacional: 2 estudantes;
- Atender à pessoa não à doença: 2 estudantes;
- Enfermeiro da alma/ Promoção da autonomia/ Compreensão da pessoa/Saber lidar com a pessoa/ Procurar perceber o contexto do doente /Boa relação com o utente: 1 estudante cada.

Através destes indicadores verifica-se que os estudantes atribuem importância à vertente relacional, e à visão abrangente do cuidar, a visão holística, na qual se preconiza atender à pessoa e não à doença. Estes resultados vão de encontro com o preconizado pela OMS (1993) para a definição de saúde: a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Esta visão abrangente do ser humano vai igualmente de encontro com Rondal (1985) ao referir que a concepção moderna de saúde define-se em termos de equilíbrio e movimento. A saúde é o estado de harmonia resultante do equilíbrio das tendências fundamentais do ser humano. Esta concepção global de saúde designa a globalidade do ser humano, considerando a sua capacidade de fazer face às situações existenciais e a sua disposição para efectuar aprendizagens significativas para actualizar o seu potencial.

Os restantes indicadores estão directamente relacionados com esta visão abrangente da pessoa e do cuidar, porque *compreender a pessoa, saber lidar com ela, promover a autonomia, estabelecer uma boa relação, perceber o contexto do utente e enfermeiro da alma*, preconizam que o enfermeiro tenha em atenção as várias dimensões da pessoa, para conseguir optimizar o seu potencial.

### **7.1.3. Pessoais**

- É preciso querer, gostar: 1 aluno;
- Não ser pessimista: 1 estudante;
- Entende o que é ser enfermeiro: 1 estudante;
- Tem de se ter confiança: 1 estudante.

Estes indicadores apenas levantados por 1 estudante, referem-se às características pessoais e inerentes a cada enfermeiro, que facilitam o seu desempenho profissional, para fazer face à exigência, complexidade e dedicação implícitas a esta profissão. São indicadores importantes, no sentido de se poder constatar que os estudantes têm a percepção de que a Enfermagem não é uma profissão fácil.

De acordo com o Departamento dos Recursos Humanos da Saúde (1989) o curso de Enfermagem destina-se à preparação de enfermeiros fornecendo uma formação científica, técnica e relacional adequada, para a prestação de cuidados de enfermagem geral nos três níveis de prevenção, que se direccionam para o indivíduo, família e comunidade e a necessária capacidade para participar na gestão dos cuidados de enfermagem, no ensino e em estudos de investigação em enfermagem.

Os estudantes de enfermagem implicados neste estudo têm presente todas estas vertentes, pois foram os próprios que as levantaram, quando questionados sobre o que consideravam ser um bom Enfermeiro.

A subcategoria que mais indicadores apresentou, refere-se às características relacionais, o que traduz que os alunos atribuem maior importância à vertente relacional na Enfermagem.

## **7.2. Comunicar em Enfermagem**

### **7.2.1. Palavras que não causam danos**

- Comunicação clara e simples, concreta e objectiva: 2 alunos;
- Comunicação tem de ter conteúdo/ Linguagem comum/ Discurso curto/ Falar no momento crítico/ Saber que palavras/discurso utilizar: 1 aluno cada.

Estes indicadores traduzem a opinião dos alunos, no que respeita a uma comunicação que deverá ser facilmente interpretada pelo doente. Estas ideias de clareza, objectividade, simplicidade no discurso vão de encontro com Silva (2006), que indica que um dos primeiros aspectos a considerar na comunicação verbal, quando não existem alterações da fala, é a clareza em relação ao que se deseja informar. Numa interacção verbal, basicamente tenta-se expressar (transmitir), clarificar um facto (entender um raciocínio, uma ideia, postura, gesto, um comportamento) ou validar a compreensão de algo (verificar se a compreensão está correcta e se houve entendimento. Posto isto é possível o uso de algumas técnicas de comunicação verbal para auxiliar a expressão, clarificação e validação da mensagem.

### 7.2.2. Comunicar com o doente

- Escuta activa: 3 alunos;
- Saber comunicar é saber adaptarmo-nos ao outro: 3 alunos;
- Entender o que o doente nos quer transmitir: 3 alunos;
- Explicar/esclarecer/transformar: 3 alunos;
- Atender ao lado emocional/ Diálogo que marque a pessoa/ Ajudar a estabelecer uma ligação, diálogo/Comunicar não é fácil/ Apresentação do Enfermeiro/O utente percebe o que o Enfermeiro pretende: 1 estudante cada.

Explicar/esclarecer/transformar, Entender o que o doente nos quer transmitir e O utente percebe o que o Enfermeiro pretende, são indicadores que vão de encontro com o que fora analisado em *Palavras que não causam danos*, indo de encontro com a perspectiva de Silva (2006) quanto à *expressão, clarificação e validação* da mensagem. É importante verificar que os estudantes têm presente a noção de que uma comunicação eficaz, é bidireccional, não interessa apenas que o doente perceba o que lhe queremos transmitir, importa também que o Enfermeiro entenda o que o doente está a transmitir e de acordo com a mesma autora entre os aspectos envolvidos no processo de comunicação interpessoal, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido.

A escuta activa constitui sem dúvida um aspecto importantíssimo na comunicação interpessoal, e que alguns alunos invocaram. Os seguintes autores explicam alguns dos seus efeitos. Segundo Rogers (1977) a comunicação real efectua-se, e a tendência para a apreciação é evitada, quando se ouve com compreensão. Phaneuf (2002) acrescenta que uma boa escuta preconiza que a pessoa esteja atenta ao outro.

Três alunos focaram um factor muito importante, que se relaciona com a adaptação ao outro. Segundo estes alunos “Saber comunicar é sabermo-nos adaptar ao outro”. Não existe comunicação totalmente objectiva. Ela ocorre entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte, com o seu subjectivismo, as suas experiências, a sua cultura, valores, interesses e expectativas. A percepção pessoal funciona como uma

espécie de filtro que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme a nossa percepção (Silva, 2006). As variáveis intrapessoais tornam cada comunicação interpessoal única, dado que cada pessoa interpreta a mensagem de forma diferente devido às suas percepções, aos seus valores, à sua origem cultural, aos seus conhecimentos e ao ambiente da interacção (Potter, 1999).

Apesar de apenas um aluno ter referido que a apresentação do Enfermeiro é importante, na pesquisa bibliográfica, pode-se constatar que outro aspecto importante é o início da comunicação, por isso é que é tão importante o acolhimento da pessoa à chegada a um serviço. O primeiro contacto entre enfermeiro-paciente, são determinantes para a relação interpessoal (Phaneuf, 2002).

Apenas um aluno afirmou que *Comunicar não é fácil*, o que consegue resumir a complexidade desta interacção, que é possível constatar ao longo deste trabalho, tanto na fundamentação teórica como na análise.

### **7.2.3. Comunicar com a equipa**

- Falar com os colegas/equipa: 1 aluno;
- Comunicação intra-hospitalar: 2 alunos.

Três estudantes quando questionados sobre o que entendiam por uma boa comunicação interpessoal em Enfermagem, abrangeram esta interacção aos colegas de equipa, assim como à equipa multidisciplinar e à família do doente.

### **7.2.4. Comunicar com personalidade**

- Deixar os problemas cá fora: 1 aluno;
- À vontade para poder conversar com os doentes na prestação de cuidados: 1 aluno;
- Estar sempre com um sorriso na cara: 1 aluno.

- Tem de ser optimista: 1 aluno.

Estes indicadores revelam características pessoais que os alunos consideram importantes, para se estabelecer uma boa comunicação. Estas características vão de encontro com alguns dos pressupostos que Rogers (1977) preconizou para a relação de ajuda, entre os quais, o de que um parceiro numa relação de ajuda mantém a sua própria identidade separada. É necessário sentir que se é uma pessoa independente, para descobrir que é possível dedicar completamente à compreensão e à aceitação do outro, sem que para isso não se perca a própria identidade. Este pressuposto corrobora com *Deixar os problemas cá fora*. Outro pressuposto que está relacionado com os outros dois indicadores é o de ser capaz de ter atitudes positivas para com o outro (atitudes de calor, respeito, atenção, afeição, interesse).

Ao ter estas atitudes é implícito que o enfermeiro se sinta “à vontade”, pois facilitam um clima de maior abertura entre os intervenientes, e para criar essa abertura, eliminando algumas barreiras, nada melhor que um sorriso! Segundo Phaneuf (2002) só o sorriso pode indicar que somos calorosos e abertos aos outros.

Nesta categoria, a subcategoria com mais indicadores é a de comunicar com o doente, o que reflecte que a comunicação interpessoal na Enfermagem é entendida como uma dinâmica que ocorre essencialmente entre enfermeiro-doente, na qual existe uma complexidade de aspectos, revelando que os alunos a consideram como um processo abrangente e exigente.

### **7.3. Importância/consequência da comunicação interpessoal.**

#### **7.3.1. O que o doente valoriza**

- Enfermeiro simpático, compreensivo: 2 alunos;
- Abertura do Enfermeiro/Muitos doentes dão valor à comunicação/Valorização do produto final: 1 aluno cada;
- O doente aceita melhor o tratamento: 3 alunos.

O facto de o enfermeiro ser simpático e compreensivo está presente noutro dos pressupostos de Rogers (1977) para a relação de ajuda. Esse mesmo pressuposto diz respeito ao facto do profissional ser capaz de ter atitudes positivas para com o outro (atitudes de calor, respeito, atenção, afeição, interesse). Este mesmo pressuposto também implica a abertura do enfermeiro, na qual o sorriso desempenha um papel preponderante como já foi analisado.

*O doente aceita melhor o tratamento*, associa a comunicação a um efeito terapêutico, o que leva muitas vezes o doente a aceitar melhor a sua condição, a confiar nos profissionais de saúde, a ser mais confiante e aceitar o tratamento. De acordo com Phaneuf (2002), a comunicação constitui a principal ferramenta que o enfermeiro possui, dado que permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa, motivando os seus esforços para se preservar da doença, iniciar ou conformar-se com o tratamento. Por estas razões é que tantos doentes dão valor à comunicação, menosprezando outros aspectos da competência dos profissionais, como por exemplo os conhecimentos técnico-científicos, porque no final, quando a pessoa abandona a unidade hospitalar, valoriza o enfermeiro simpático, compreensivo, que foi o seu prestador de cuidados.

### **7.3.2. O que o estudante valoriza**

- Competências comunicacionais a par dos conhecimentos técnicos: 3 alunos;
- Ocupam o primeiro lugar: 2 estudantes;
- Antes de cuidar tem de se comunicar/Competências comunicacionais são das mais importantes/Estar apto para a comunicação é estar apto para outras áreas/Pessoa pouco comunicativa/antipática é penalizada por isso: 1 aluno cada.

Estes indicadores revelam a importância que os estudantes atribuem à comunicação interpessoal. Três alunos colocam-na no mesmo nível de importância dos conhecimentos, dois consideram-na a mais importante, e outro aluno como das mais importantes. Os restantes indicadores também demonstram a importância que a comunicação assume na dinâmica do profissional de saúde.

A comunicação interpessoal constitui a mais total, expressiva e significativa das acções humanas, na medida em que se faz transportar, de forma evidente, da globalidade das significações individuais, das mais instrumentais às mais identitárias (Ramos, 2001). Esta informação vai de acordo com o *Estar apto para a comunicação é estar apto para outras áreas*, na medida em que ao manifestar a importância da comunicação, também revela que é a base de tudo. Ao corroborar com esta situação também se encontra o seguinte exemplo, que nos remete directamente para Enfermagem. De acordo com Silva (2006) uma das tarefas do profissional de saúde é descodificar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para a partir daí estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades.

Perante estes exemplos, é notório poder inferir que uma *Pessoa pouco comunicativa/antipática*, sentirá no seu percurso muitas dificuldades para se conseguir integrar nesta profissão.

#### **7.3.4. O que a relação terapêutica valoriza**

- A Enfermagem requer muito contacto humano: 2 estudantes;
- Parte relacional é um bom impulsionador para a cura e bem-estar: 2 estudantes;
- A comunicação interpessoal é muito importante na Enfermagem/A comunicação é o mais importante na Enfermagem (G): 1 estudante cada.

No primeiro indicador, os estudantes reconhecem o cariz relacional da profissão, logo a importância da comunicação interpessoal. Os restantes indicadores estão relacionados com os fins terapêuticos da comunicação que já foram analisados anteriormente.

Pode-se constatar que a primeira e segunda subcategorias, são as que foram mais destacadas pelos estudantes, principalmente a segunda, demonstrando que os estudantes atribuem à comunicação um papel preponderante nesta profissão.

## **7.4. A dança das palavras.**

### **7.4.1. Demonstrar interesse**

- Perguntar se está bem: 3 estudantes;
- Perguntar se tem dor: 3 estudantes;
- Perguntar se dormiu bem: 2 estudantes;
- Proporcionar desabafos: 2 estudantes;
- Perguntar se precisa de ajuda/ Perguntar se tem saudades,/Perguntar se se sente bem no hospital/Perguntar se gostou da comida/Perguntar se recebeu visitas/Perguntar se está melhor: 1 estudante cada.

Todos estes indicadores, à excepção de *Proporcionar desabafos* são reveladores de interesse pelo doente, e o mesmo está presente numa das premissas da relação de ajuda, que anteriormente fora analisado.

### **7.4.2. As palavras surtem efeito**

- Esclarecimento/explicação de dúvidas ao doente: 2 estudantes;
- Não somente transmissão de informação/ Repetir o que o doente diz/ Ser assertivo/ Comunicar atendendo ao estado do doente: 1 aluno cada.

O primeiro indicador relaciona-se com uma explicação anteriormente mencionada, referente ao *Explicar/esclarecer/transformar*.

*Repetir o que o doente diz*, é uma das estratégias da expressão. De acordo com Silva (2006) repetir as últimas palavras ditas pela pessoa, é também uma forma de reforçar a expressão. Os restantes indicadores vão de encontro com tudo o que temos vindo a salientar, no que diz respeito ao carácter abrangente, complexo da comunicação interpessoal.

### **7.4.3. Importância da comunicação verbal**

- A comunicação verbal é mais fácil/É bom quando o doente dá o seu feedback:  
1 aluno cada.

O aluno ao referir que a *comunicação verbal é mais fácil*, reporta-se ao facto de ser facilmente interpretável, o conteúdo que é transmitido verbalmente. De acordo com Phaneuf “A comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afectiva, revelada ou oculta pelo comportamento não verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo e pode ser manifesta ou oculta. A razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende as emoções mais furtivas ou veladas” (2002,p.24).

*É bom quando o doente dá o seu feedback*, está de certa forma relacionado com o anterior, na medida que implica o domínio na percepção dos comportamentos não verbais. O aluno quando o referiu encontrava-se num estágio de Medicina Intensiva, com doentes entubados, logo com o compromisso da comunicação verbal, o que tantas vezes torna difícil perceber o que o doente quer transmitir.

Dentro da *Dança das palavras*, a subcategoria mais mencionada foi a primeira, significando que dentro do comportamento verbal da comunicação, os alunos consideram que as atitudes reveladoras de interesse pelo doente são as mais importantes.

## **7.5. O murmúrio do corpo.**

### **7.5.1. Os doentes mentem**

- Perceber gestos, o olhar, os doentes: 2 alunos;
- O doente nem sempre verbaliza aquilo que sente: 2 alunos;
- Fácil enganar a comunicação verbal: 3 alunos;

- Os processos fisiológicos têm sempre uma exteriorização/ Controlar o que o corpo quer fazer é muito complicado: 1 aluno cada.

Nem sempre na comunicação a mensagem verbal é igual à não verbal, afectando por vezes, o significado das expressões verbais. Vários autores consideram que a componente não verbal da comunicação compreende cerca de 55 a 97% da mensagem transmitida. Assim, a comunicação não verbal torna-se uma forma por excelência de estabelecer relações com o outro, pois permite transmitir atitudes e estados emocionais, apoia ou contraria a comunicação verbal, podendo mesmo ser substituto da comunicação verbal quando esta é impossível (Adler & Towne, 2002). Através do exposto, encontram-se subjacentes praticamente todos os indicadores supracitados nomeadamente a contrariedade que existe nestes dois tipos de comunicação, por isso tantas vezes *Os doentes mentem*. Para se tornar possível esta percepção, é preciso *Perceber gestos, o olhar, os doentes*, até porque *Os processos fisiológicos têm sempre uma exteriorização*. Este último indicador surge para explicar que muitas vezes o doente oculta ter dor, mas o seu corpo manifesta o contrário, por isso é preciso estar atento a todos os comportamentos não verbais.

#### **7.5.2. Os doentes sentem**

- O toque terapêutico: 5 alunos;
- Envolvimento/empatia/proximidade: 3 alunos;
- Olhar a pessoa nos olhos: 3 alunos;
- O silêncio: 1 aluno;
- Acenar: 2 alunos.

O toque terapêutico foi de facto o comportamento não verbal, mais salientado pelos estudantes. A razão para tal talvez se encontre na proximidade que o mesmo imprime, constituindo um forte elemento para aproximar as pessoas, eliminando assim muitas barreiras à comunicação. Através dos seguintes autores, este aspecto torna-se mais perceptível.

O sistema tátil é tão antigo como a própria vida. A faculdade de reagir aos estímulos é um dos critérios da base da vida (Hall, 1986). A táctica corresponde ao estudo do toque e de todas as características que o envolvem: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. O contacto físico propriamente dito, não é um acontecimento emocional, mas os seus elementos sensoriais provocam alterações neuronais, glandulares, musculares e mentais, as quais chamamos emoções. Por isso é que muitas vezes o tacto não é sentido como uma sensação, mas sim como uma emoção... O toque terapêutico constitui uma técnica terapêutica, aplicada há muito tempo, cujas bases conceptuais, estão assentes no paradigma holístico, segundo o qual o Homem é constituído num campo energético. Esta técnica tem por base a imposição das mãos (Silva, 2006).

Envolvimento/empatia/proximidade, vai de encontro com o que foi explicado no parágrafo anterior. Para que a comunicação surja e seja eficaz é preciso que estas três componentes ocorram, estando as três interrelacionadas e interdependentes. Apesar de todas serem importantes iremos apenas constatar a relevância que a empatia assume nas relações interpessoais, e que é tão presente e necessária na Enfermagem.

Na relação de ajuda é preciso que exista empatia (o terapeuta tenta compreender os sentimentos do outro); Uma compreensão por empatia corresponde a uma compreensão com uma pessoa, e não sobre uma pessoa, sendo um modo de contacto eficaz que pode originar importantes alterações na personalidade (Rogers, 1977). Para Phaneuf (2002), a empatia é uma das características mais importantes na relação de ajuda, e permite ao enfermeiro conhecer intensamente o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas permite também comunicar com essa pessoa o grau de compreensão que ela atingiu.

Olhar a pessoa nos olhos, foi referido também por alguns alunos, no entanto este tipo de comportamento pode também ser constrangedor. Segundo Silva (2006) normalmente, na cultura ocidental, as pessoas olham umas para as outras durante aproximadamente 50% do tempo de conversação.

*O silêncio* encontra-se directamente relacionado com a escuta, tendo esta última sido analisada anteriormente.

Finalmente *Acenar*. O movimento da cabeça no final de cada afirmação é sinónimo para o interlocutor iniciar a resposta. Constitui uma das formas pelas quais orientamos as conversas, permitindo uma troca imediata de ideias sem ter de se dizer “já acabou? Agora, vou eu falar” (Fast, 2001). Este acenar está mais relacionado com a compreensão, interesse, atenção por aquilo que o doente está a verbalizar, no entanto esta explicação dada por este autor, demonstra que este simples gesto pode ser um forte mediador de uma interacção.

### 7.5.3. A linguagem do corpo

- Olhar para a *cara* das pessoas: 4 estudantes;
- Adequar o *sorriso* à situação: 2 estudantes;
- O que dizem os *olhos*: 6 estudantes.

Começando pelo indicador mais mencionado pelos alunos, o olhar é sem dúvida o veículo mais fiel de transmissão de emoções. Os alunos concordam com esta premissa e a literatura assim o comprova. Em contrapartida o olhar, possui um sinal sobre o qual não temos controlo voluntário, que muitas vezes não é consciente, sendo por isso bastante fidedigno: a contracção ou dilatação da pupila. O olhar também reflecte as nossas emoções: surpresa (abertura maior), alegria (brilho) ou tristeza (abertura menor) (Silva, 2006). De acordo com Ortega e Gasset “É o olhar de olhos que parecem adormecidos, mas que, por detrás da nuvem de doce sonolência, estão bem despertados. Quem possuir o dom de olhar assim, possui um tesouro” (citado por Fast, 2001, p.137). No que concerne ao atendimento pessoal, a chave para uma comunicação eficaz, na qual se está a prestar a devida atenção, reside em utilizarmos todos os nossos sentidos, particularmente o olhar. Comunicamos de uma forma atenta se mantivermos o olhar no outro (Carkhuff, 1977).

O segundo indicador mais mencionado pelos alunos, está de certa forma relacionado com o olhar, mas neste caso é o olhar para a cara das pessoas, a sua expressão facial, que muitas vezes pode ser manipulada, ao contrário do olhar. De acordo com Silva (2006) na cinésica o rosto é tido como o melhor “mentiroso” não-

verbal, uma vez que é a zona do corpo, com a qual as pessoas têm maior consciência, e em que as tentativas de controlo são mais frequentes.

Finalmente o sorriso como foi explicado anteriormente, é sinónimo de abertura aos outros, no entanto alguns alunos consideram que o sorriso nem sempre é o comportamento mais adequado à situação do doente, podendo por vezes ser mal interpretado por este.

#### **7.5.4. Os ritmos do corpo**

- Postura corporal, mencionado por 3 alunos;
- A dança das mãos, indicado por 2 alunos;
- Como se senta/Sons ou gestos de dor/Tempos de reacção: 1 aluno cada.

A postura corporal também é indicativa de estados de espírito e características da personalidade. No que respeita à postura corporal, é importante referir, que a posição do corpo em relação a alguma coisa ou alguém, indica essencialmente duas situações: acolhido e aproximação ou desafio e rejeição. A primeira acontece quando nos voltamos para alguém com o corpo, com os ombros e nos “descruzamos”, ficando com o corpo aberto para o outro (braço, pernas, mãos). O desafio e rejeição constituem exactamente a postura contrária (Silva, 2006). Os estudantes consideram que o estar atento à postura do doente, é importante para perceber o grau de ajuda que o mesmo necessita, moldando assim a atitude do enfermeiro para melhor compreender o doente. De acordo com Davis (1979) a postura é um dos indícios não-verbais mais fáceis de detectar, cuja sua observação pode ser muito interessante. Todas as pessoas têm uma maneira característica de conservarem o corpo quando andam, se sentam ou ficam de pé. Estes aspectos são tão pessoais como uma assinatura, e muitas vezes indiciam pistas sobre a própria personalidade da pessoa, sendo também uma expressão de atitude (Davis, 1979).

Outro aspecto que os alunos focaram, são os gestos operados com as mãos, que segundo os alunos transmitem igualmente informações sobre como o doente se sente. De acordo com Fast (2001), os gestos da mão, que todos nós fazemos ao conversar,

ligam-se ao elevar da voz e ao sentido das palavras. A maioria das pessoas identifica a gesticulação como alheia, ignorando-a, não lhe atribuindo qualquer sentido. Mas na verdade esses gestos comunicam, e por vezes ajudam a esclarecer, quando a mensagem verbal não é muito clara. Noutras situações, são reveladores de emoções, embora que involuntariamente (Davis, 1979). Tal como o primeiro autor refere, muitas pessoas não dão atenção ao movimento das mãos, por isso é um resultado interessante, dois dos alunos terem mencionado este aspecto.

Os restantes indicadores segundo a perspectiva dos alunos, também são reveladores de informações importantes sobre o doente. Aliás a forma como se senta também faz parte da postura corporal, como anteriormente vinha descrito. Os gestos de dor são manifestados de uma forma abrangente, tanto pela expressão facial, postura corporal, até mesmo pela posição das mãos.

#### **7.5.5. Promoção do bem-estar do doente**

- Auxílio de novas tecnologias / Não invadir a privacidade / Transmitir à pessoa que temos cuidado naquilo que fazemos / Ajudar o doente a sorrir / Apoio psicológico: 1 aluno cada.

O auxílio das novas tecnologias, também está preconizado nas competências do Enfermeiro de cuidados gerais pela Ordem dos Enfermeiros (2003). Assim de acordo com esse documento, preconiza-se que o Enfermeiro:

- Utilize a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada;
- Demonstre atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

Os outros indicadores são igualmente promotores do bem-estar do doente. Como tem vindo a ser referido ao longo desta discussão, as atitudes positivas são cruciais numa relação de ajuda, e todos os outros indicadores inserem-se sem dúvida neste tipo de atitudes.

### **7.5.6. Importância da comunicação não-verbal**

- Expressando o não verbal, adquire-se boa relação interpessoal, O doente não está disponível para falar: 1 aluno cada;
- Com estes gestos o doente desinibe-se mais: 2 alunos;
- Mais importante: 2 alunos;
- Comunicação verbal e não-verbal são igualmente importantes: 4 alunos.

Tal como refere Fast “A chave das relações pessoais reside, muitas vezes, no facto de se conhecer a linguagem do corpo, e nisso consiste o segredo de tantos que tão bem sabem lidar com os outros. Existem indivíduos que sabem interpretar a linguagem do corpo e manipulam os outros não só através do corpo, mas também através da voz” (2001, p.115)

Todos estes indicadores são demonstrativos da importância da comunicação não verbal nas relações interpessoais, e esta citação, consegue explicá-lo na perfeição.

Nesta categoria, *Doentes sentem*, foi a subcategoria com maior número de indicadores, revelando a percepção dos alunos quanto ao tipo de comportamentos não verbais, que os doentes mais valorizam.

## **7.6. Os alunos aprendem a comunicar.**

### **7.6.1. Características do aluno**

- Motivação para aprender: 2 alunos;
- Características da personalidade: 3 alunos;
- Comunicar é um dom: 6 alunos;
- Influência da família: 1 aluno.

A maioria dos alunos concorda que as competências comunicacionais decorrem essencialmente de um dom, no entanto de acordo com Adler e Towne (2002) a

competência de comunicação não é uma habilidade natural, mas pode ser desenvolvida com treino e prática. É possível aprender a comunicar eficazmente, contudo é importante ter em conta que não existe um modelo único de competência, dado que o que se qualifica como comportamento competente numa cultura pode ser completamente diferente noutra. Como o comportamento competente varia muito, em função da situação e da pessoa, é errado pensar que a competência comunicativa é uma característica que se possui ou não possui.

Este exemplo contraria o que a maioria dos alunos acredita. Contudo dois alunos referem que a motivação para aprender é fulcral na aquisição das competências comunicacionais.

As características da personalidade também vão de acordo com Phaneuf (2002) que associa à competência de Enfermagem às características pessoais: a competência de enfermagem em primeiro lugar baseia-se nas qualidades pessoais do enfermeiro, que fazem dele uma pessoa que escuta, é atento ao que se passa com o doente e capaz de decisão, acção e empatia. Apesar do exposto se reportar à competência de Enfermagem, escutar, estar atento, decidir e ser empático, é comunicar.

A influência da família, curiosamente foi apenas indicada por um aluno. Como indica Rogers “as crianças, quando são tratadas pelos pais com afecto e de igual para igual, revelam um desenvolvimento intelectual acelerado, maior originalidade, uma segurança emotiva e um domínio mais profundo, menor excitabilidade, do que as crianças que provêm de outros tipos de família”(1977,p.45). De uma maneira semelhante poder-se-á compreender que em muitas situações, a forma como se comunica poderá não ter como influência as características pessoais, o dom, mas sim com o ambiente familiar ou tipo de educação.

#### **7.6.2. Necessidades**

- Preparação académica existente (suficiente): 3 alunos;
- Preparação académica existente (insuficiente): 5 alunos;
- A comunicação pode ser treinada/ apreendida: 7 alunos;

- A vocação é o mais importante: 2 alunos;
- Não é inato: 1 aluno.

A maioria dos alunos afirma que a preparação académica que o curso lhes oferece, para o treino e prática desta competência não é suficiente. Apenas 3 dos 7 alunos aos quais foi colocada esta questão, revelam que consideram a preparação suficiente. Já foi constatado que segundo Adler e Towne (2002), a comunicação pode ser treinada. Oito alunos partilham desta ideia, e um deles refere mesmo que não é inato. Dois alunos afirmam, que na comunicação interpessoal o factor preponderante e determinante é a vocação, independente da dedicação, motivação para a aquisição ou melhoramento destas habilidades.

### **7.6.3. Currículo (formação teórica)**

- O que se transmite na escola/Existe preparação sob o ponto de vista teórico/Todas as cadeiras focam a vertente comunicacional/ Role-playing/Teoria dá estrutura para gerir o nosso comportamento/ Estratégias: filmagens e conversas entre colegas, cada um referido por 1 aluno;
- Importância da disciplina Psicologia Relacional: 4 alunos;
- Gostava de frequentar a disciplina: 2 alunos;
- Aulas práticas incentivam alunos com mais dificuldade a comunicar: 2 alunos.

Estes indicadores demonstram o que o currículo oferece aos estudantes sob o ponto de vista teórico, e a importância, valorização que os mesmos lhe atribuem. Muitos estudantes reconhecem o papel da Psicologia Relacional, referindo mesmo que os alunos mais introvertidos comunicavam nessa aula. Apenas um aluno considera que existe preparação sob o ponto de vista teórico, acrescentando outro entrevistado, que a teoria é importante para a gestão do comportamento.

#### **7.6.4. Currículo (formação prática)**

- Aprendizagem de novas técnicas: 2 alunos;
- Importância dos ensinamentos clínicos: 3 alunos;
- Na prática não se pode comunicar sem limites: 1 aluno.

Estes indicadores revelam que os alunos também atribuem importância à formação prática, nomeadamente à importância dos ensinamentos clínicos, reconhecem que é preciso aprender novas técnicas, e que na prática é preciso dominá-las porque não se pode comunicar sem limites.

#### **7.6.5. Dificuldades dos alunos**

- Alunos ficam envergonhados com a presença de professores: 2 alunos;
- Receio de não saber lidar com o inesperado: 2 alunos;
- Há um suporte avaliativo que nos inibe/ Não consigo falar para um boneco/ Não gosto de participar: 1 aluno cada.

Estes indicadores transmitem as dificuldades sentidas pelos alunos, ao longo da sua aprendizagem. Referem que ao sentir que estão a ser avaliados, não conseguem a desinibição necessária para um desenvolvimento das suas potencialidades, podendo até oferecer uma imagem que não é a verdadeira. Focam igualmente que o contexto prático é muito diferente do teórico, pelo que não existe uma “fórmula mágica” para se comunicar. Dois dos entrevistados, manifestam algum receio de perante determinada situação inesperada, não saberem qual a melhor forma de interação.

*Necessidades*, foi a subcategoria mais mencionada, reflectindo a possibilidade de esta competência poder ser treinada.

## **7.7. Formação desejada/preendida pelos alunos.**

### **7.7.1. Na escola**

- Disciplina direccionada para a Comunicação Interpessoal: 2 alunos;

- Consulta com orientação do professor/ Mais disciplinas idênticas à Psicologia Relacional/Necessidade de ter mais casos reais/ Sessões de educação para a saúde aos colegas/Substituir outras cadeiras pela Psicologia Relacional/ Maior número de horas dedicadas à disciplina/ Convidar pessoas à escola: 1 aluno cada.

Estão presentes os indicadores representativos das sugestões dos alunos para melhorar a formação nesta área, no contexto de sala de aula. Dois dos alunos sugerem uma disciplina específica para a Comunicação Interpessoal, outro estudante refere que poderiam existir mais disciplinas com uma dinâmica idêntica à Psicologia Relacional, bem como um maior número de horas dedicadas à mesma durante o curso, nem que para isso se abolissem outras disciplinas do currículo. Outra estratégia é a de realizar sessões de educação aos colegas da Universidade de Aveiro, que serviriam tanto para o esclarecimento de dúvidas aos mesmos, como para os estudantes treinarem a comunicação. Convidar pessoas à escola, surge com o intuito de uma pessoa que esteve recentemente ou não internada, transmita aos alunos o seu testemunho, no sentido de lhes mostrar o que mais gostou e o que menos gostou durante o tempo que esteve hospitalizado.

### **7.7.2. Nos estágios**

- Investir mais na parte prática/ Alguém a supervisionar a comunicação nos estágios/ Treinar nos ensinamentos: 1 aluno cada.

Estes indicadores reforçam a importância dos ensinamentos clínicos no treino desta competência.

### **7.7.3. Outras Instituições**

- Consultas de Enfermagem em lar de idosos, escolas: 1 aluno cada.

Uma outra sugestão consiste na deslocação dos alunos a outras instituições, que não estejam relacionadas com a situação de doença, e através de consultas de Enfermagem, ensinos a idosos e crianças, sentir-se-ão cada vez mais à vontade no relacionamento e contacto com o outro.

Finalmente, nesta categoria, a primeira subcategoria foi a mais evidenciada pelos alunos, revelando que os mesmos elegem a escola, como um excelente local para o treino desta competência.

## Conclusões

No presente momento que culmina com o fim do trabalho, surge a importância de sistematizar os principais resultados obtidos, e apresentar as possíveis conclusões deste estudo. As conclusões serão obtidas, tendo por base as questões de investigação, e os objectivos que nortearam este estudo.

Relativamente à metodologia escolhida, consideramos que esta foi adequada face aos objectivos do estudo e à abrangência da temática subjacente. A escolha por um estudo exploratório, optando pela entrevista como o instrumento de recolha de dados, bem como a análise de conteúdo para análise das nove entrevistas, permitiu-nos um estudo exaustivo e em profundidade, possibilitando obter um vasto leque de opiniões, perspectivas, percepções, dos estudantes, que posteriormente foram agregadas. Através desta agregação, conseguimos obter conclusões, que nos permitem extrair algumas sugestões, que poderão melhorar a formação dos estudantes de Enfermagem nesta área.

Contudo, consideramos que os resultados obtidos são pertinentes, com indicadores precisos, que nos informam sobre o lugar que ocupam o treino das competências comunicacionais, nos estudantes de Enfermagem. Neste sentido, consideramos importante referir que os estudantes atribuem muito valor à comunicação interpessoal, colocando-a a par de outras competências das quais dependem a vida do doente. Alguns até vão mais longe e consideram-nas como as mais importantes, associando a efeitos terapêuticos e como promotoras de saúde e bem-estar. Desta forma, respondemos ao objectivo geral que norteou este trabalho.

Um bom comunicador é aquele enfermeiro que se consegue adaptar ao outro, às características do doente, ao seu contexto social e cultural, que sabe escutar, e que consegue entender o que o doente pretende transmitir. Para os estudantes, comunicar em Enfermagem não se deve apenas cingir à díade enfermeiro-doente, mas sim ser alargado à equipa de enfermagem e multidisciplinar, e à família.

Relativamente à comunicação não-verbal, os entrevistados atribuem-lhe bastante importância, não menos que à comunicação verbal, alguns até a consideram mais importante. Dentro dos comportamentos não verbais, aqueles que os alunos mais valorizam são o toque terapêutico e o olhar. Têm também presente que a comunicação não verbal permite uma avaliação mais real e fidedigna da vontade, sentimentos,

emoções do doente, dado que é muito mais difícil manipular porque permite uma exteriorização mais inconsciente.

No que concerne à questão que se relaciona com o facto de esta competência ser adquirida, ou se pode ser treinada, os alunos consideram que é um misto das duas. A maior parte refere que é um dom, mas também concordam que as pessoas com mais dificuldade em comunicar, com o treino e prática podem tornar-se bons comunicadores. Apesar da capacidade inata, esta competência pode ser potenciada/melhorada.

Em relação à preparação académica, a maioria dos alunos refere que a existente é insuficiente, e mesmo os que a consideram suficiente, acham que não é a ideal. Valorizam a importância da disciplina Psicologia Relacional, por ser a que se direcciona mais para o treino desta competência, embora não de forma exclusiva. O carácter dinâmico das aulas conquistou a opinião positiva dos alunos. Outro factor importante, e que foi manifestado por alguns alunos, prende-se com a dificuldade que os mesmos sentem ao desenvolverem estas capacidades na escola, por sentirem que é um ambiente virtual, e que estão sujeitos à observação e avaliação por parte dos professores, o que por consequência os inibe. Neste sentido alguns alunos indicaram que o contexto de ensino clínico é o mais apropriado para o desenvolvimento desta capacidade.

Relativamente às sugestões dos alunos, existe uma diversidade grande de opiniões. Entre as mesmas destaca-se a criação de uma disciplina direccionada exclusivamente para a comunicação interpessoal, e um maior investimento na parte prática, isto é, num treino que não seja virtual, simulado, mas sim com pessoas, sejam elas os doentes nos hospitais, colegas da universidade, utentes em lares, alunos nas escolas.

Com este estudo foi possível verificar que o curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSUA, se encontra direccionado para a aquisição desta competência. Ao nível teórico, são várias as disciplinas que abordam esta temática, o que denota uma preocupação na formação de futuros enfermeiros que sejam bons comunicadores.

Com base nos resultados obtidos, na revisão bibliográfica efectuada e na nossa experiência pessoal e profissional, apresentamos algumas sugestões que poderão ser adaptadas na estrutura dos cursos de Licenciatura em Enfermagem. Para tal sugerimos:

- Que os docentes criem momentos de reflexão com os alunos, seja em contexto de sala de aula ou ensino clínico, para a percepção das dificuldades que os mesmos sentem neste processo;

- A realização de um acompanhamento mais estreito com os alunos que revelam mais dificuldade em comunicar com o outro;

- Atribuição no currículo, de mais horas dedicadas a esta temática;

- Criação de uma disciplina direccionada para a comunicação interpessoal, com carácter teórico e prático.

Segundo as perspectivas dos alunos, com as nossas percepções e com a bibliografia consultada, apresentamos seguidamente possíveis tópicos para essa mesma disciplina.

Sob o ponto de vista teórico poderia ficar organizada da seguinte forma:

- Perspectiva histórica;

- Teorias explicativas da comunicação interpessoal;

- Comunicação não-verbal;

- Interpretação de sinais, gestos do corpo;

- Técnicas de expressão corporal.

Sob o ponto de vista prático:

- Role-playing;

- Jogos de expressão gestual;

- Jogos de comunicação;

- Técnicas de descontração ou quebra-gelo;

- Testemunhos de utentes, ou pessoas que estiveram internadas;

- Filmagens com posterior visualização;

- Dinamização de debates.

De acordo com a literatura consultada, podemos constatar que esta competência pode perfeitamente ser melhorada, treinada, e que constitui uma dimensão importantíssima nas profissões de relacionamento, no nosso caso particular, na Enfermagem.

Ao terminar a investigação, verifica-se que as limitações encontradas relacionam-se com a necessidade de obter mais dados de outras escolas superiores de Enfermagem, no entanto face ao factor tempo, não foi possível alargar o estudo a outras escolas. O facto de o trabalho ter sido apenas realizado numa escola, e os resultados consistirem em opiniões pessoais e particulares dos sujeitos do estudo, não será permitido obter generalizações de resultados.

Apesar destas limitações, consideramos que este trabalho poderá servir como um contributo para que as Escolas de Enfermagem alterem a formação teórica e prática, no sentido de promoverem um maior desenvolvimento das competências comunicacionais, principalmente nos alunos que sentem mais dificuldade. Poderá também incentivar a realização de novas investigações sobre esta temática, que é tão importante na Enfermagem, como em todas as profissões de relacionamento, tanto na área da saúde como na educação.

### Referências bibliográficas

- Adler, R.B., & Towne, N. (2002). *Comunicação interpessoal*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora SA.
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaqux, J-P., Ruquoy, D. & Saint-Georges,P.(1997). *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Amado, J.S. (2000, Novembro). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*, 5, pp. 53-63.
- Atkinson, M., Murray, M. (1989). *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um Projecto de Investigação: um guia para a pesquisa em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, Publicações Lda.
- Birdwhistell, R.L. (1979). *El lenguaje de la expresión corporal*. Barcelona: Colección Comunicación Visual.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma Introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, Coleção Ciências da Educação.
- Brenner, M., Brown, J., Canter, D. (1985). *The research interview: Uses and Approaches*. Orlando: Academic Press.
- Carkhuff, (1977). *The art of helping: trainer's guide*. Massachusetts: Human Resource Development Press.
- Centro de Estudos em Psicologia. Consultado a 28 de Maio de 2008, de <http://www.cemp.com.br/artigos.asp?id=47>.
- Chalifour, J. (1989). *La relation dáide en soins infirmiers. Une perspective holistique*. Québec: Gaetan Morin Éditeur.

Cloutier, J. (1975). *A era de Emerec ou a comunicação áudio- scripto- visual na hora dos self-media*. Lisboa: Instituto de Tecnologia Educativa.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Coimbra: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Comissão Europeia (1998). *Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem*. Bruxelas: CE (XV/E/8481/97 – PT).

Comunidades Europeias (1977). Directiva 77/453/CEE, de 27.6 – coordenação das disposições legislativas regulamentares e administrativas relativas às actividades de enfermeiro responsável por cuidados gerais.” *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*”, nº176/8, 15/7.

Davis, F. (1979). *A comunicação não-verbal*. (4ªed). São Paulo: Summus editorial.

Decreto-Lei nº 252/97- *Lei da autonomia das universidades*. DR I Série-A, 223 (97/09/26).

Decreto-Lei nº 353/99 – *Fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino de enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico*. DR, I Série- A, 206 (99/09/03).

Decreto-Lei nº 36219 – *Reorganização do Ensino de Enfermagem*. DR I Série, 80 (47-04-10).

Departamento dos Recursos Humanos da Saúde (1989). *Linhas gerais dos planos de estudo do curso superior de enfermagem*. Aprovados por despacho de 14/09/89. Ofício circular nº 91.254 – Plano do curso Superior de Enfermagem – Lisboa, DRHS.

Dominicé, P. (1990). *L’histoire de vie comme processus de formation*. Paris, Edition de L’Harmatan.

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Consultado a 29 de Janeiro de 2009 de <http://www.ua.pt/essua/PageDisc.aspx?id=5603&b=1>.

Estanqueiro, A. (2007). *Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal*. (14ªed). Lisboa: Editorial Presença.

Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes – Uma Estratégia de Formação de Professores*. Porto: Porto Editora.

Estrela, A. et al (1988). *La Methodologie de la Recherche en Education : Actes Colloque international de Lisbonne*. Lisboa : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Fast,J. (2001). *A linguagem do corpo*. Lisboa: Edições 70.

Fortin, M. F. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Freixo, M. (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.

Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'água Editores.

Gomes, J.A. (1990). Para a compreensão do desenvolvimento psicossocial do estudante Universitário. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV, 391-406.

Guia do estudante. Consultado a 29 de Janeiro de 2009, de [http://clix.guiadoestudante.pt/ge-curlist2asp?tipo=3&design=Ensino\\_Superior\\_P%F](http://clix.guiadoestudante.pt/ge-curlist2asp?tipo=3&design=Ensino_Superior_P%F)

Hall, E.T. (1986). *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio D'água.

Instituto Português de Oncologia (2009). *Virgínia Henderson*. Consultado a 7 de Julho de 2009, <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=1225>

Le Boterf, G. (2002). *Développer les compétences des professionnels*. Paris: Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Éditions d'Organisation.

Lei nº 108/88 – *Autonomia das universidades*. DR, I, 222 (88/09/24).

Lei nº 20/92 – *Estabelece normas relativas ao sistema de propinas*. DR I, 187 (92/08/14).

Lei nº 54/90 – *Estatuto e autonomia dos estabelecimentos de ensino superior politécnico*. DR I, 205 (90/09/05).

Lei nº 60/2003 – *Criação da rede dos cuidados de saúde primários em Portugal*. DR I, Série A, 77 (03/04/01).

Lei nº 62/2007 – *Regime jurídico das Instituições de Ensino Superior*. DR I, 174 (07/09/10).

Lei nº 71/93- *Orçamento ao orçamento de estado para 1993*. (93/11/26). Consultado a 16 de Janeiro de 2009, de [http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/Leg\\_geral\\_docs/LEI\\_071\\_93.htm](http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/LEI_071_93.htm).

Lodi, J.B. (1981). *A entrevista Teórica e Prática*. (4ªed). São Paulo: Livraria Pioneira Editora

Marinoff, L. (2007). *Mais Platão menos Prozac*. (6ªed). Lisboa: Editorial Presença. p.47

Marshall, C. & Rassmon, G. (1994). *Designing Qualitative Research*. (3ªed). Thousand Oaks: Sage Publications.

Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design: an interactive approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Merriam, S.B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education, Revised and Expanded from Case Study Research in Education*. (2ª ed) San Francisco: Jossey- Bass Publishers.

Nóvoa. A. (1987). *Le temps des professeurs*. Lisboa: INIC.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa. Consultado a 20 de Outubro, 2008, de <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Organização Mundial de Saúde (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: WHO.

Pereira, T. Q. (1998). *As exigências do exercício da profissão de enfermagem e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de ensino superior politécnico*. Parecer Técnico. Lisboa: DRHS.

Perrenoud, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola?* Porto: Asa Editores.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Portaria n.º 799-D/99 – *Aprova o regulamento geral do curso de Licenciatura em Enfermagem*. DR I Série B, 219 (99/09/18).

Portaria n.º 799-G/99 – *Cria o curso de Licenciatura em Enfermagem num conjunto de escolas superiores públicas, autorizando-as, por consequência, a conferir o grau de licenciado em enfermagem*. DR I Série B, 219 (99/09/18).

Potter, P. (1999). *Fundamentos de enfermagem: conceito, processo e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: RH editora.

Rogers, C. (1977). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.

Rondal, P. (1985). *Philosophie générale du dossier infirmier*. Bruxelles, Congrès organize par la Fédération National Neutre des Infirmiers de Belgique.

Saussure, F. (1978). *Curso de Linguística geral*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Silva, M. J.P. (2006). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. (4ªed). São Paulo: Edições Loyola.

Soares, M. (1997). *Da blusa de Brim à Touca Branca: contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Sprinthall, N.A. & Sprinthall, R.C. (1993). *Psicologia educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage Publications.

## Anexos

### Anexo I



FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Exmº Senhor Director  
Escola Superior de Saúde de  
Aveiro

Ana Isabel Ramisote Santos, enfermeira no serviço de Medicina Intensiva do Hospital Infante D. Pedro-E.P.E., aluna do Mestrado em Ciências da Educação, especialização em “Pedagogia Universitária”, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, encontra-se actualmente a realizar, sob minha orientação, a dissertação com vista à obtenção daquele grau.

A sua investigação, subordinada à temática “Aprender a comunicar: estudo com estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Aveiro”, pretende analisar e caracterizar a necessidade dos estudantes de Enfermagem relativamente a uma preparação específica conducente ao desenvolvimento de competências comunicacionais

Para levar a efeito tal trabalho dirigimo-nos a V. Ex.ª no sentido de solicitar autorização para que a investigadora possa efectuar o seu estudo empírico: entrevistas e questionários, nos meses de Novembro e Dezembro, aos alunos que se encontram a frequentar a Escola de que V.Ex.ª é directora.

Ficamos a aguardar uma resposta, que esperamos afirmativa, a este nosso pedido  
Com as melhores saudações.

*Intem V. Ex.ª  
Autorizo o pedido.  
M. P. R. S.  
21.10.2008*

Coimbra, 16 de Outubro de 2008

A orientadora

*M. P. R. S.*  
(Prof. Doutora Maria Teresa Ribeiro Pessoa)

P.S. Dada a urgência da resposta, juntamos contactos da candidata: [misodita@hotmail.com](mailto:misodita@hotmail.com); Tel:965537340

RUA DO COLÉGIO NOVO — APARTADO 6153  
3001-802 COIMBRA (PORTUGAL)  
e-mail: fpcecd@ci.uc.pt

TELEF.: 239 85 14 50  
FAX: 239 85 14 68  
239 85 14 62  
239 85 14 65

## **Anexo II**

### **Modelo de guião de entrevista**

#### **I. Tema**

Aprender a comunicar: um estudo com estudantes de Enfermagem

#### **II. Objectivo geral**

Identificar, o lugar que ocupa o treino das competências comunicacionais, na formação dos estudantes de Enfermagem ”. Num sentido mais específico, pretendemos juntos dos estudantes de Enfermagem:

- Avaliar a importância atribuída à comunicação interpessoal;
- Analisar o currículo na formação (teórica e prática) dos estudantes de Enfermagem, no que concerne à temática da comunicação interpessoal;
- Analisar a necessidade de uma preparação curricular mais específica, no treino desta competência;
- Perceber se esta competência é considerada um dado inato, ou que pode ser apreendida, potenciada;
- Avaliar a importância da comunicação não verbal, na relação enfermeiro-doente.

### III. Objectivos específicos e estratégias

Blocos	Objectivos específicos	Exemplos de questões a colocar
<b>A. Legitimação da entrevista e motivação</b>	<p>1- Informar sobre os objectivos do nosso trabalho;</p> <p>2- Estabelecer clima de empatia, favorável à transmissão de informação;</p> <p>3- Motivar o entrevistado, consciencializando-o para o papel importante que tem no processo de investigação;</p> <p>4- Garantir o anonimato e confidencialidade das informações fornecidas.</p>	<p>. Estabelecer clima de empatia, favorável à transmissão de informação;</p> <p>. Pedir autorização para a entrevista ser gravada;</p> <p>. Obter o consentimento esclarecido.</p>
<b>B- Concepção de comunicação interpessoal</b>	<p>1- Avaliar a importância que os estudantes atribuem à comunicação interpessoal, na dimensão do ser Enfermeiro.</p>	<p>. Perguntar o que é um bom Enfermeiro.</p> <p>. O que entendem por uma boa comunicação interpessoal.</p>
<b>C- Competências comunicacionais</b>	<p>1- Analisar a importância que os estudantes atribuem, ao desenvolvimento das competências comunicacionais.</p>	<p>. Qual o lugar que ocupam as competências comunicacionais, na percepção dos estudantes de Enfermagem.</p> <p>. As competências comunicacionais decorrem de aspectos vocacionais, ou podem ser treinadas?</p>
<b>D- Formação teórico-prática.</b>	<p>1- Perceber como é realizada a formação teórico-prática, na área da comunicação interpessoal.</p>	<p>. Averiguar se os estudantes consideram a formação teórico-prática que lhes é oferecida, suficiente nesta área.</p> <p>. Analisar que tipo de formação gostariam de ter na mesma.</p>
<b>E- Comunicação não-verbal.</b>	<p>1- Averiguar se os estudantes incluem a dimensão não-verbal, como uma componente indissociável da comunicação interpessoal.</p> <p>2- Analisar de que forma os estudantes integram a comunicação interpessoal, nas relações interpessoais.</p>	<p>. Questionar se na relação enfermeiro-doente, a comunicação não verbal assume igual, maior ou menor importância, comparativamente à comunicação verbal.</p> <p>. Pedir aos estudantes para darem exemplos de comportamentos não-verbais e verbais facilitadores, na relação interpessoal enfermeiro-doente.</p>
<b>F- Finalização da entrevista.</b>	<p>1- Verificar se os estudantes consideram pertinente a problemática em estudo.</p> <p>2- Fazer o levantamento de opiniões provenientes dos entrevistados, sobre possíveis questões que não estão contempladas, e que considerem importantes para a temática em estudo.</p>	<p>. Perguntar aos estudantes se todas as questões colocadas foram pertinentes.</p> <p>. Questionar se gostaram da ordem pela qual foram colocadas.</p> <p>. Questionar sobre outras questões, aspectos que gostariam de abordar.</p> <p>. Assegurar que o conteúdo da entrevista depois de transcrito será enviado por correio electrónico.</p> <p>. Assegurar que será dado feedback do estudo ao entrevistado.</p>

### Anexo III

#### Guião de entrevista

Alunos do 1º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Aveiro.

Sexo: F.

M.

1. O que é para si um bom Enfermeiro?
  
2. O que entende por uma boa comunicação interpessoal em Enfermagem?
  
3. De todas as competências que acompanham o Enfermeiro, qual o lugar que ocupam para si, as competências comunicacionais?
  
4. Na sua perspectiva, as competências comunicacionais decorrem de aspectos vocacionais (dom), ou podem ser apreendidas, treinadas ou potenciadas?
  
5. Na relação interpessoal enfermeiro-doente, a comunicação não-verbal assume igual, maior ou menor importância, comparativamente à comunicação verbal?
  - 5.1. Dê exemplos de comportamentos não verbais e verbais que facilitem a relação interpessoal enfermeiro-doente?

## Anexo IV

### Guião de entrevista

Alunos do 2º, 3º e 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Aveiro.

Sexo: F.

M.

1. O que é para si, um bom Enfermeiro?
  
2. O que entende por uma boa comunicação interpessoal em Enfermagem?
  
3. De todas as competências que acompanham o Enfermeiro, qual o lugar que ocupam para si, as competências comunicacionais?
  
4. Na sua perspectiva, as competências comunicacionais decorrem de aspectos vocacionais (dom), ou podem ser apreendidas, treinadas ou potenciadas?
  
5. Considera a formação (teórica e prática) que o curso de Licenciatura em Enfermagem lhe oferece, suficiente nesta área?
  - 5.1. Que tipo de formação gostaria de ter e não tem na mesma?

6. Na relação interpessoal enfermeiro-doente, a comunicação não-verbal assume igual, maior ou menor importância, comparativamente à comunicação verbal?

6.1. Dê exemplos de comportamentos não verbais e verbais que facilitem a relação interpessoal enfermeiro-doente?

## Anexo V

### Consentimento informado

Eu, \_\_\_\_\_, concordo plenamente em participar no estudo realizado pela mestranda Ana Isabel Ramisote Santos, o qual se intitula “Aprender a comunicar: um estudo com estudantes de Enfermagem”.

Assino o consentimento informado, após ter sido esclarecido (a) sobre os objectivos do estudo, e sensibilizado para a sinceridade nas respostas.

Sim      Não

Concordo em participar no estudo.

Concordo em usar gravador, desde que seja mantido sigilo e anonimato do conteúdo da entrevista, que será transcrito pela mestranda.

Sim      Não

Aveiro,      de      2008

## Anexo VI

Entrevista realizada a aluno do 4º ano no dia 22/11/2008 pelas 15:30H.

Muito bem, vamos então começar, primeira pergunta:

*A. O que é para si um bom Enfermeiro?*

L. Para mim um bom enfermeiro é aquele profissional que (pequena pausa) presta cuidados de qualidade, não é, atendendo sempre não à doença, mas à pessoa. Acho que é a parte mais pessoal dos cuidados de saúde, acho que é a profissão de Enfermeiro.

*A. Ok. O que entende por uma boa comunicação interpessoal em Enfermagem?*

L. Uma boa comunicação interpessoal é, acho que é, saber em determinada situação, saber que palavras, ou que discurso utilizar, pronto, consoante a situação envolvente não é, o problema em si, acho que isso é que é a boa comunicação, é poder falar no momento que seja crítico, saber que palavras utilizar, que não possam causar danos, nem ferir a pessoa, ou o que está a sentir no momento, mas sim ajudar a estabelecer uma ligação, pronto um diálogo, .... Moral, mas que entenda uma boa ligação que deixe, que marque na pessoa, e que, nos deixe a nós também mais à vontade (pausa), na prestação de cuidados.

*A. Basicamente é isso?! De todas as competências que acompanham o Enfermeiro, qual o lugar que ocupam para si, as competências comunicacionais?*

L. Bem, de todas as competências, claro que, pronto, o cuidado será..., dentro do cuidado existe também a comunicação, portanto antes de cuidar nós temos de comunicar, e visto por essa ordem de ideias, temos de considerar que o comunicar está em primeiro. Se formos a ver a nível de prioridades que poderão afectar a vida de quem é cuidado, se calhar primeiro é a parte técnica, não é, será a

mais importante, mas no cuidar em si, não é, no papel que nós desempenhamos, a comunicação será o primeiro aspecto que devemos ter bem desenvolvido.

*A. Ok. Na sua perspectiva as competências comunicacionais decorrem de aspectos vocacionais (um dom), ou podem ser apreendidas, treinadas, ou potenciadas?*

L. Eu acho que podem ser apreendidas e treinadas, porque tive uma disciplina o ano passado que era Psicologia Comunicacional, e nós treinávamos comunicação, nós não falávamos sobre comunicação, sobre o comunicar, pronto não falávamos sobre isso, falávamos mais e...pronto o mais importante da aula era nós exemplificarmos, treinar, fazer grupos e comunicar uns com os outros, pronto comunicar más notícias, apresentarmo-nos a alguém no primeiro contacto...esse tipo de actividades, dinâmica de grupo também, pronto trabalhar em grupo, que, acho que, foi uma disciplina que teve muita importância, porque realmente demonstra-se ali que comunicar não é só...pronto também existe essa parte, há pessoas que têm um maior à vontade para comunicar, mas...é uma competência que pode ser treinada, pode ser melhorada.

*A. Exacto, portanto achou que essa preparação, essa disciplina, foi muito importante para aqueles alunos com mais dificuldade em se expor ao outro, e que essa disciplina já foi por si só uma preparação para depois e durante a prática, porque na altura vocês no terceiro ano já tinham iniciado os estágios.*

L. Sim, a prática profissional.

*A. Mas acha então que, para quem se calhar podia ter alguma dificuldade, essa disciplina ajuda a combater essas dificuldades?*

L. É fácil de ver isso porque, pessoas que são de poucos diálogos, nessa aula viam-se forçados, entre aspas, não é, a participar, porque quem participava era valorizado, mas o professor também era uma pessoa que deixava toda a gente à vontade.

*A. Quem era o professor, era de Enfermagem, Psicólogo.*

L. Psicoterapeuta, e dá consultas, trabalha aqui perto, e para mim ele foi espectacular, mas fez com que a disciplina para além do valor que tem para nós, que é treinar a comunicação, e eu gostava de frequentar a disciplina, no entanto a pessoa que constrói as aulas e faz aqueles cenários, porque nós ali treinávamos cenários, e isso tudo achei que foi de grande valor, é uma disciplina que se fosse aplicada mais cedo, se calhar, já influenciava os primeiros estágios, porque nós no primeiro ano, comunicamos com os colegas, e pouco mais que isso, e depois chegar a alguém a que nos é instituída alguma responsabilidade, acho que depois falha um bocadinho a comunicação, para quem não a tem treinada no mundo social, não é, falha aí um bocadinho a comunicação, que às vezes é mal interpretado.

*A. Sim muitas vezes, sendo considerada como uma pessoa anti-social.*

L. Exactamente, uma pessoa pouco comunicativa, antipática, já é penalizada por isso, não é?! Numa aula dessas em que se fomenta a comunicação, se calhar ajuda a pessoa a abrir-se e a comunicar mais facilmente, porque comunicar não é fácil, comunicar não é fácil.

*A. Então é isso?! Seguinte pergunta, considera a formação teórica e prática que a Licenciatura em Enfermagem lhe oferece suficiente nesta área?*

L. Suficiente, acho que foi, nesse ano com essa disciplina atingimos o suficiente, não será de todo a formação necessária, até porque é necessário, nós termos casos reais, não é, momentos em que a comunicação não é aceite de modo avaliativo, a comunicação tem de ser aceite, tem que ter conteúdo, conteúdo e ser adaptada à pessoa que vai receber comunicação, nós em aula podemos comunicar o que quisermos, até se podem dizer asneiras, que depois pronto dá para emendar, mas na prática profissional, não se pode comunicar assim sem, sem alguns limites, mas acho que esta disciplina teve um grande valor, no entanto não sei se é, como se diz, o necessário, o bastante, não sei se é o bastante.

*A. Há cursos de Licenciatura em Enfermagem, que nem isso oferecem.*

L. Acredito, acredito porque tenho vários colegas meus que estão a tirar cursos noutros locais e nunca ouviram falar de uma disciplina destas. O que eu acho é que é uma disciplina que marca, pelo menos o modo como as aulas eram dadas

marcava, porque nós falávamos, discutíamos problemas de casa, tínhamos por vezes problemas com as pessoas com quem morávamos, discutíamos na escola problemas desses, mas questões mesmo que não tinham nem pés nem cabeça, por exemplo o tema que eu apresentei foi com o F., o tema que eu apresentei foi sobre lavar loiça em casa, o pessoal cozinhava e a seguir lavava a loiça, e nós discutimos isso na aula, e o professor dizia, discutam como costumam discutir, e nós discutimos. Falar alto, cada um falava mais alto e cada vez mais alto, e ele disse, e então tendências assertivas! Tínhamos uma série de técnicas, e nós seguimos as técnicas, e notávamos que aquele tipo de conversa levava sempre a um fim melhor, não é, com o outro não se resolvia nada. Ou seja nós nesse método, que não era só ilustrativo, era mesmo prático, achei que formação deu, formação suficiente, não será o total, não é, se calhar se houvesse..., temos muitas cadeiras, algumas que se calhar não têm tanta aplicação prática, se calhar numa cadeira dessas substituir noutra ano, por uma cadeira deste tipo, se calhar seria uma opção, a meu ver, mais instrutiva.

*A. O que vocês faziam nessas aulas, consistia em perante determinada situação adquirirem diferentes estilos de comunicação e verificar o que é que um estilo conduzia comparativamente ao outro?*

L. Exactamente.

*A. Basicamente era isso?*

L. Sim.

*A. OK! Que tipo de formação gostaria de ter e não tem na mesma?*

L. Na comunicação?

*A. Sim, já foi referido que achou que a formação era suficiente, mas mesmo sendo suficiente, será que existem outro tipo de estratégias, metodologias que seriam importantes implementar no curso de Licenciatura, ou as que estão bastam?*

L. É assim, é como eu digo, a estratégia, acho que aquela era a mais indicada, a mais correcta, não era expositivo, era mesmo prático, e nós comunicávamos com quem pouco falávamos, a parte interessante era essa, pessoas que pouco se falavam, não é, comunicavam entre si, e acho que a estratégia está

correcta, no entanto, o treino podíamos ter um maior número de horas dedicadas a este tipo de treino, porque essa aula tinha duas componentes, a prática e a teórica, a prática era uma aula por semana, se não me engano, ou duas, acho que era uma aula, mas tinha duas horas.

*A. Então eram mais ou menos duas horas por semana que dedicavam...*

L. Exactamente, que dedicávamos aquilo, só que aquela componente prática era muito rica, eu, lá está, nunca faltei a essa aula, e às teóricas já faltava com abundância, e essa aula começava muito cedo, logo razão para eu não ir, se quizesse dormir, mas não a essa aula eu gostava de ir, gostava de participar, porque via que aquilo era instrutivo, lá está a estratégia era mais correcta, agora o número de horas disponibilizadas para aquele tipo de aula, se calhar eu considero, que neste curso deveria ser mais abundante.

*A. Ok, portanto a estratégia seria mantida, no entanto a carga horária, aumentaria?!*

L. Exactamente, aumentaria a carga horária.

*A. Por aquilo que estou a perceber, seria mais premente abolir, se calhar determinadas horas noutro tipo de disciplina, e transpor essas mesmas horas para esta disciplina que considera importante.*

L. Exacto.

*A. Na relação interpessoal enfermeiro-doente, a comunicação não-verbal assume igual, maior ou menor importância comparativamente à comunicação verbal?*

L. Eu acho que assume, se calhar maior, maior quando o doente é impossibilitado de falar, não é, acho que se calhar até é maior, porque lógico que a comunicação não verbal, nós podemos estar a dizer que o doente vai ficar bom, mas se estivermos com uma cara de..., uma cara de, como se diz, agora não sei explicar bem, nós queremos uma coisa que é boa, com uma cara que dá a entender que afinal não é...

*A. Dizer uma coisa, e a cara exprimir o contrário.*

L. Sim, dizer uma coisa e exprimir outra, a pessoa não vai interessar-se pelo que estamos a dizer, mas sim por aquilo que estamos a exprimir, por isso daí é que eu acho que a não verbal é superior, muito superior à verbal, porque a verbal nós podemos manipular e ..., pronto a não verbal também pode, não é, só que é preciso ter dom para isso também, considero que é mais um dom que outra coisa, acho que a não verbal a meu ver tem maior importância.

*A. Dê exemplos de comportamentos não verbais e verbais que facilitem a relação interpessoal enfermeiro-doente?*

L. Exemplos de comportamentos? Ora bem comportamentos que facilitem, exemplos, não é?

*A. Sim, verbais e não verbais.*

L. Ora bem, comportamentos não verbais, eu acho que é o esboçar um sorriso quando o doente está mais....., porque às vezes o sorriso numa altura crítica, se calhar pode ser interpretado de outra maneira, acho que devemos adequar o sorriso à situação, tentarmos ainda dentro do não verbal, fazer gestos, o toque terapêutico, eu acho que o toque é muito importante, o toque sobre o ombro, sobre a face, acho que é um tipo de comunicação não verbal muito importante, e neste caso, neste serviço que estou agora a estagiar acho que a comunicação não-verbal também tem grande importância, apesar da verbal ter importância, só que o facto de o utente estar inibido verbalmente, por ter um ventilador, acho que depois pode criar ansiedade, então acho que o não verbal, o cuidar nos....., transmitir à pessoa que temos cuidado naquilo que fazemos, acho isso muito... acho muito importante. Um exemplo disso, acho que já dei um exemplo, o toque terapêutico, o olhar, o próprio olhar adequado à sua expressão, também à expressão do doente, perceber que o doente está, de certa forma em baixo, nós podemos ajudá-lo a sorrir, tentar manipular também o estado de espírito do utente com a expressão facial que geralmente é o primeiro, não é, é o primeiro acto, nós olhamos é para a cara das pessoas, e a expressão que estiver inerente, influencia-nos a nós o estado de espírito. Pronto, comunicação verbal que facilita a relação...procurar perguntar, demonstrar interesse, interesse sobre o estado do doente, perguntar se se sente bem, se tem

dores, geralmente as dores são sempre o principal motivo de..., que causa alguma, algumas dificuldades, origina uma barreira à comunicação, a pessoa com dor não se preocupa bem em comunicar, preocupa-se em sentir-se, em eliminar a dor, por isso é que eu acho que nós devemos comunicar, mas devemos sempre atender ao estado do doente. O procurar saber, o adquirir informações sobre o doente, sobre o seu estado, se está bem-disposto, se não está porquê, acho que esse é que é o principal comportamento que devemos ter, acho que é o mais importante, é mostrar interesse, querer saber que, para além de estar a reagir bem ao antibiótico, o senhor está melhor por isto ou por aquilo, procurar saber o que é que o utente sente na realidade, como é que está, se recebeu visitas..., às vezes é um tipo de comunicação que fica bloqueada pelo facto de o utente não poder responder, e nós podemos afirmar tudo de uma vez, dizer que já recebeu visitas, tem pessoas que gostam de si, nesse sentido, mas eu acho que é uma comunicação mais vazia. É bom quando o doente pode contrapor com ideias, dar o seu feedback, eu acho que isso é o mais importante. Acho que já está respondido.

*A. Obrigada então pela colaboração.*